



Vår ref.:

xxxxxxx

Saksbehandler:

ES

Dato:

14.09.2023

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

## **Forkortelser benyttet i dokumentet:**

UNN: Universitetssykehuset Nord-Norge HF

PHRK: Psykisk helse- og rusklinikken.

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

DPS: Distriktskykiatrisk senter.

TSB: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

PHV: Psykisk helsevern for voksne.

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

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

TPH: Tvungent psykisk helsevern.

TUD: Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold.

# 1 Innhold

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

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

## 2 Innledende betraktninger

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

### 2.1 Prosessen

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

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

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

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

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

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

## 2.2 Mål, føringer og begrunnelser for forslaget

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

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

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

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

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

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

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

### 2.3 Bærekraft og robusthet

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

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

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

## 2.4 Om forslaget

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

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

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

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

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

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

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

Mvh

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



## 3 Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF

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

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

### 3.1 Klinikken dekker følgende funksjoner

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

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

### 3.2 Klinisk struktur

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

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

### 3.3 Organisering

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

#### 3.3.1 Avdeling sør bestående av seksjonene:

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

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

### 3.3.2 Avdeling nord bestående av seksjonene:

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

### 3.3.3 Psykiatrisk avdeling bestående av seksjonene:

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

### 3.3.4 Rusavdelingen bestående av seksjonene:

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

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

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

Dagens organisering fremkommer gjennom vedlegg 3.

## 4 Formål

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

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

### 4.1 Bakgrunn

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

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

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

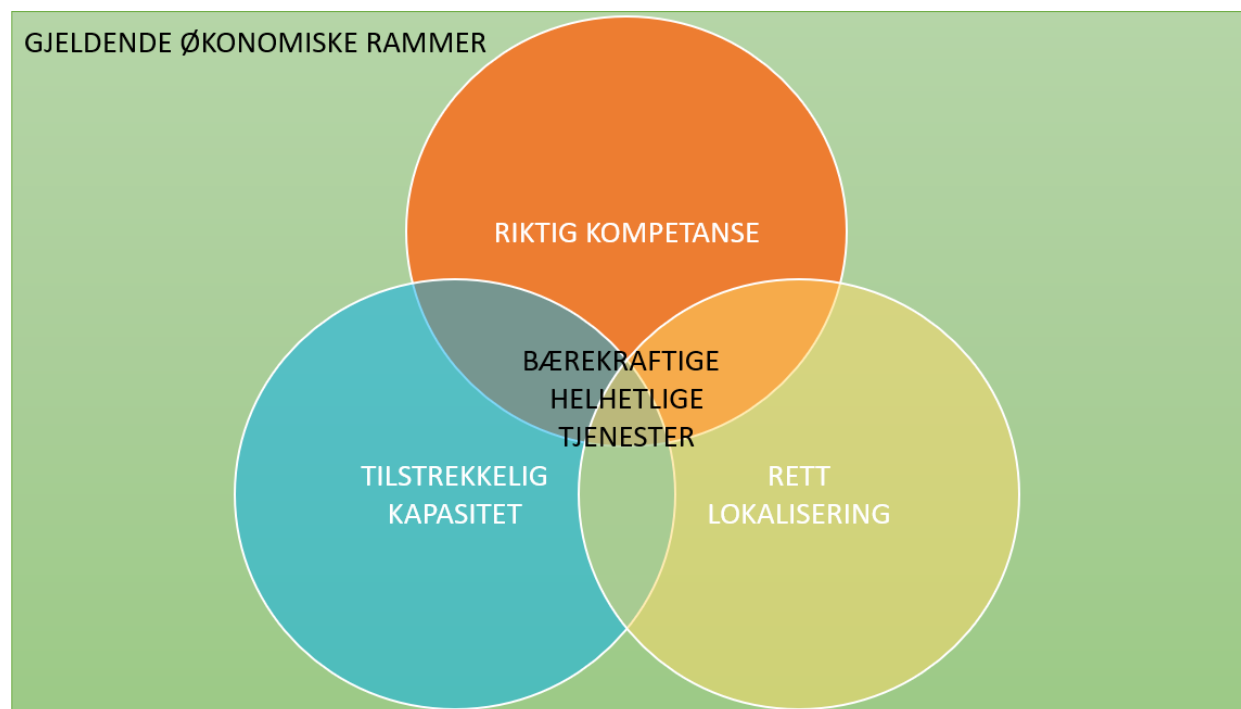
- En over tid svært krevende driftssituasjon med betydelige kapasitetsutfordringer ved Akuttpsykiatrisk seksjon og Sikkerhetspsykiatrisk seksjon.
- Et forbruk av tjenester fra Tromsø kommune som gir kapasitetsutfordringer ved Senter for psykisk helse (SPHR) Tromsø, samt skjevhet i kapasitetsutnyttelse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

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

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

## 4.2 Hovedprinsipper og mål for arbeidet

Figur 1: Hovedprinsipper



*Dette innebærer å:*

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

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

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

## 5 Saksutredning

### 5.1 Arbeidsgruppen: Sammensetning og oppgaver

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

*Arbeidet har omfattet:*

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

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

### 5.2 Virksomhetsdata og framskrivninger

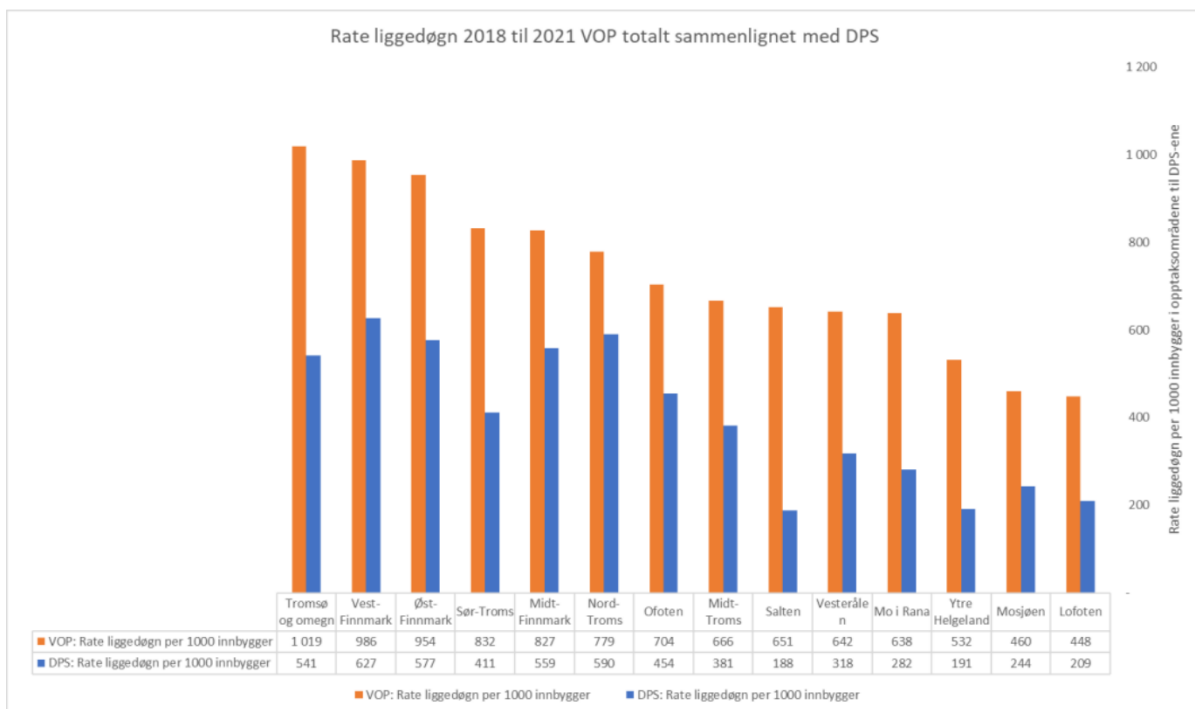
For PHV viser Samdata 2021 bl.a. at omfanget av innleggelser var høyere i Nord, med en rate på 13,7 innleggelser per 1000 innbyggere i 2021 – og lavere i Sør-Øst med en rate på 9,0. I Nord var det særlig befolkningen som hører til Universitetssykehuset i Nord-Norge og Finnmarkssykehuset som hadde høyere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

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

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

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

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



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

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

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

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

### 5.3 Anbefalte tiltak fra revidert nasjonal framskrivningsmodell

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



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

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

Tabell 1: Framskrivning liggedøgn og polikliniske konsultasjoner 2021-2040

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

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

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

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

## 5.4 Føringer

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

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

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

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

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

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

## 5.5 Endagsregistreringer og fokusgruppeintervjuer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.6 Funksjons- og oppgavedeling

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

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

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

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

*Basiskompetanser:*

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

*I tillegg forutsettes kompetanse i:*

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

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

*DPS skal ha:*

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

### 5.6.2 Spisskompetanse ved sykehusfunksjon PHV:

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

*Kompetanse i sentraliserte sykehusfunksjoner:*

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

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

### 5.6.3 Spisskompetanse ved sykehusfunksjon TSB:

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

*Områder som krever spisskompetanse innenfor TSB er:*

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

## 6 Arbeidsgruppens forslag til framtidig klinisk struktur

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

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

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

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

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

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

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

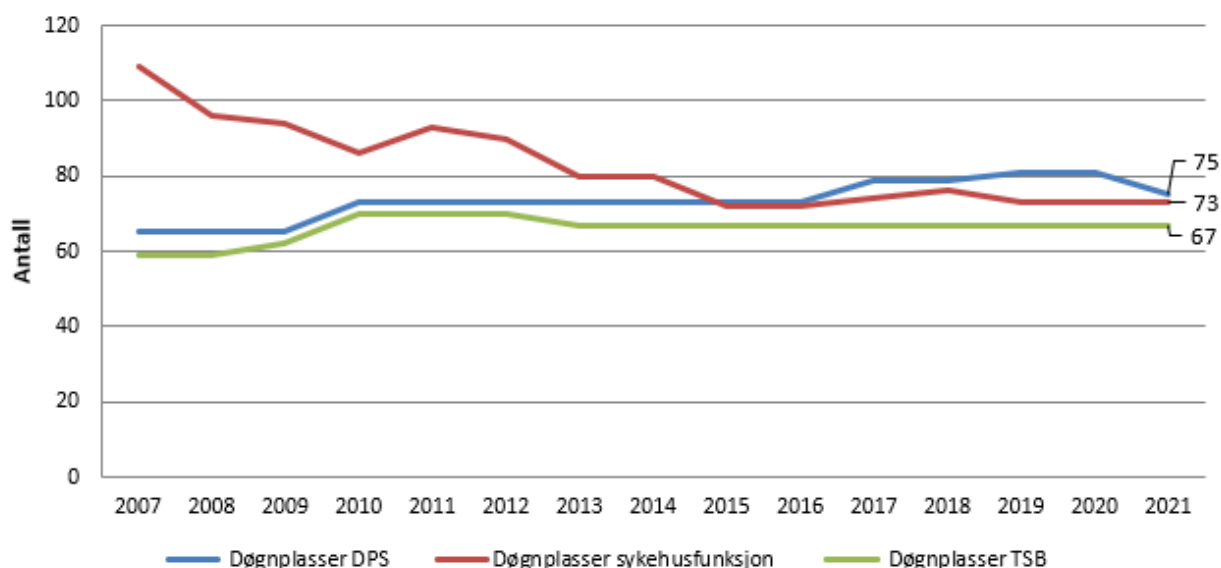
Arbeidsgruppens forslag til fremtidig klinisk struktur er skjematisk fremstilt gjennom vedlegg 4.

## 6.1 Sykehusfunksjoner PHV

### 6.1.1 Dagens situasjon

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

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

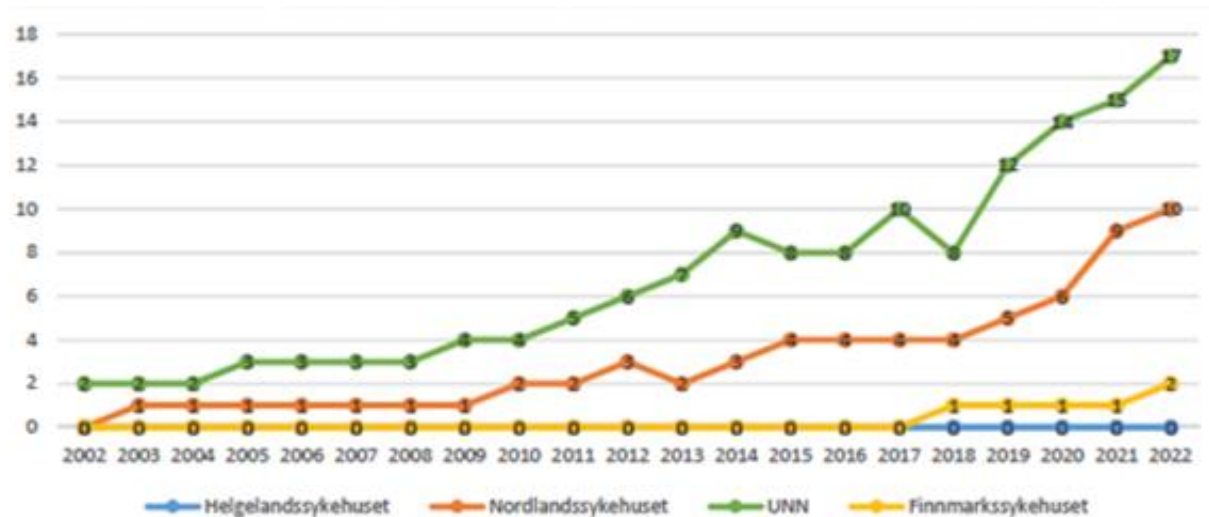


Kapasitetsnedtaket ved sykehusfunksjoner har gitt et vedvarende press og overbelegg særlig innenfor akuttvirksomheten. I tillegg kommer en sterkt økende pågang av pasienter med dom på TPH etter



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.1.2 Arbeidsgruppens forslag

### 1. Etablering av mottakspost

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

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

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

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

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

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

### 2. Etablering av spesialiserte poster

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **6.1.3 Øvrige sykehusfunksjoner**

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

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

Lokalisering ved UNN Åsgård.

## 6.2 Sykehusfunksjoner TSB

### 6.2.1 Dagens situasjon

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

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

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

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

Tabell 2: Pasientbelegg Rusavdelingen 2019-2023

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

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

## 6.2.2 Arbeidsgruppens forslag

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

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

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

### 1. Lokalisasjon Narvik (Russeksjon Narvik)

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

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

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

### 2. Lokalisasjon Tromsø (Russeksjon Tromsø)

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

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

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

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

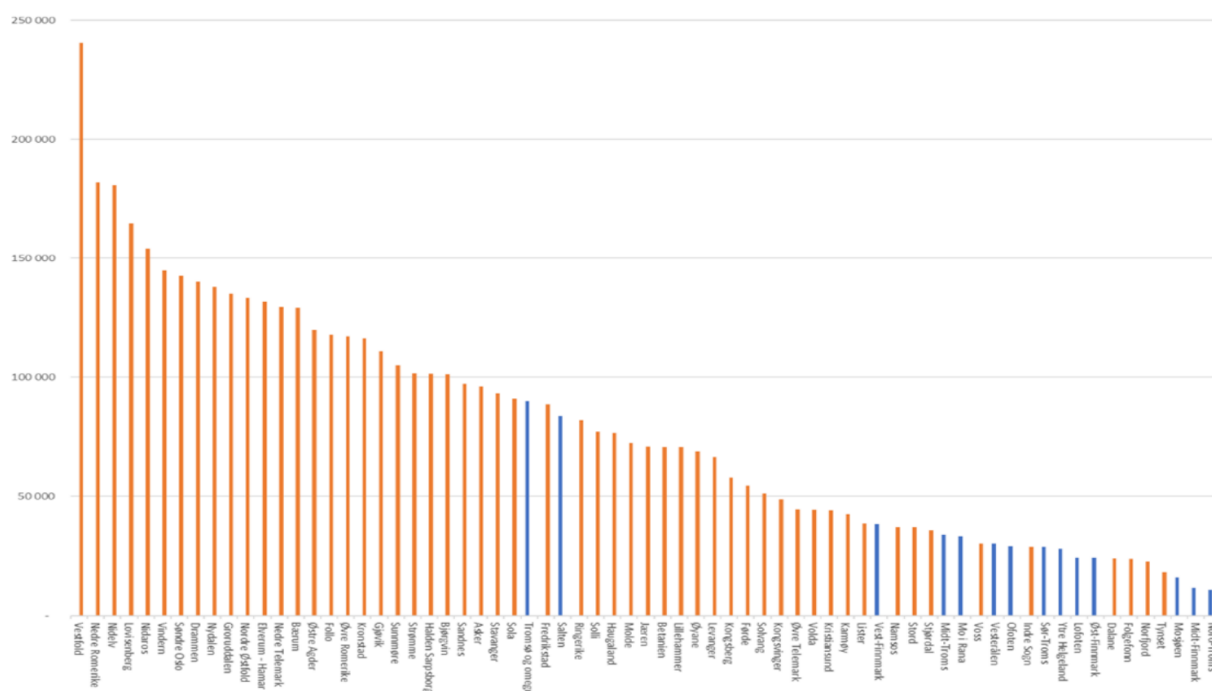
## 6.3 Desentrale tilbud – SPHR (DPS)

### 6.3.1 Dagens situasjon

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

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

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



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

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

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

### 6.3.2 Arbeidsgruppens forslag

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Arbeidsgruppen foreslår reetablering av FACT-team ved SPHR Ofoten.

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

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

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

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

#### **Lokalisasjon Narvik (SPHR Ofoten):**

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

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

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

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

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

#### **Lokalisasjon Storsteinnes (SPHR Tromsø):**

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

### Lokalisasjon Tromsø (SPHR Tromsø):

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

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

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

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

## 6.4 Omgjøring av Medikamentfritt døgntilbud til konsultasjonsteam

### 6.4.1 Dagens situasjon

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

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

### 6.4.2 Arbeidsgruppen forslag

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

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

## 7 Økonomiske konsekvenser

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

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

Tabell 3: Oversikt økonomiske konsekvenser

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

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

## 8 Samlet framstilling av forslag til framtidig klinisk struktur

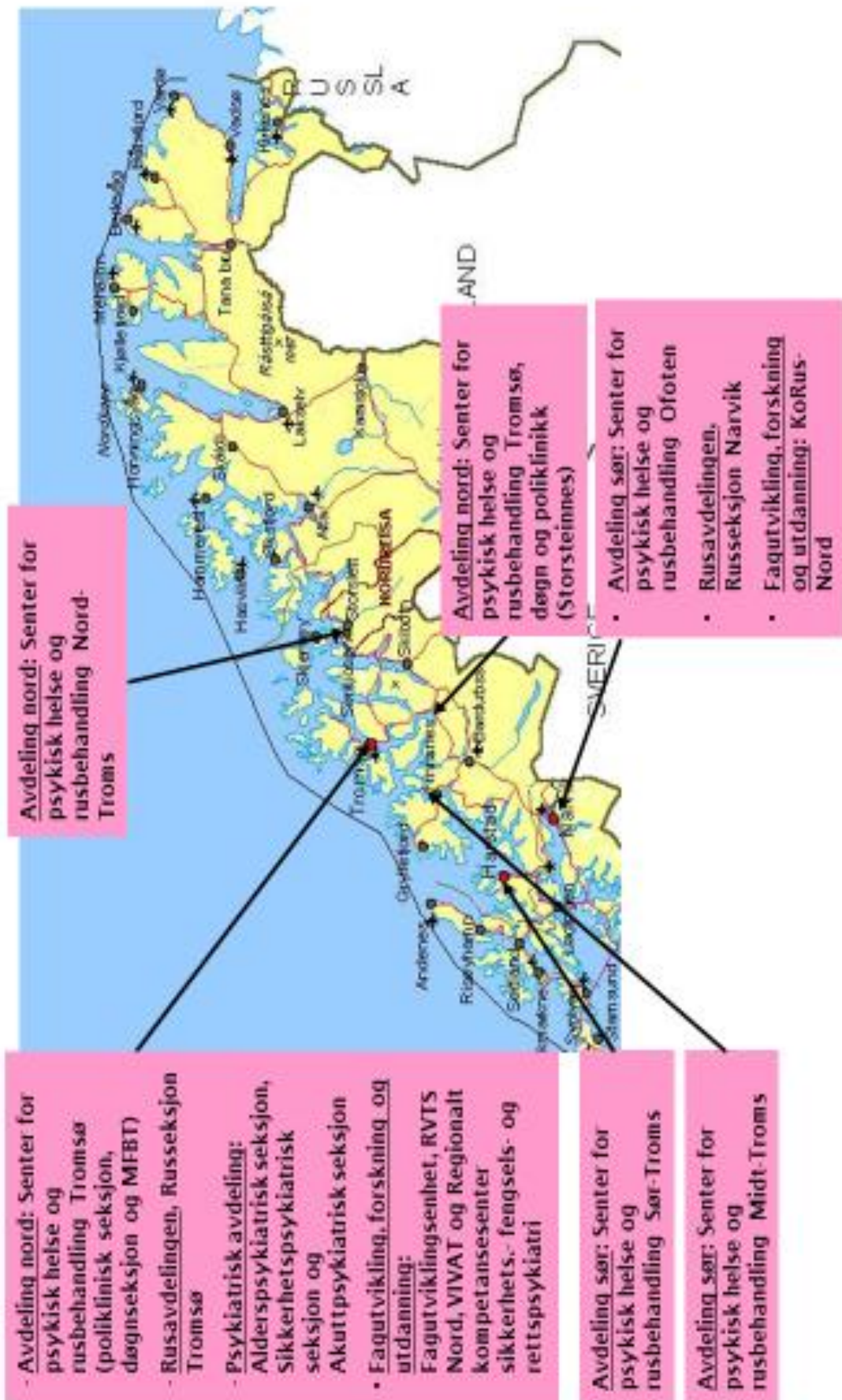
Forslag til framtidig klinisk struktur er framstilt gjennom vedlegg 4.

## 9 Vedlegg

### Vedlegg 1: Dagens kliniske struktur

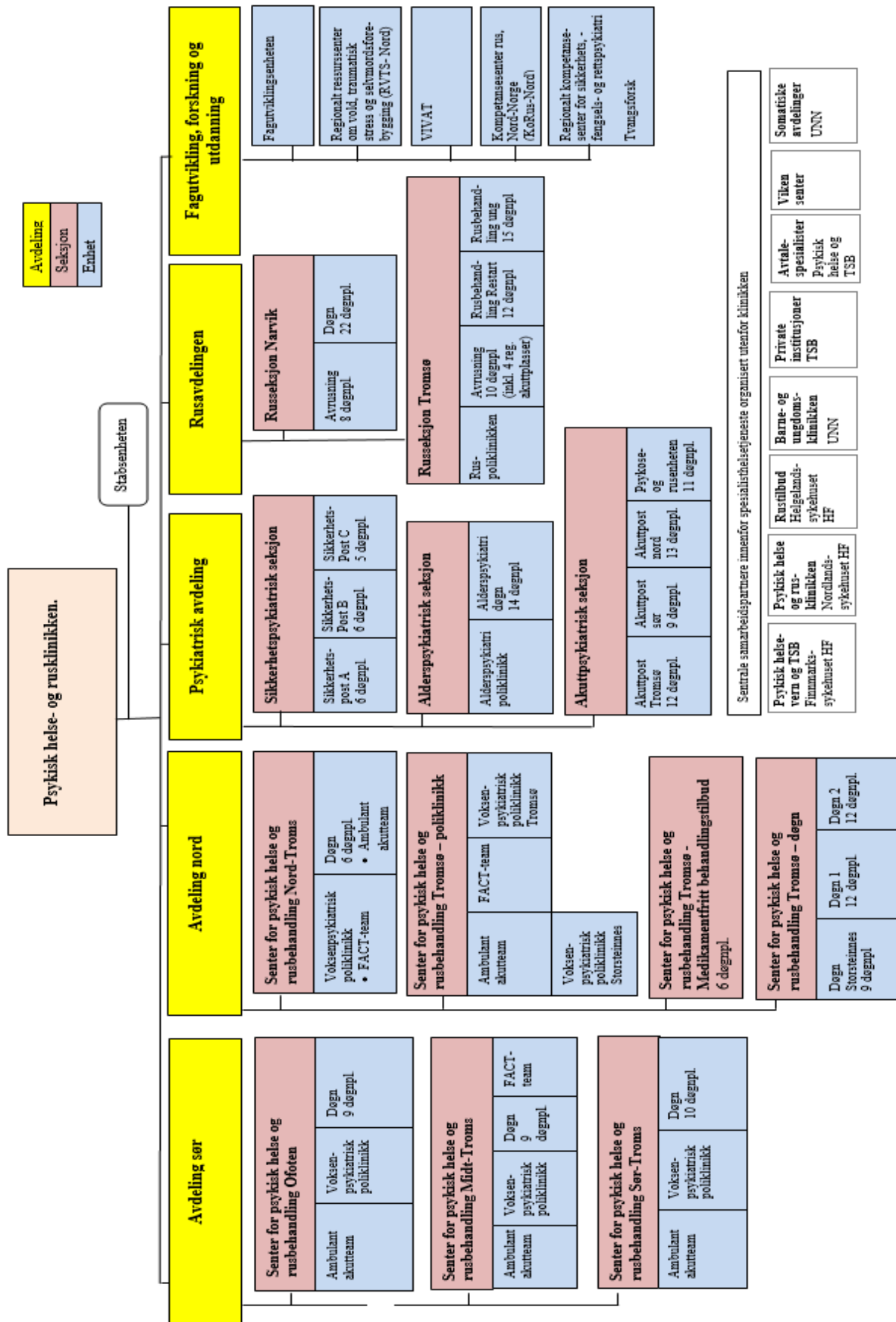
Psykisk helse- og rusklinikken – Organisering, klinisk struktur og døgnplasser 05.2023		
Avdeling/seksjon	Klinisk struktur	Døgnplasser
<b>Avdeling sør</b>		
<i>Senter for psykisk helse og rusbehandling (SPHR) Midt-Troms</i> Opptaksområde: Senja, Ibestad, Dyrøy, Sørreisa, Målselv og Bardu	<ul style="list-style-type: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

Vedlegg 2: Lokalisering av virksomhet





Vedlegg 3: Organisasjonskart PHRK 2023



Vedlegg 4: Arbeidsgruppens forslag til framtidig kliniske struktur

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

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

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