

Funksjons- og oppgavedeling

Psykisk helsevern og TSB
– rapport fra arbeidsgruppe 2



Nye UNN Åsgård

1	Sammendrag	4
2	Innledning.....	5
3	Utviklingstrekk psykisk helsevern og TSB i Helse Nord	7
3.1	Sykehusfunksjoner i psykisk helsevern i Helse Nord	8
3.2	Distriktpspsykiatriske senter (DPS)	8
3.3	Psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord	9
3.4	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord	10
3.5	SÁNAG/SANKS.....	10
3.6	Avtaler med private	11
3.7	Kommunale tilbud innen psykisk helse og rus.....	12
3.8	Digitale behandlingstilbud.....	14
4	0-alternativet	15
4.1	0-alternativet – sykehusfunksjoner	15
4.2	0-alternativet – DPS	16
4.3	0-alternativet – PHBU.....	19
4.4	0-alternativet – TSB	21
4.5	0-alternativet – SÁNAG/SANKS.....	22
5	Prinsipper for valg av nye alternativer	24
6	Arbeidsgruppens forslag til alternativ 1 og 2	28
7	Alternativ 1	31
7.1	Finnmarkssykehuset.....	31
7.2	Universitetssykehuset Nord Norge	32
7.3	Nordlandssykehuset.....	33
7.4	Helgelandssykehuset	33
7.5	Avtaler med private institusjoner	34
8	Alternativ 2	34
8.1	Finnmarkssykehuset.....	34
8.2	Universitetssykehuset Nord-Norge.....	35
8.3	Nordlandssykehuset.....	36
8.4	Helgelandssykehuset	37
8.5	Avtaler med private institusjoner	38

9	Resultater av alternativene	38
10	Konsekvenser for bærekraft i bemanning og økonomi.....	40
10.1	Stabilisering og rekruttering.....	41
10.2	Kompetanse, utdanning og forskning	42
10.3	Økonomiske konsekvenser av alternativene.....	42
11	Avhengigheter og konsekvenser.....	44
12	ROS-analyse	45
13	Konklusjon som inkluderer anbefalt alternativ.....	47
14	Vedlegg	48
15	Referanser.....	49

1 Sammendrag

Formålet med arbeidet er å etablere ny funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord basert på «*en struktur som lar seg bemanne og som gir bærekraftig økonomi.*» Et hovedprinsipp er at alternative forslag til struktur skal gi «*robuste og mer fleksible*» enheter. Alternativene skal følge flere hovedprinsipper som å redusere uønsket variasjon, ta hensyn til faglig utvikling og befolkningsutviklingen.

Som beskrevet i *Regional utviklingsplan for Helse Nord (2023-2038)* er det behov for omstilling grunnet forhold som faglig utvikling, økende faglig spissing og spesialisering, befolkningsutviklingen i nord, og tilgangen på fagpersonell.¹ Stadig skjerpede krav til kvalitet og pasientsikkerhet har bidratt til å øke behovet for spesialistkompetanse som det er knapphet på nasjonalt.

Dagens situasjon i 0-alternativet er at psykisk helsevern over flere år hatt lang ventetid og mange fristbrudd i poliklinikkene, særlig i de største byene. Samtidig har både Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset vært i gul beredskap siden våren 2023 grunnet vedvarende overbelegg i akutt- og sikkerhetsposter. Det er derfor nødvendig å styrke både det polikliniske tilbudet og tilbudet til de mest alvorlig syke (sykehusfunksjoner).

Arbeidet har lagt til grunn at fagmiljøene i regionen må være tilstrekkelig dimensjonert til å kunne yte forsvarlige tjenester. Det innebærer både at enhetene må være robuste og fleksible nok til å kunne imøtekomme daglige utfordringer med fravær og ubesatte stillinger, samtidig som utrednings- og behandlingstilbudet som tilbys skal samsvare med forventningene som ligger til spesialisthelsetjenesten.

Anbefalt alternativ styrker tilbudet til de mest alvorlig psykisk syke ved å styrke sykehusfunksjoner i Tromsø og Bodø. Dette grepet harmoniserer kapasiteten og innholdet i tilbudet i regionen og forventes å bidra til at beredskapen ved Universitetssykehuset Nord- Norge og Nordlandssykehuset kan oppheves. Det forventes også at alternativet bedre kan ivareta pasienter og ansatte som i dag opplever overbelegg og uheldige hendelser.

Desentrale fagmiljø styrkes ved at polikliniske og ambulante tilbud i hele regionen gjøres mer robuste og fleksible. Særlig viktig er det at de minste fagmiljøene styrkes og at det bygges kompetansemiljøer som bidrar til å sikre at alle pasienter som oppsøker helseforetaket har likeverdig tilgang til effektiv behandling.

Anbefalt alternativ reduserer variasjon i dagens tilbud ved å redusere døgntilbudet i DPS og TSB, der det i dag er bedre kapasitet enn i landet for øvrig. Det er lagt til grunn at nærhet er viktigst for tilbud som benyttes ofte og at lengre reiseavstand er mer akseptabelt for elektive innleggelser. Det polikliniske tilbudet foreslås derfor opprettholdt der døgnenheten omstilles.

Det polikliniske tilbudet styrkes for å legge til rette for robuste og fleksible miljøer med tilstrekkelig tilgang til spesialisert kompetanse og mulighet for faglig utvikling. En forventet effekt er reduksjon i ventetid og fristbrudd.

Arbeidsgruppen har enstemmig sluttet seg til alternativ 2, som i større grad følger føringene fra mandatet. Konserntillitsvalgt har valgt å ikke ta stilling til alternativene.

Alternativet styrker døgntilbudet i de større byene, Alta, Tromsø, Bodø og Mo i Rana og det anbefales en bred styrking av det polikliniske tilbudet i regionen. Styrkingen kan gjennomføres ved at noen DPS-døgntilbud flyttes eller avvikles, samt en reduksjon i kjøp fra private leverandører.

Anbefalt alternativ er i tråd med nasjonale føringer om å opprettholde samlet døgnkapasitet i Helse Nord, nærhet til somatisk tilbud og vil bidra til bedre økonomisk bærekraft. Alternativet har fokus på å bygge opp et kvalitativt godt og differensiert behandlingstilbud som fortsatt skal vært lett tilgjengelig for befolkningen.

2 Innledning

Denne rapporten er utarbeidet av arbeidsgruppe 2, som har mandat til å arbeide med alternativer for å endre funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord.

a. Bakgrunn

Arbeidets bakgrunn beskrives blant annet i *Regional utviklingsplan for Helse Nord (2023-2038)* som peker på Helse Nord's særlige utfordringer og særpreg. Den regionale utviklingsplanen beskriver et behov for omstilling mot 2040, blant annet begrunnet i faglig utvikling, med økende faglig spissing og spesialisering, befolkningsutviklingen i nord, og tilgangen på fagpersonell.² Disse endrede rammebetingelsene virker også inn på psykisk helsevern og TSB, med stadig økte krav til kvalitet og pasientsikkerhet. Større omstillinger gjennom innføring av nasjonale pasientforløp, krav til involvering av ulike kompetanse (somatisk helse og levevaner, arbeid/utdanning, oppvekst og sosial), lovendringer og økt antall pasienter mv. har bidratt til å øke presset på tjenesten.

Bakgrunnen for arbeidet er oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, gitt i foretaksmøtet den 9. november 2022. Helse Nord har over år hatt økonomiske utfordringer, mangel på fagpersonell og svak befolkningsutvikling. Arbeidets rammer og mandat er beskrevet i styresakene *11-2023 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*, *styresak 29-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning* og *styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning*.

b. Arbeidsprosess

Arbeidsgruppen hadde første møte 23. august 2023, og har hatt ukentlige møter på Teams gjennom arbeidsperioden, samt ekstra møter for å diskutere alternativene. Arbeidsgruppa har hatt et fysisk oppstartsmøte i august, et ekstra møte for gjennomgang av kriterier for ROS, et heldagsmøte i oktober, samt to fysiske samlinger for gjennomgang av ROS-analyser og utkast til sluttrapport.

Den stramme tidslinjen har blitt grundig diskutert i arbeidsgruppen og har vært til hinder for å få drøftet alle aktuelle problemstillinger. Det har ikke vært mulig å gjøre grundige vurderinger av gode kvalitetsforbedringsforslag, som f.eks. felles regional vurderingsenhet for TSB eller omstillinger av områder med stor faglig variasjon. Tidsbegrensningen har satt begrensninger for prosessen, muligheten til å innhente nye data og påfølgende analyser. Endringer i alternativene berører dagens fordeling av ressurser og gjør det nødvendig å revidere den regionale inntektsfordelingsmodellen for psykisk helsevern og TSB hvis arbeidsgruppens alternativer implementeres.

Arbeidsgruppen har bestått av medlemmer fra Helse Nord RHF, de fire helseforetakene; Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, et brukermedlem, en konserntillitsvalgt og fire kommunemedlemmer. En fullstendig oversikt over arbeidsgruppens medlemmer ligger i vedlegg 2.

c. Brukermedvirkning

Hensynet til brukerne av spesialisthelsetjenester innen psykisk helse og rusbehandling (TSB) står sentralt i dette arbeidet. Forutsetningene som ble lagt i foretaksmøtet 9. november 2022 krever at ny funksjons- og oppgavedeling styrker fagligheten og kvaliteten i pasienttilbudet. Brukerperspektivet i arbeidsgruppen er blant annet ivare tatt ved deltakelse fra et medlem av regionalt brukerutvalg i Helse Nord. Noen av temaene som er løftet frem fra brukersiden i arbeidet, er

- **Pasientsikkerhet:** Det fremtidige behandlingstilbudet til personer med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet i Helse Nord må organiseres slik at tjenestene kan ivareta pasientsikkerheten i minst like stor grad som dagens tilbud. Rutiner og tiltak for effektiv selvmords- og overdoseforebygging, samt god samhandling med kommunehelsetjenesten og somatiske spesialisthelsetjenester er viktige forutsetninger for å lykkes med pasientsikkerhetsarbeidet.
- **Kvalitet:** Pasienter skal ha tilgang på tjenester på riktig nivå til rett tid, og med et faglig innhold som er i tråd med de gjeldende faglige retningslinjer på fagområdet. Det er en forutsetning at fremtidig organisering av behandlingstilbudet legger til rette for en styrking av kvaliteten i tjenestene.
- **Reiseavstand:** Reiseavstand til behandlingstilbud virker ofte inn på opplevelsen av tilgang til helsehjelp. Fra brukerperspektivet betones det at tjenester som benyttes ofte bør ligge innenfor rimelig reiseavstand fra pasientens hjem, mens tjenester som benyttes sjeldnere kan tilbys med lengre reiseavstand.
- **Likeverdige tjenester:** Innbyggere i Nord-Norge må sikres tilgang på likeverdige behandlingstilbud av samme kvalitet som i landet for øvrig. Det er også viktig at ny funksjons- og oppgavedeling legger til rette for at alle innbyggerne i landsdelen har mest mulig lik tilgang på behandlingstilbud.

d. Fortolkning av mandat

Arbeidsgruppens mandat ble gitt i styresak 57-2023 *Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning*, som ble vedtatt av styret for Helse Nord RHF 31. mai 2023. I henhold til mandatet skal arbeidsgruppen:

- a) Utrede behovet for styrkning av sykehusfunksjoner, og for allmenpsykiatri.
- b) Utrede organisering av distriktpsikiatriske senter (DPS).
- c) Utrede funksjoner og tjenestetilbud i DPS, inkludert variasjon i forbruk.
- d) Utrede styrkning av polikliniske tjenestetilbud.

Arbeidet er avgrenset til å fokusere på områdene som vurderes å ha størst behov for utvikling og omstilling, jf. oppdragets mandat. SKDE sin gjennomgang fra 2017 viste en betydelig variasjon mellom helseforetak og enheter.³ Tilsvarende ble vist i *Ny modell for framskrivning av psykisk helsevern og TSB*, som tok utgangspunkt i aktivitetsdata fra 2019/21.⁴ Å redusere uønsket faglig variasjon er del av arbeidets hovedretninger. Tilbudet til samisk befolkning ble fra januar 2020 utvidet ved åpningen av Sámi klinihkka. Sámi klinihkka utfyller tilbudet ved SÀNAG/SANKS, som har status som nasjonal kompetansetjeneste. Systemet for Nasjonale kompetansetjenester er i endring og Helse Nord RHF har gjennomført innledende møter med Finnmarkssykehuset /Sámi klinihkka der SANKS fremtidige funksjon har vært diskutert. Arbeidsgruppen har vurdert at endringer i det nasjonale tilbudet til den samiske befolkningen ligger utenfor mandatet.

3 Utviklingstrekk psykisk helsevern og TSB i Helse Nord

Arbeidet favner tre fagområder, hhv. psykisk helsevern for voksne (PHV), psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Fagområdene har to nivåer i spesialisthelsetjenesten; et lokalsykehusstilbud og et tilbud med sentraliserte og dels regionaliserte sykehusfunksjoner.

Faglig sett har behandlingstilbudet utviklet seg til å i større grad involvere pasientene i egen behandling (eks. CAPA-modellen ved UNN), samt tilby pasienter i psykisk helsevern og TSB et mer differensiert tilbud, med rom for den enkeltes ønsker og behov. Forventninger og krav til spisskompetanse for behandling øker tilsvarende som for somatiske tilbud, og stiller strengere krav til formell kompetanse og videreutdanning. Økende spesialisering bidrar til å øke behovet for antall ansatte. Rapporten fra Ekspertutvalgets utredning av tematisk organisering av psykisk helsevern *Forenkle og forbedre*, omtaler dette slik «Siden fagfeltet dekker et vidt spekter av problemstillinger, er det urealistisk at enkeltbehandlere alene kan være i stand til å utvikle og opprettholde oppdatert kunnskap og kompetanse på alle områder.»⁵

Dagens situasjon er at alle helseforetak opplever tilgangen til spesialistkompetanse som meget krevende, og har vakante stillinger for både lege- og psykologspesialister. Det har over lang tid vært utfordrende å rekruttere og beholde spisskompetanse i psykisk helsevern i Helse Nord, og de siste par årene har situasjonen forverret seg ytterligere.

Denne problemstillingen eksisterer også i landets øvrige helseregioner, der også store regioner som Helse Sør-Øst har hatt egne regionale satsninger for å bedre tilgangen til blant annet barnepsykiatere.

Utviklingstrekk og utfordringer for de tre fagområdene beskrives under 0-alternativet, mens de to alternativene fra arbeidsgruppen beskriver mulige endringer i funksjons- og oppgavedeling i tråd med mandatet.

3.1 Sykehusfunksjoner i psykisk helsevern i Helse Nord

Sykehusavdelinger i psykisk helsevern skal gi behandlingstilbud innen områder i psykisk helsevern som krever høyere bemanning, spesialkompetanse som ikke finnes ved distriktpspsykiatriske senter eller behov for lukket avdeling med mulighet for låste dører, skjerming mm.

Sykehusfunksjoner i psykisk helsevern omfatter døgninstitusjoner i akuttpsykiatri med plikt til øyeblikkelig hjelp og institusjoner godkjent for tvungent psykisk helsevern med døgnopphold (psykisk helsevernloven §3-5, psykisk helsevernforskriften §§ 2, 3 og 4). Sykehusfunksjonene ivaretar også spesialpsykiatri for tilstander med behov for spesialisert kompetanse innen sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri, psykoselidelser og spiseforstyrrelser. Disse funksjonene er samlet ved hhv. Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø.

Det er variasjon i kapasitet mellom UNN og NLSH i kapasitet på sykehusfunksjoner. UNN/Finnmarkssykehuset har i dag et lavere antall døgnplasser per innbygger, med 2,8 per 10 000 innbygger, mot Nordlandssykehuset/Helgelandssykehusets 3,2 per 10 000 innbyggere, som vist i tabell 15.

3.2 Distriktpspsykiatriske senter (DPS)

DPS gir tilbud til voksne over 18 år og omfatter hovedsakelig planlagt døgnbehandling og poliklinikk for alminnelige og utbredte psykiske lidelser og rusproblemer. Andre tjenestetilbud er ambulante behandlingsteam, inkludert akutt-team med vaktberedskap. Noen regionale tilbud er også lagt på DPS-nivå, eksempler er medikamentfri behandling for alvorlige psykiske lidelser og OCD-teamet ved UNN.

Den samlede døgnkapasiteten ved Helse Nord's DPS er god, sammenlignet med nasjonalt gjennomsnitt. Pasienter i Helse Nord bruker mer døgnbehandling enn i landet for øvrig med en andel av befolkningen i behandling lik 13,7 per 1000 innbyggere over 18 år, mot 9,9 for landet som helhet.⁶ Det er stor variasjon mellom helseforetakene i bruk av DPS døgnbehandling. Samtidig har andelen av befolkningen som mottar polikliniske tilbud over tid vært lavere enn nasjonalt gjennomsnitt, med 556 per 1000 innbyggere over 18 år, mot 614 per 1000 for landet som helhet.⁷ Det betyr at pasienter i Helse Nord har et mindre utbygget poliklinisk tilbud for allmennpsykiatriske lidelser enn nasjonalt gjennomsnitt, og i tillegg har lange ventetider flere steder.

Samlet har pasienter i Helse Nord en lik andel av befolkningen over 18 år i behandling i psykisk helsevern for voksne som nasjonalt gjennomsnitt, ifølge Samdata 2021. Imidlertid gjør den høye andelen døgnbehandling til at kostnadene per innbygger er vesentlig høyere (24 %) enn nasjonalt gjennomsnitt.⁸

Revidert framskrivningsmodell brukte aktivitetsdata fra 2021 for å fange opp «pandemieeffekten». Basert på henvisninger til spesialisthelsetjenesten var det særlig aldersgruppen 12-25 år som hadde vekst i antall henvisninger. Kommunale KPR-data viste også vekst i fastlegers aktivitet med psykiske vansker for aldersgruppen. Flere utredninger fra Folkehelseinstituttet slår fast at effekten trolig vil vedvare over år, noe som gjorde at arbeidsgruppa for framskrivning slo fast at aldersgruppen har behov for økt poliklinisk kapasitet fremover.⁹

3.3 Psykisk helsevern for barn og unge i Helse Nord

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) tilbyr allmennpsykiatriske og spesialiserte polikliniske tjenester, samt dag- og døgnbehandling. Mer enn 95 % av pasientene mottar bare poliklinisk behandling. PHBU skal ha kompetanse på utredning og kunnskapsbasert behandling av vanlige psykiske lidelser, og behandling av mer lavfrekvente lidelser i samarbeid med spesialiserte enheter.¹⁰ De fire helseforetakene har i dag 18 poliklinikkenheter som til sammen dekker en befolkning på 91403 personer under 18 år.¹¹

PHBU på sykehusnivå er regionale spesialtilbud for kompliserte og/eller lavfrekvente tilstander som regional enhet for spiseforstyrrelser, og sykehusfunksjoner som øyeblikkelig hjelp (Akuttpsykiatriske enheter) ved Nordlandssykehuset Bodø og Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø. Finnmarkssykehuset har en nasjonal kompetansetjeneste, Samisk nasjonal kompetansetjeneste – SÁNAG/SANKS, som både tilbyr utredning og behandling.

Den polikliniske virksomheten har siden fremveksten av barne- og ungdomspsykiatri som eget fagfelt, fokusert på en tverrfaglig tilnærming til barnets utfordringer. Frem til 2001 var det et forskriftsfestet krav til tverrfaglighet til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker som omfattet både psykiater, psykologspesialist, klinisk pedagog og klinisk sosionom.¹² Kravet ble videreført i poliklinikkveilederen fra 2008, og formulert slik «*Utredningen må ha et familie-, mestrings- og utviklingsperspektiv, og dekke vesentlige psykologiske, pedagogiske, medisinske og sosiale forhold i barnets/ungdommens liv.*»¹³ Den faglige utviklingen i BUP har de senere årene dreid i en mer medisinsk retning og tonet ned den tverrfaglige tilnærmingen. I 2018 kom de første pakkeforløpene innen psykisk helse, nå nasjonale pasientforløp psykiske lidelser – barn og unge.¹⁴ Pasientforløpene beskriver i større grad ansvaret psykiater og psykologspesialist har for pasienter, samt hvilke rettigheter den enkelte pasient har innen spesialisthelsetjenesten. Denne utviklingen stiller andre krav til fagkompetanse, særlig i polikliniske tilbud, som utgjør over 95 % av PHBU.

Samlet kapasitet i PHBU er god i regionen, men mange små fagmiljø fører til utfordringer med å opprettholde stabilitet i bemanning og kunne tilby en ønsket bredde i spesialiserte behandlingsmetoder.

3.4 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Helse Nord

Behandlingstilbudet i TSB deles inn i ulike basistjenester. Disse inkluderer rusakutt, avrusning, poliklinisk- og døgnbehandling, samt behandling på tvang. Blant disse krever akutttilbud, avrusning, poliklinisk legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og tvangsinnleggelse høyest grad av spesialisert og intensiv utredning og behandling. UNN Tromsø er den eneste lokasjonen i regionen med alle disse tjenestene, og har regionalt ansvar for ivaretagelse av tvangsinnleggelse og rusakutt. Helse Nord har døgnbehandling ved UNN (Tromsø og Narvik), Finnmarkssykehuset (Alta og Sami klinikk), Karasjok, Nordlandssykehuset (Bodø) og Helgelandssykehuset (Mo i Rana).

Dagens tilbud er i stor grad innleggelse på døgnbehandling, hvorav nær 50% leveres av private døgn institusjoner med Helse Nord avtale. Det polikliniske tilbudet er derimot lavt i forhold til nasjonalt gjennomsnitt. TSB-pasienter i Helse Nord mottar 12 % mer døgnbehandling enn landsgjennomsnittet, og 38 % mindre polikliniske tilbud enn i landet for øvrig.¹⁵ Alle døgnplasser i TSB er regionale og tilgjengelig for hele befolkningen i Helse Nord. Manglende utbygging av det polikliniske tilbudet gjør at en for lav andel av befolkningen får tilgang til TSB i regionen.

3.5 SÁNAG/SANKS

«Sørge for»-ansvaret til de regionale helseforetakene inkluderer også tilbud til samiske pasienter. Gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019) fikk Helse Nord i oppdrag i å ivareta den strategiske videreutviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, begrunnet i at de fleste samiske pasienter befinner seg i nedslagsfeltet til Helse Nord RHF (Helse-Nord, 2020). På bakgrunn av dette ble strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» utarbeidet.

Målsettingen med strategien ble formulert slik: *Hovedmålet for strategiarbeidet er å sikre den samiske befolkningen i Norge likeverdige spesialisthelsetjenester. Likeverdige spesialisthelsetjenester forutsetter at tjenestetilbudet er tilrettelagt pasientens språklige og kulturelle bakgrunn.*

Strategien skisserer tre hovedretninger for å videreutvikle spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen;

1. Økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten.
2. Utarbeidelse av en nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester som omfatter kommune- og spesialisthelsetjenesten.
3. Overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester i Norge.

Det planlegges særskilt styrebehandling av videre plan for organisering av samiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord. En mer helhetlig plan for den samiske spesialisthelsetjenesten legges frem i den sammenhengen.

3.6 Avtaler med private

I spesialisthelsetjenesteloven er det fastsatt at de regionale helseforetakene skal løse sitt sørge for-ansvar ved å gi tilbud gjennom egne helseforetak, supplert med avtaler med private om ytelser av spesialisthelsetjenester.

Helse Nord RHF har avtale med flere private døgninstitusjoner innen psykisk helsevern for voksne og TSB, samt avtalespesialister. Avtalespesialister inngår som del av det offentlige tilbudet i spesialisthelsetjenesten og er gjennom nasjonale rammeavtaler forpliktet til å forholde seg til nasjonale og regionale føringer, samt rapportere til NPR. Det er nylig gjennomført en nasjonal evaluering av avtalespesialistordningen som resulterte i rapporten: «Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen». Rapporten anbefaler en videreføring og modernisering av ordningen.¹⁶

Innen psykisk helsevern er det per tiden 35 avtaler med psykologspesialister og 9 avtaler med psykiatere. En fulltidsavtale tilsvarer 1050 polikliniske konsultasjoner per år. Samlet for hele landet står avtalespesialistene for 22 % av all poliklinisk behandling. Dekningsgraden av avtalespesialister i Helse Nord er lavt i nasjonal sammenheng, og antall avtalespesialister pr 1000 innbygger er 0,08 i Helse Nord og 0,07 i Helse Midt, mens den er 0,14 i Helse Sør-Øst og 0,11 i Helse Vest. Større fokus på pasientrettigheter har ført til krav om felles henvisningsmottak mellom avtalespesialister innen psykisk helsevern og TSB, og dette er under etablering i Helse Nord. Felles henvisningsmottak gjør at pasienter som henvises til avtalespesialist også er innvilget rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, en rett de tidligere har manglet.

Helseforetak	DPS	Avtalespesialister
Finnmarkssykehuset	DPS Øst-Finnmark	1 psykologspesialist (50 %)
	DPS Alta	3 psykologspesialister
UNN	SPHR Tromsø	10 psykologspesialister (970 %)
		1 barnespesialist
		3 psykiatere
	SPHR Sør-Troms Harstad	3 psykologer
	SPHR Ofoten Narvik	1 psykologspesialist
	Silsand (SPHR Midt-Troms)	2 psykologspesialister (180 %)
	Storslett (SPHR Nord-Troms)	1 psykologspesialist
Nordlandssykehuset	Salten DPS (Bodø)	7 psykologspesialister
		4 psykiatere

	Lofoten og Vesterålen DPS	2 psykologspesialister
		1 psykiater
Helgelandssykehuset	SPHR Mo i Rana	1 psykologspesialist
	SPHR Ytre Helgeland	1 psykologspesialist
		1 psykiater
Sum		33 psykologspesialister, 9 psykiatere

Tabell 1: Oversikt over avtalespesialister i Helse Nord

Avtalespesialistordningen som sådan faller utenfor arbeidsgruppe 2 sitt mandat og omtales av den grunn ikke i det videre arbeidet.

Helse Nord RHF har avtale med Viken senter om døgnbehandling på DPS-nivå. Målgruppen er primært pasienter med traumelidelser. Viken senter er tildelt vurderingskompetanse, hvilket innebærer at institusjonen kan innvilge rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og står ansvarlig for fristbrudd. På fagområdet TSB er det inngått avtaler med fire private leverandører om kjøp av til sammen 87 døgnplasser. Avtalen gjelder ut 2027. Nettsidene til Helse Nord RHF (www.helse-nord.no) har utfyllende informasjon om våre avtaler med private leverandører.

Arbeidsgruppe 3 har som mandat å utrede oppbygging av egen kapasitet for å redusere kjøp fra private, men har i arbeidet ikke foreslått noen endringer i kjøp av psykisk helsevern og TSB.

3.7 Kommunale tilbud innen psykisk helse og rus

For å sikre pasienter helhetlige helsetjenester må utredning, behandling og oppfølging i kommuner og spesialisthelsetjenesten vært sammenhengende og godt koordinert. I Helse Nord sitt geografiske ansvarsområde er det 80 kommuner av ulik størrelse, der tilbudet varierer mellom kommunene. I henhold til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-1 skal kommunene sørge for at innbyggerne tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, herunder også ved psykisk sykdom og rusmiddelproblem. I § 3-2 stilles blant annet krav om psykolog.

Kommunepsykologenes kliniske virke er innrettet som et lavterskeltilbud og det foreligger derfor ingen komplett rapportering av omfang og virkeområde. En kartlegging fra Sintef for 2022 viser at 48 % av landets kommuner ikke har tilsatt psykologårsverk i tjenester og tiltak rettet mot voksne, mens andelen for barn og unge var 42 %.¹⁷ Sintef sin kartlegging viser en klar sammenheng med kommunestørrelse, der psykologdekningen er vesentlig bedre i større kommuner.

Kommunene har ansvar for forebygging og folkehelse, samt tilbud til personer med "lettere" angst og depresjon.¹⁸ Helsedirektoratet har nylig publisert ny nasjonal veileder for psykisk helsearbeid barn og unge.¹⁹ En av målsetningene med etableringen av veilederen er å sikre barn, unge og deres familie et helhetlig helsetilbud på riktig nivå. Den beskriver kommunenes ansvar for å yte kunnskapsbasert behandling til barn og unge med lettere og moderate psykiske lidelser og anbefaler hvordan kommunene og spesialisthelsetjenesten skal samhandle for å yte best mulig sammenhengende tjenester. Helsedirektoratet forventes å snart publisere en tilsvarende nasjonal veileder for kommunal oppfølging av voksne med psykiske lidelser. Det forventes at både kommuner og spesialisthelsetjenesten har et behandlingstilbud tråd med de nasjonale faglige veilederne.

Fastlegene oppsøkes av om lag 70 % av befolkningen årlig, og psykisk lidelse og rusproblemer utgjør en betydelig andel av årsaker til kontakt. Ifølge statistikk fra SSB for 2022 hadde fastlegene 1 849 672 kontakter vedrørende psykisk lidelse, noe som utgjorde 11 % av alle kontakter.

Kommunene har hatt flere større satsninger på psykisk helsehjelp, særlig de senere årene. Rask psykisk helsehjelp (RPH) består av veiledet selvhjelp og kognitiv terapi ved ulike angstproblemer, lett/moderat depresjon og ev. søvnproblemer, men er etablert i bare 13 kommuner i Nord-Norge.²⁰ RPH har gode resultater og egner seg godt for å etablere i interkommunalt samarbeid. Det er samtidig et resultatmål i *Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033)* at innbyggere i alle kommuner skal ha tilgang til kunnskapsbaserte lavterskeltilbud innen psykisk helse og rus. Likevel er tilbudet fremdeles fraværende for innbyggerne i 67 av landsdelens 80 kommuner.²¹

For personer med større hjelpebehov tilbyr kommunene vedtaksbaserte helsetjenester som aktivisering (dagaktivitet, støttekontakt), hjelp i hjemmet (praktisk bistand, personlig assistent og helsetjenester i hjemmet), institusjonsbehandling og en rekke sosialtjenester som økonomisk støtte og hjelp med bolig. I overkant av en av fem pasienter i psykisk helsevern og TSB har samtidig en, eller flere vedtaksbaserte tilbud fra kommunene. På landsbasis disponeres noe over 10 % av omsorgsboligene av pasienter med oppfølging innen psykisk helsevern og TSB. Disse kommunale tilbudene er helt avgjørende for psykisk helsevern og TSB sin mulighet til å yte gode spesialisthelsetjenester. Samtidig viser flere kartlegginger at kommunene opplever det krevende å ivareta personer med langvarige, sammensatte og alvorlige psykiske lidelser.²²

Fra 2017 ble det innført krav om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus for personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer som gir funksjonsfall, pasienter med avklart

tilstand/diagnose med tilbakefall/forverring og personer med behov for observasjon og miljøterapeutisk oppfølging mv.²³ Ettersom kommunale øyeblikkelig hjelp døgnopphold ikke rapporteres til KPR foreligger kun manuell rapportering til Helsedirektoratet. Den manuelle rapporteringen viser at 47 av 80 (58 %) kommuner har registrert innleggelses med psykisk helse og rusproblemer i kommunale øyeblikkelig hjelp-tilbud. Det er en betydelig lavere andel enn i landet for øvrig, og tilbudet er på plass i 91 % av alle landets kommuner.²⁴ Den lave aktiviteten viser at de kommunale øyeblikkelig hjelp-plassene brukes i et beskjedent omfang i Helse Nord per i dag.

3.8 Digitale behandlingstilbud

Ifølge Digital strategi 2038 må vi: (...) *tenke nye måter å levere tjenestene til befolkningen på, hvordan vi skal planlegge fremover med organisasjonsutvikling og ledelse, hvordan vi skal dele informasjon og samhandle med andre offentlige aktører og hvordan vi skal prioritere bruken av ressurser fremover.*²⁵

Utviklingen av digitale behandlingstilbud for psykiske lidelser har pågått over lang tid, men har til nå hatt liten innvirkning på det totale tjenestetilbudet. Allerede tidlig på 2000 – tallet etablerte UiT i samarbeid med UNN digitale behandlingstilbud og selvhjelpsprogrammer.²⁶ DeVaVi-prosjektet (Desentralisert vaktssamarbeid ved bruk av videokonferanse) viste at videokonferanser kan bidra til økt utnyttelse av spesialister på tvers av store avstander.²⁷ Finnmarkssykehuset beskriver også gode erfaringer ved at psykiateren er digitalt tilgjengelig for FACT teamene.²⁸ UNN skal i løpet av 2024 etablere veiledet internettbehandling²⁹ for en rekke psykiske lidelser; i første omgang angst, depresjon, sosial fobi, alkoholmisbruk, ADHD og insomni. Teknologien og behandlingsprogrammene krever færre behandlere enn gjennom ordinær poliklinisk behandling, samtidig som pasientene får et stedsuavhengig behandlingstilbud der hovedaktivitetene skjer via nettbaserte tjenester.

Digitale hjelpemidler kan bidra til å bedre kvaliteten på tilbudene som ytes, uten at det kreves mer personalressurser. DelMedMeg³⁰ og LOVePROM³¹ er eksempler på systematisk innhenting av pasientrapporterte data som kan brukes til å bedre kvaliteten på det kliniske tilbudet, basert på konkrete tilbakemeldinger fra pasient.

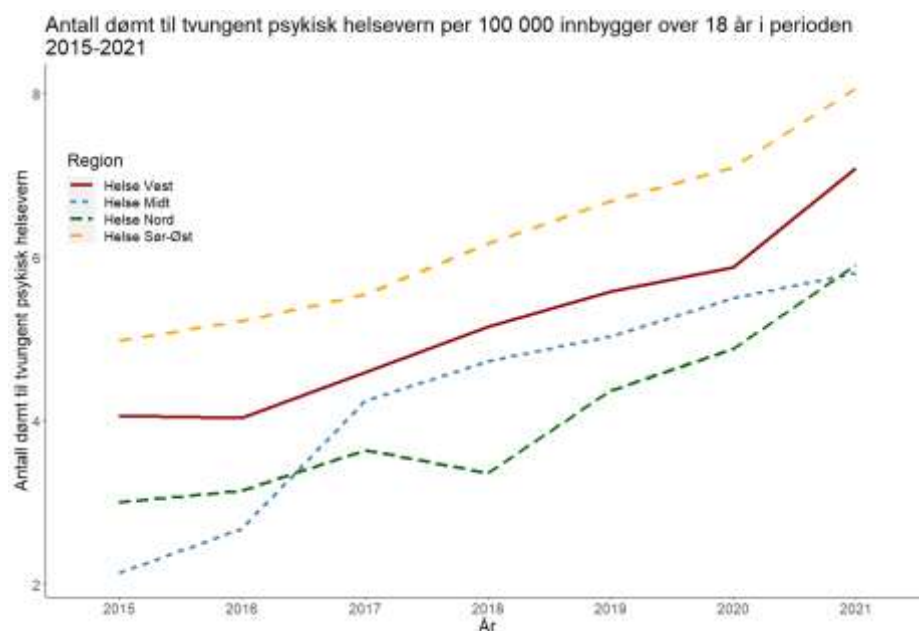
En videre satsning på digitale behandlingstilbud for psykiske lidelser og ruslidelser er en viktig del av den videre styrkingen av kvalitet og kapasitet i tjenesten. Det vurderes ikke at utvikling i digitale tilbud alene kan møte de utfordringer som i dag er i tjeneste, og en satsning på digitale behandlingstilbud må derfor komme i tillegg til de endringer som foreslås her.

4 0-alternativet

0-alternativet beskriver dagens situasjon, slik den er beskrevet i styresakene 11-2023 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord, styresak 29-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning og styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning samt informasjon fra helseforetakene.

4.1 0-alternativet – sykehusfunksjoner

Sykehusfunksjoner innen psykisk helsevern og TSB ytes av Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset. De senere årene har lovendringer i straffeprosessloven § 188, jf. § 167 og straffeloven § 62 ført til en betydelig økning i antall personer dømt til behandling. Økningen i overførte pasienter fra domstolen har økt jevnt de senere årene, og ført til press på sykehusfunksjoner og sikkerhetsposter. Det øker presset på tjenesten og fortrenger andre pasienter. Utviklingen i antall pasienter som dømmes til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold vises i figur 1.



Figur 1: Utvikling i antall dømte til tvunget psykisk helsevern per 100 000 innbyggere

Selv om den samlede kapasiteten av sikkerhetsplasser på 29 lokale og 3 regionale plasser er over nasjonalt gjennomsnitt, er dagens situasjon at både Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset måtte sette sykehuset i beredskap fra våren 2023 grunnet vedvarende overbelegg i akutttilbud og sikkerhetspost. Den regionale sikkerhetspsykiatrien samles nå ved UNN, og tilbudet skal utvides fra 3 til 5 plasser.

Akutt- og sikkerhetsposter med flere pasienter enn det er plass til (overbelegg) fører til fortrengning av andre pasientgrupper med behov for utredning og behandling ved sykehusdøgnerheter, noe som øker risikoen for forverring i sykdom og, i verste fall behandling på tvang eller dom.

Helse Nord RHF-styret godkjente i august 2023 en interregional rapport om sikkerhetspsykiatri som skisserer en fortsatt vekst i antall som dømmes til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold.³² Helse Nord må finne løsninger på den store veksten gjennom andre tiltak enn å benytte sykehusavdelingene vi til nå har hatt til rådighet.

	Lokal sikkerhet	Regional sikkerhet	Total	Antall plasser per 100 000	Antall plasser dersom 5,5 per 100 000 innbygger	Avvik
Helse Vest	35	10	45	4,1	61,0	16,0
Helse Midt	12	10	22	3,0	40,2	18,2
Helse Nord	27	5	32	6,6	26,8	5,2
Helse Sør-Øst	108	22	130	4,3	165,1	35,1
Totalsum	182	47	229	4,3	293,1	64,1

Tabell 2: Kapasitet i sikkerhetspsykiatrien per helseregion og nasjonalt gjennomsnitt

Psykisk helse- og rusklinikken ved UNN har i 2023 utarbeidet et forslag på ny framtidig klinisk struktur for PHV og TSB i UNN. Forslaget skisserer en styrking av tilbudet til pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene, blant annet gjennom økt sengekapasitet på sykehusnivå, og styrking av polikliniske og ambulante tjenester på DPS-nivå. Bakgrunnen for de foreslåtte endringene er en felles forståelse av at dagens struktur og tilbud ikke er bærekraftig, personellmangel, lav kapasitet, med vedvarende overbelegg ved akuttpsykiatriske- og sikkerhetspsykiatriske sengeposter, ventetider lagt over måltall og et stigende antall fristbrudd.³³

Ifølge revidert framskrivningsmodell er det frem mot 2040 behov for en større kapasitetsutvidelse av sykehusfunksjonene ved UNN enn ved Nordlandssykehuset. Dette er lagt grunn i arbeidet.

	Døgn 2021	Døgn 2040	Endring
UNN	26 192	30 336	16 %
NLSH	25 358	26 908	6 %

Tabell 3: Døgnaktivitet i sykehus i 2021 og framskrevet til 2040

4.2 0-alternativet – DPS

Som det fremkommer i styresak 11-2023 *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*, er situasjonen preget av små desentraliserte fagmiljø, hvor det er stor utfordring med rekruttering og stabilisering av spesialister, særlig psykiatere. Det er stor andel innleide overleger fra vikarbyrå, og flere steder har ikke døgnkontinuerlige vaktordninger for døgnenhetene. Lange ventetider og mange fristbrudd var bakgrunnen for styresak 73-2023 *Virksomhetsrapport nr. 5-2023* (styremøte 22. juni 2023) der styret ba om en redegjørelse for helseforetakenes iverksatte- og planlagte tiltak innen psykisk helsevern

og TSB for å beholde og rekruttere personell. Saken ble på nytt drøftet i styret i september i *styresak 105-2023 Virksomhetsrapport nr. 8-2023* der det ble gjennomgått tilbakemeldinger fra helseforetakene på tiltak iverksatt for å bedre situasjonen.

I henhold til Helsedirektoratets DPS-veileder fra 2006 er anbefalt størrelse på opptaksområdet 30-75 000 innbyggere.³⁴ Størrelsen anbefales for å kunne tilby “robuste fagmiljø med tilstrekkelig bredde i sin kompetanse og minst mulig sårbarhet ved fravær.” Helsedirektoratet anbefaler videre en tverrfaglig sammensatt personalgruppe med “adekvat formal- og realkompetanse med tilstrekkelig spesialistrepresentasjon til å ivareta en forsvarlig spesialisthelsetjeneste av høy faglig kvalitet.” Veilederen fastslår ingen absolutt minimumsbemanning, men anbefaler at de minste DPS-ene bør ha minimum tre spesialister, hvorav minst en legespesialist og en psykologspesialist. Det anbefales videre utdanningsstillinger for leger og psykologer ved alle DPS.

Status på kvalitetsindikatorerne for poliklinikker (2022-tall) viser at det er for lav måloppnåelse på ventetid og fristbrudd i poliklinisk behandling i regionen.

Status kvalitets- indikatorer

Indikator	Helse Nord	Målkrav
Ventetid		
- PHV	51-83 dager	40 dager
- PHBU	50-70 dager	35 dager
- TSB	30-66 dager	30 dager
Fristbrudd PHV		0
Påbegynt	23,5 %	Landet 5,4 %
Ventende	26,7 %	Landet 6,2 %
Fristbrudd PHBU		0
Påbegynt	11,2 %	Landet 7 %
Ventende	11,3 %	Landet 6,3 %
Fristbrudd TSB		0
Påbegynt	8,6 %	2,2 %
Ventende	12,8 %	7,4 %
Epikrise	52 %	70 % innen 1 dag
Vedtak om tvangsmidler	5 % (jendret fra antall til andel)	Reduksjon landet 7,7 %

Figur 2: Status for relevante kvalitetsindikatorer totalt for Helse Nord

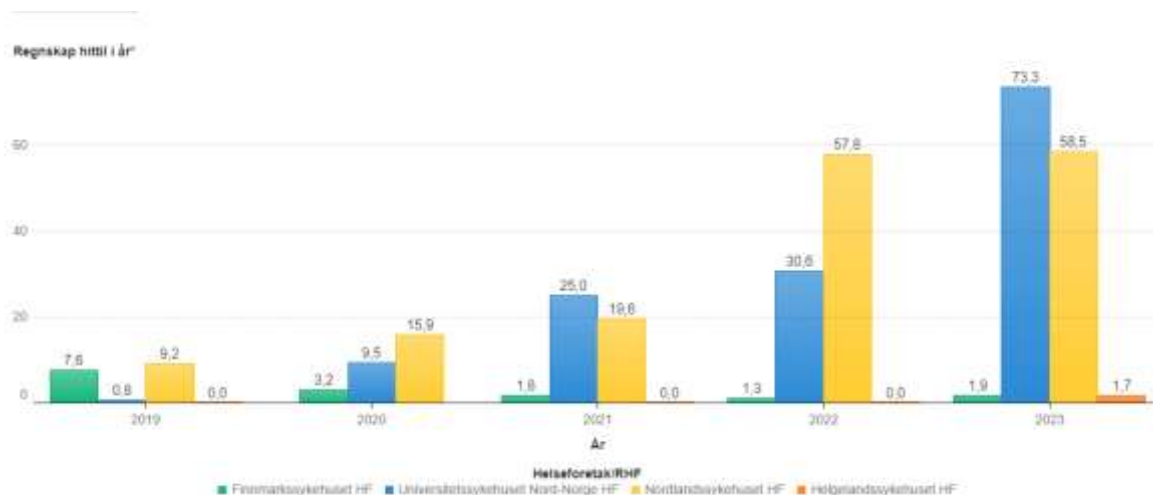
Lange ventetider og mange fristbrudd i poliklinikkene gir redusert tilgjengelighet for pasientene og har en høy økonomisk kostnad for helseforetakene. Utfordringen med å etablere tilstrekkelig kapasitet har de senere år vært særlig stor i de største byene.

Tabell 4 viser utvikling i antall fristbrudd de siste tre årene per helseforetak.

Helseforetak	2023	2022	2021
Finnmarkssykehuset	11	7	22
Universitetssykehuset Nord-Norge	446	411	326
Nordlandssykehuset	146	164	101
Helgelandssykehuset	5	5	0
SUM fristbrudd Helfo	(tom aug.) 608	587	455

Tabell 4: Antall nyhenviste pasienter over 18 år som har fått behandling fra en fristbruddleverandør per helseforetak

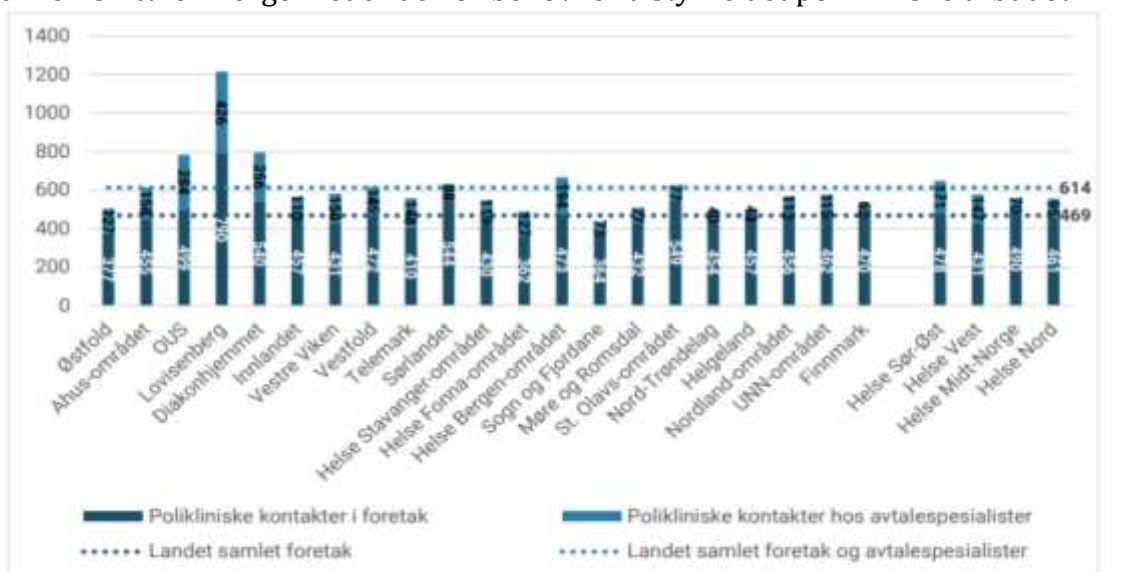
Økende antall fristbrudd har en høy økonomisk kostnad. Figuren under viser utvikling i fristbruddkostnader for pasienter behandlet gjennom HELFO (helseøkonomiforvaltningen). Tall for 2023 viser kostnader til og med september. Det ligger derfor et betydelig økonomiske innsparingspotensial i å innfri pasientrettighetene innen frist.



Figur 3: Fristbruddkostnader pr helseforetak. Tall for 2023 er inntil september.

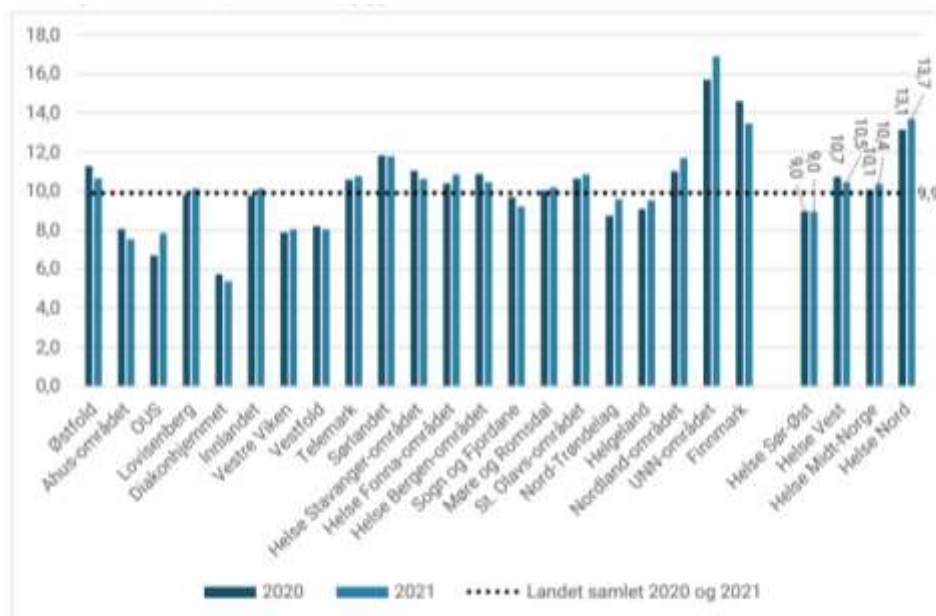
UNN arbeider med å styrke den polikliniske kapasiteten i Tromsø ved å opprette en korttidspoliklinikk med 10 behandlerstillinger. Styrkingen forventes å redusere mengden fristbrudd betydelig. Tilbakemeldinger er imidlertid at det har tatt lengre tid enn antatt å ansette kvalifisert helsepersonell og per november er kun halvparten av stillingene besatt.

Helseforetak i Helse Nord gir samlet mindre polikliniske tilbud enn landet for øvrig med et gjennomsnitt lik 556 polikliniske kontakter pr 1000 innbyggere, mot 614 i gjennomsnitt for Norge. Det er derfor behov for å styrke det polikliniske tilbudet.



Figur 4: Geografiske variasjoner i bruk av polikliniske kontakter i psykisk helsevern for voksne over 18 år per helseforetaksområde i rater per 1000 innbyggere og inkludert avtalespesialister.

Det er geografiske variasjoner i bruk av innleggelse i psykisk helsevern og mer bruk av døgnbehandling i Helse Nord enn i landet for øvrig. Som figur 5 viser, er det en samlet bruk av døgn i Helse Nord lik 13,7, mot 9,7 for landet for øvrig, med stor variasjon mellom helseforetaksområdene.



Figur 5 geografisk variasjon i bruk av innleggelse i rater per 1000 innbyggere over 18 år og per helseforetaksområde og helseregion. Figur hentet fra Samdata 2021.

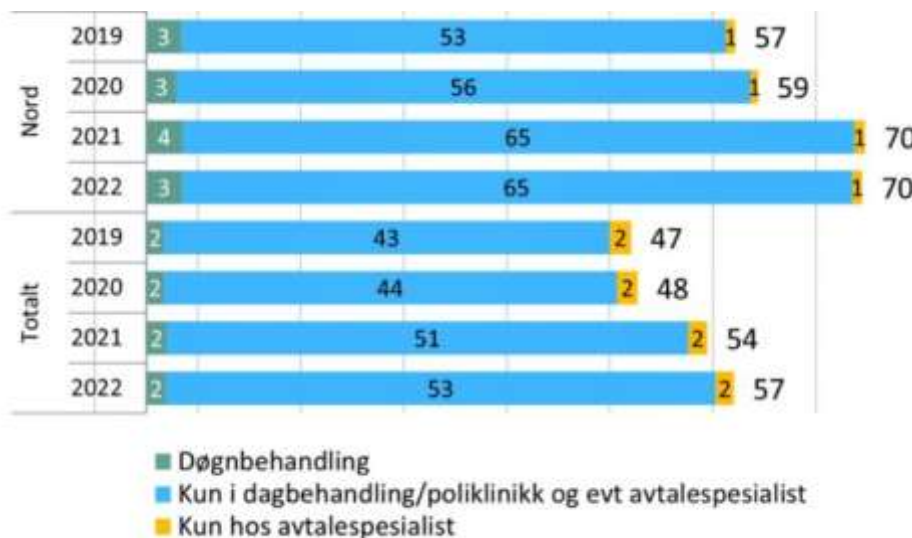
4.3 0-alternativet – PHBU

Dagens tilbud til barn og unge er svært desentralt og flere av landets minste BUP-enheter ligger i Helse Nord. Ifølge NPR-tall for 2021 hadde Helse Nord en høyere andel av befolkningen under 18 år i behandling enn nasjonalt gjennomsnitt, med 7 % av den totale barne- og ungdomspopulasjonen.³⁵ Tall fra Samdata 2021 viser at barn og unge i Helse Nord fikk relativt flere polikliniske kontakter per 1000 innbyggere, med betydelig variasjon mellom helseforetakene. For regionen som helhet ble det gitt 0,93 konsultasjoner per barn og ungdom under 18 år, noe som er over landsgjennomsnittet på 0,85. I følge Samdata var det imidlertid nedgang i antall polikliniske kontakter fra 2021 til 2022 lik -7 %, fra 90 005 kontakter i 2021 til 83 568 kontakter i 2022.

Den samlede døgnkapasiteten i PHBU i Helse Nord er god, sammenlignet med nasjonalt gjennomsnitt. Pasienter i Helse Nord bruker mer døgn enn i landet for øvrig og gir døgnbehandling til 3 per 1000 innbyggere barn og unge, mot 2 per 1000 for landet som helhet.³⁶ Det polikliniske tilbudet dekker 66 per 1000 barn og unge, mot 57 per 1000 for landet som helhet. Dette er fremstilt i figur 6.

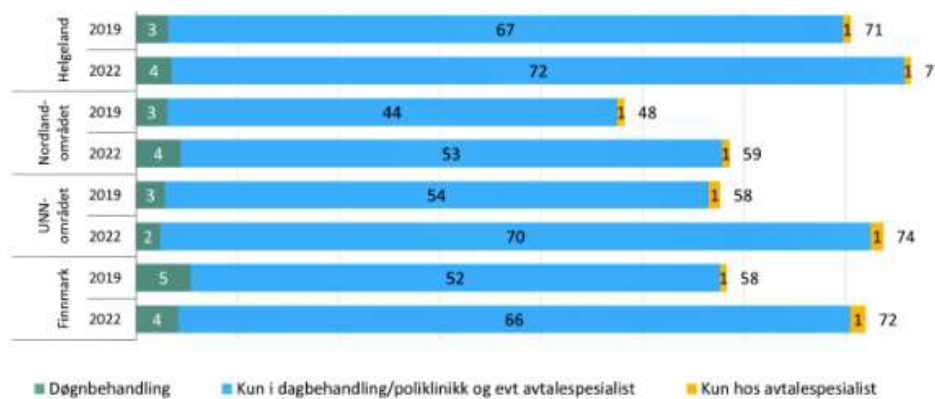
Figuren viser antall pasienter under 18 år i psykisk helsevern for barn og unge per 1000 innbyggere, fordelt på døgntilbud og polikliniske tilbud i 2022. Sammenlignet med øvrige helseregioner hadde resten av landet vekst i pasientraten, fra 54 til 57 pasienter

per 1000 barn og unge, mens raten for Helse Nord var stabil fra 2021 til 2022 lik 70 per 1000 barn og unge.³⁷ Dette er fremstilt i figur 6.



Figur 6: Pasienter per 1000 innbyggere 0-17 etter helseregion og tilbud

Figur 7 viser variasjon i bruk av tilbud i psykisk helsevern for barn og unge. For landet som helhet, er det 2 per 1000 unge under 18 som legges inn i døgntilbud, mens 55 per 1000 mottar poliklinisk tilbud. Figuren viser at Nordlandssykehuset yter mindre polikliniske tilbud til barn og unge enn nasjonalt gjennomsnitt, men øvrige helseforetak hadde en aktivitet over landsgjennomsnitt.



Figur 7 Bruk av tilbud i psykisk helsevern for barn og unge per helseforetak i Helse Nord. Kilde: Samdata 2022

Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge har over flere år hatt betydelige utfordringer med ventetid og fristbrudd. Antall henviste pasienter har økt siden 2019, og det forventes en varig høy henvisningsandel i flere år fremover.³⁸ Lang ventetid og mange fristbrudd tyder på en for lav kapasitet i polikliniske tilbud, særlig i de største byene.

Helseforetak	2023	2022	2021
Finnmarkssykehuset	15	-	-
Universitetssykehuset Nord-Norge	67	10	4
Nordlandssykehuset	24	87	284
Helgelandssykehuset	-	-	-
SUM fristbrudd Helfo	(tom aug.) 106	97	288

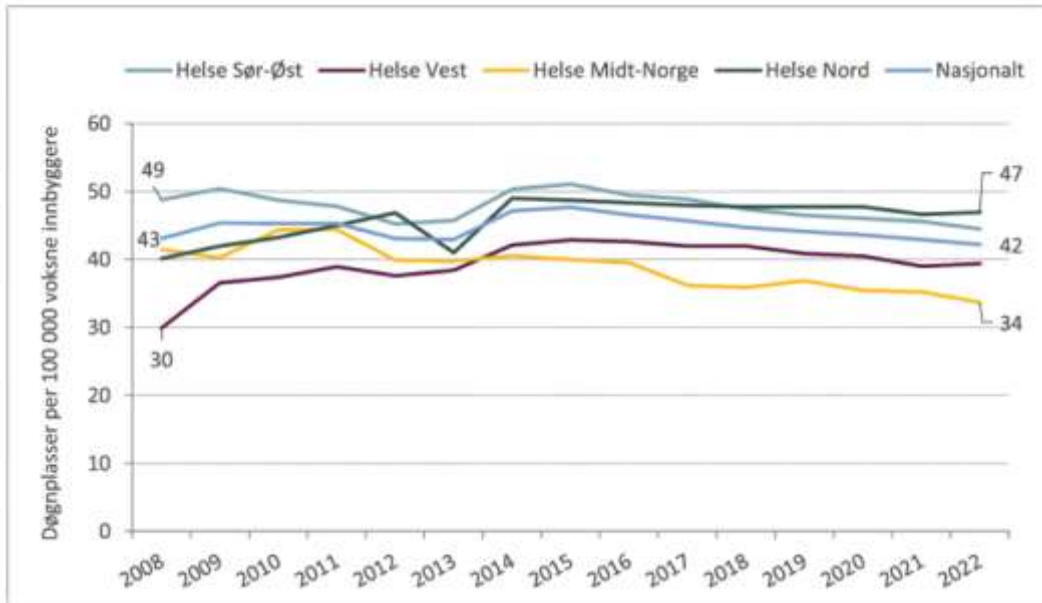
Tabell 5: Antall nyhenviste barn og unge som har fått behandling fra en fristbruddleverandør per helseforetak

I årene 2021 til 2023 (hittil i år) har Nordlandssykehuset vesentlig redusert antall fristbrudd, mens det fortsatt meldes et høyt antall fristbrudd fra UNN. UNN har nylig økt antall poliklinikkansatte med 8 hele stillinger for å bedre situasjonen.

Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033) har som resultatmål at barn og unge som henvises til psykisk helsevern for barn og unge skal tilbys vurderingssamtale, en videreføring av ventetidskravene og å hindre nedbygging av sengeplasser.³⁹ Et annet styringsmål er at ingen barn og unge skal få avslag fra BUP kun basert på skriftlig henvisning. Stort press på hver enkelt behandler og mangel på spesialister og erfarne behandlere beskrives som årsak til at foretakene ikke har kunnet innføre vurderingssamtale eller gjøre videre undersøkelser der henvisningen alene ikke gir grunnlag for å mistenke moderat til alvorlig psykisk lidelse.

4.4 0-alternativet – TSB

Helse Nord har en samlet døgnkapasitet innen TSB over landsgjennomsnitt, og en poliklinisk kapasitet vesentlig lavere enn landsgjennomsnitt. 49 % av døgnplassene leveres av private. Samdata 2021 viste at pasienter i Helse Nord mottok 12 % mer døgnbehandling enn nasjonalt gjennomsnitt, og hele 38 % mindre polikliniske tilbud enn i landet for øvrig. Figuren under viser antall døgnplasser per 100 000 voksne per helseregion, der Helse Nord har 47 plasser mot nasjonalt gjennomsnitt lik 42.⁴⁰



Figur 8: Antall døgnplasser TSB per 100 000 innbyggere over 18 år per helseregion

Akuttilbud innenfor TSB i Helse Nord er under oppbygging, og skal ifølge Regional fagplan TSB primært ivaretas av Nordlandssykehuset og UNN. Fire akutte døgnplasser er etablert ved UNN, og tilsvarende er under planlegging ved Nordlandssykehuset.

TSB er i spesialisthelsetjenesten et fortsatt ferskt fagområde under oppbygging. Fagområdet har betydelig samarbeidsflate med både psykisk helsevern og somatiske spesialisthelsetjenester. Dagens status er at det er mange ubesatte legespesialiststillinger i rus- og avhengighetsmedisin i regionen.

TSB er et fagområde som i liten grad har hatt tydelige og enhetlige normerende retningslinjer frem til midt på 2010-tallet, da nasjonale retningslinjer for rusbehandling og avrusning ble utarbeidet, og hvor de ulike tjenestene på fagfeltet ble nærmere definert.⁴¹ Dette har avdekket stor variasjon i tilbudet, hvor kapasitetsbegrensninger i akutte og polikliniske tilbud har vært særlig tydelig i Helse Nord. Stor variasjon mellom enheter, både i innhold og tilgang til spesialister. Både UNN, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset har i den senere tid blitt godkjent som utdanningsinstitusjoner for spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. Det er behov for å styrke og konsolidere dette utdanningstilbudet.

4.5 0-alternativet – SÁNAG/SANKS

SÁNAG/SANKS har et nasjonalt ansvar for behandlingstilbud rettet mot den samiske befolkningen i Norge, og har i tillegg samarbeidsavtaler med Sverige og Finland. Sámi klinihkka har nærhet mellom profesjonene og tilbyr helhetlige og integrerte helsetjenester innen: Psykisk helsevern, rus og avhengighet, somatikk, samt forskning og utvikling. Disse er tett knyttet sammen og samlokalisert, og samisk språk og kultur er en naturlig del både i behandlingen og i arbeidsmiljøet.

Opptakskommunene til SÁNAG/SANKS/DPS Midt-Finnmark er Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Lebesby og Gamvik for VPP. Opptaksområdet for TSB-tjenesten er Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Lebesby, Gamvik. I tillegg har SANKS påtatt seg ansvar for hele Øst-Finnmark, da det ikke er et eget rustilbud i dette området. Opptaksområdet for barn og unge er Kautokeino, Karasjok, Porsanger, Lebesby, Gamvik, Tana og Nesseby. SÁNAG/SANKS har også en kompetansesenterfunksjon hvor opptaksområdet er hele landet for den samiske befolkningen. Denne tjenesten omfatter også kliniske funksjoner.

Tjenestene til SÁNAG/SANKS, Sámi klinihkka innen psykisk helsevern, rus og avhengighet er følgende:

- Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VPP) som tilbyr utredning og behandling til voksne. All behandling tilrettelegges individuelt med fokus på språk, kultur og mestring. Døgnetenheten psykisk helse og avhengighet tilbyr utredning og behandling til voksne. Enheten tilbyr behandling innenfor både psykisk helsevern og TSB.
- Familieenheten tilbyr utredning og behandling til barn og familier som har vansker knyttet til samspill og kommunikasjon. Tilbudet er aktuelt når polikliniske tiltak ikke har ført til ønsket endring, og tettere oppfølging anses som nødvendig. Familiene bor i SÁNAG/SANKS, Sámi klinihkkas leiligheter med egen husholdning. Opptaksområdet er hele Finnmark og samisk befolkning i hele landet, henvist av BUP.
- Nasjonalt team er etablert som et tilbud for samiske pasienter som bor utenfor Finnmark. Nasjonalt team har kontorer i Oslo, Røros, Snåsa, Hamarøy og Tromsø. Nasjonalt team sine arbeidsoppgaver er: Klinisk arbeid, rådgiving, veiledning, undervisning og informasjonsarbeid, og gir også et lavterskeltilbud i form av å vurdere alle slags henvendelser om utredning og behandling.
- Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) tilbyr utredning og behandling til barn og unge mellom 0 og 18 år. Ambulant Team i BUP er en ekstra ressurs som over en kortere periode tilbyr pasient-/familierettet oppfølging i hjemmet, barnehage og skole, i samarbeid med førstelinjetjenesten.
- Ungdomspsykiatrisk enhet (UPA) er et elektivt døgntilbud for ungdom mellom 13-18 år med psykiske vansker, henvist fra BUP. Her tilbys utredning og behandling innenfor et bredt spekter av psykiske lidelser. Opptaksområdet er hele Finnmark samt samisk befolkning i hele landet.
- SÁNAG/SANKS, Sámi klinihkka har egen skole for barn i skolepliktig alder for pasienter som er innlagt ved enhetene.
- Avdeling Forskning og utviklingsarbeid (FoU) arbeider kontinuerlig med å fremme, utvikle og sikre likeverdige helsetjenester innen psykisk helsevern og avhengighet til den samiske befolkningen. FoU er bindeleddet mellom klinisk virksomhet og nasjonal kompetansetjeneste ved SÁNAG/SANKS i Sámi klinihkka. Gjennom

formidling av kunnskap og utvikling av ny forskning bidrar FoU til økt kompetanse om samers særskilte behov for språklig og kulturelt tilrettelagt diagnostikk og behandling. FoU skal iverksette tiltak, slik at kompetansen blir tilgjengelig for primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre kompetansemiljø. FoUs oppgaver er å legge forholdene til rette for forskning og utviklingsarbeid både innenfor i SÁNAG/SANKS, Sámi klinihkka, men bidrar også med å heve forskningskompetansen i kulturpsykiatri i andre fagmiljøer. Klinikken samarbeider og samordner med andre forskningsmiljøer både nasjonalt og internasjonalt, og har ansvar for Samisk tolketjeneste og Samisk Lærings- og mestringstjeneste for den samiske befolkningen.

All klinisk behandling i SÁNAG/SANKS, Sámi klinihkka gis med kompetanse i samisk språk, kultur- og samfunnsforhold. Alle enheter i SÁNAG/SANKS, Sámi klinihkka tilbyr kulturtilpasset veiledning og undervisning til fagfolk og utdanningsinstitusjoner. Alle de klinisk ansatte er en del av kompetansetjenesten.

5 Prinsipper for valg av nye alternativer

Formålet med arbeidet er å etablere ny funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord basert på «*en struktur som lar seg bemanne og som gir bærekraftig økonomi.*» Et hovedprinsipp er at alternative forslag til struktur skal gi mer «*robuste og mer fleksible*» enheter.

Helsedirektoratets nasjonale faglige veiledere, DPS-veileder fra 2006 og Helse Nord's utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB utgjør, sammen med rapportene fra det interregionale framskrivningsarbeidet de formelle kravene til tilbudets størrelse, organisering og innhold. Disse føringene er derfor lagt til grunn i oppdraget, som forståelsesramme for hva som er «små og sårbare» og «robuste og mer fleksible enheter og fagmiljøer.»

Styresakene slår fast at det skal omprioriteres «*fra enheter med døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling*», at uønsket variasjon i tilbudet skal reduseres, og at tjenester uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag skal avvikles. Det skal målrettet bygges opp egen kapasitet i helseforetak, for å kunne redusere kjøp fra private og unngå fristbrudd.

I oppdraget fastslås at «strukturen må være avstemt mot framskrivinger av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, den demografiske utviklingen, tilgangen på helsepersonell og foretaksgruppens inntekter. Arbeidsgruppen har derfor lagt til grunn at rekrutteringsmuligheten er bedre der det finnes utdanningsmuligheter og et større befolkningsgrunnlag.

Resultat fra revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og TSB for aktivitetsendring mellom 2021 og 2040 for regionen som helhet er vist i tabell 6. Føringer fra arbeidet er blant annet å styrke tilbudet til personer med alvorlig og sammensatt psykisk lidelse, utvide poliklinisk tilbud innen TSB og utvide poliklinisk kapasitet for barn og unge, samt unge voksne (pandemieeffekt). Disse føringene er lagt til

grunn i arbeidet. Arbeidsgruppen har brukt Helsedirektoratets definisjon av alvorlig psykisk lidelse som omfatter schizofreni (F20, F25), bipolar lidelse (F30, F31), depresjon (F32, F33) og personlighetsforstyrrelser (F60-F69).⁴² Alternativene foreslår ingen endringer i tilbudet til personer med alvorlige spiseforstyrrelser.

	Døgn 2021	Døgn 2040	Endring
Sykehus	51 550	57 244	10 %
DPS	40 782	41 906	3 %
BUP	10 779	10 141	-6 %
TSB	28 269	29 096	3 %

Tabell 6: Liggedøgn i 2021 og fremskrevet for 2040,

I tråd med arbeidets mandat er det lagt opp til en styrking i polikliniske tilbud. Styrkingen omfatter både utvidet kapasitet der det er nødvendig, og en faglig styrking. Framskrivningsmodellen slår fast at det særlig er stort behandlingssap mellom forekomst av ruslidelse, særlig alkohol og dekningsgrad av befolkning i behandling. Ingen andre lidelser har et like stort samlet helsetap for befolkningen, noe som gjør det høyt prioritert å utvide andel av befolkningen som gis et tilbud i spesialisthelsetjenesten.⁴³

Som tabell 7 viser, er det derfor fremskrevet en betydelig vekst i poliklinisk aktivitet i TSB.

	Pol 2021	Pol 2040	Endring
DPS	154 603	167 892	8 %
BUP	89 905	89 151	-1 %
TSB	23 989	33 330	28 %
Norge	1938339	2263724	15,1 %

Tabell 7: Poliklinisk aktivitet per fagområde, 2021 og 2040

Følgende nasjonale og regionale føringer er følgende lagt til grunn for arbeidsgruppens arbeid:

- Tilstrekkelig kapasitet til å møte befolkningens behov (i dag og fremskrevet) (nasjonalt oppdrag)
- Føringer om å opprettholde samlet døgnkapasitet i Helse Nord (anmodningsvedtak fra Stortinget)
- Føringer om nærhet til somatisk tilbud (nasjonal føring)
- Føringer om å utvide poliklinisk kapasitet (mandat)
- Prioritering av barn og unge, samt unge voksne (framskrivningsmodell)
- Føringer om å styrke tilbudet til personer med alvorlig og sammensatte psykiske lidelser (framskrivningsmodell)
- Føringer om styrking av sykehus tilbud (mandat)

- Føringsom at tilbudet skal bidra til å sikre økonomisk bærekraft i regionen (mandat)
- Fagmiljøene må sikre tilstrekkelig kapasitet og faglig bredde i behandlingstilbudet for å sikre alle pasienter tilgang på kunnskapsbasert behandling (utviklingsplan for HN)

Sentrale begrep som "likeverdige" og "bærekraft" ble definert i styresak 11-2023 *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*:

Likeverdighet

Helseforetakenes formål er etter helseforetakslovens § 1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Begrepet likeverdighet er ikke entydig definert i lovverket. Det er en vanlig forståelse at likeverdige tjenester er av god kvalitet og tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde.

Bærekraft

FN har definert bærekraftig utvikling som en utvikling som dekker befolkningens behov i samtiden, uten å redusere mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov. Det er ikke entydig definert hva dette betyr i helsetjenesten. Begrepet brukes ofte i helsesektoren om det å tilrettelegge tjenestene slik at vi kan ta i bruk ny avansert behandling og kunnskapsbasert praksis i både primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor de økonomiske rammene som er gitt, og sikre at vi har tilgjengelig bemanning og kompetanse i dag og i fremtiden. Et viktig mål i arbeidet er at ny funksjons- og oppgavedeling skal gi en bærekraftig økonomi. Økonomisk bærekraft er definert slik: "Økonomisk bærekraft handler om å bruke ressursene på en slik måte at dagens økonomiske utvikling ikke går på bekostning av fremtidig økonomisk utvikling."⁴⁴

Tilgjengelighet

Et av spesialisthelsetjenestens formål er å bidra til at tjenestetilbudet blir tilgjengelig for pasientene. Tilgjengelighet for pasienten innebærer en øvre grense for geografisk avstand og ventetid. God tilgjengelighet innebærer også tilstrekkelig tilgang til kunnskapsbasert og effektiv utredning/behandling. Med avstand menes reisetid til behandlingssted, som typisk ikke bør være for lang for tilbud som skal benyttes ofte, men som kan være lengre unna for tjenester som benyttes sjeldnere. Ventetid gir uttrykk for om tjenesten faktisk er tilgjengelig innenfor frister som er satt i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere, for eksempel har flere allmennpsykiatriske poliklinikker (Tromsø, Bodø, Harstad og Stokmarknes) i nåsituasjonen svært lange ventetider og fristbrudd.

Robust og fleksibel

Arbeidsgruppen foreslår at «robust og fleksibel» forstås som en spesialisthelsetjeneste med et fagmiljø som har tilstrekkelig bemanning/spesialister og dokumentert bruk av kunnskapsbaserte faglige retningslinjer. Fagmiljø forstås som «minimum 2 spesialister innen samme profesjon».⁴⁵ Spesialisert kompetanse og spisskompetanse utvikles gjennom tilstrekkelig klinisk erfaring med mer avgrensede komplekse tilstander og en

kontinuerlig kompetansebygging i et fagmiljø. Denne forståelsen kan også legges til grunn for øvrig personell med samme fagbakgrunn, som psykologer, leger og sykepleiere.

En forutsetning for at kompetanse skal kunne ivaretas kontinuerlig og forutsigbart ved en sykehusavdeling er et robust fagmiljø. Med et robust fagmiljø menes her et fagmiljø som evner å utvikle, beholde og overlevere kompetanse, og som ikke er avhengig av enkeltpersoner. UNN har i OU-arbeid definert bærekraftig slik: *“tilstrekkelig og stabil bemanning, med riktig kompetanse som kan tåle naturlig variasjoner i tilgang og avgang på personell.”*

Robuste fagmiljø på sykehus må ha tilstrekkelig spesialistdekning, leger, psykologer og annen tverrfaglig bemanning for øvrig (sykepleiere og ansatte med sosialfaglig og pedagogisk kompetanse). Tverrfaglige team med sosionomer, fysioterapeuter og ergoterapeuter, i tillegg til sykepleiere, helsefagarbeidere og eventuelt vernepleiere og spesialpedagoger er helt nødvendig.

Arbeidsgruppen har lagt til grunn at DPS-ene må styrkes til å bli mer robuste og fleksible, blant annet for å kunne håndtere flere tilstander og redusere behovet for å sende pasienter til sykehusavdelinger i Tromsø og Bodø.

Både fra befolkningen og tilsynsmyndighetene er det knyttet stor forventning til fagspesifikk kompetanse, selv ved de minste poliklinikkene. Dette fremkommer særlig tydelig i tilsynsrapporter, der det pekes på pasientenes krav til virksom tilstrekkelig utredning og behandling der de mottar behandling. Dagens tilbud i regionen har gitt et tilbud til like mange pasienter som i resten av landet, men utfordres på tilstrekkelig grad av faglig spisskompetanse på grunn av mange små fagmiljø.

Diskusjoner i arbeidsgruppen, og føringer fra arbeidets mandat og styresaker har ført til følgende prinsipper for utforming av alternativene:

- Etablere robuste og fleksible fagmiljø
- Alternativene må bidra til bedre rekruttering og stabilisering
- Befolkningen bør ha relativ nærhet til allmennpsykiatrisk poliklinikk
- Planlagt døgnbehandling er mindre avhengig av reisetid
- Det skal vurderes kompensierende tiltak ved omstilling av tjenestene
- Det skal bygges opp kvalitativt gode faglige tilbud bestående av differensiert behandling og i henhold til faglig normerende retningslinjer for pasientforløp
- Behandlingstilbudene i regionen må tilpasses endringer i forekomst og behandlingsbehov, jf. framskrivningsmodellens føringer, nye faglige retningslinjer og endringer i lov og forskrift
- Tilstrekkelig antall, geografisk fordeling og volum på fagmiljø som tilfredsstiller krav til opplæring og spesialisering for leger, psykologer og andre faggrupper
- Opprettholde god kapasitet for utdanning av helsepersonell

6 Arbeidsgruppens forslag til alternativ 1 og 2

Arbeidsgruppens alternativer beskrives i detalj i kapittel 7 og 8, jf. også vedlegg 1, 4 og 5 for detaljert oversikt over forslag til tiltak og endringer i alternativene. Alternativene har som formål å oppfylle arbeidets mål om å etablere en bærekraftig struktur som lar seg bemanne, gitt faglig utvikling, befolkningsutviklingen i regionen, og økonomisk bærekraft. Alternativene skal samlet innebære en *forbedring* av dagens situasjon, og legge til rette for et *godt faglig* tilbud, som gir ansatte mulighet for *faglig utvikling, stabil bemanning* (lite turnover), og som lar seg dekke av fast ansatte (lav andel innleie fra byrå) med god nok tilgang til *spesialisert kompetanse* (lav andel ubesatte fagstillinger). En slik omstilling vil på sikt bidra til bedre måloppnåelse på styringsmålene ventetid, fristbrudd og budsjettbalanse.

Det foreslås å øke kapasiteten for døgnbehandling av de alvorligst psykisk syke, dvs. styrke sykehusfunksjoner i Tromsø og Bodø. I begge alternativer er det lagt inn forslag om å styrke poliklinisk tilbud for å bygge mer robuste og fleksible fagmiljø. Særlig viktig er det at de minste fagmiljøene styrkes eller at foretakene bygger kompetansemiljøer som bidrar til å sikre at alle pasienter som oppsøker helseforetaket har likeverdig tilgang til effektiv behandling.

Begge alternativene omstiller fra døgnaktivitet i DPS og TSB til utvidet kapasitet i sykehus tilbudet, innfører nye sykehus tilbud og øker poliklinisk kapasitet. Samlet bringer denne omstillingen tilbudet nærmere kapasitetsmålet fra framskrivningsmodellen, og møter føringen om å styrke tilbudet til personer med alvorlig og sammensatte psykiske lidelser.

Alternativene har lagt til grunn føringer om å opprettholde samlet døgnkapasitet i Helse Nord, nærhet til somatisk tilbud og at det skal bidra til å sikre økonomisk bærekraft.

En generell utjevning av variasjon foreslås ved følgende grep:

1. Styrke det polikliniske tilbudet. Helse Nord har lavere poliklinisk dekningsgrad i befolkningen enn nasjonalt gjennomsnitt og begge alternativene foreslår derfor å øke den polikliniske kapasiteten.
2. Omstille fra døgnbehandling i DPS til poliklinisk tilbud. Bakgrunnen er at Helse Nord har en høyere samlet bruk av døgnbehandling ved DPS enn nasjonalt gjennomsnitt. Bruk av DPS døgnbehandling varierer mellom opptaksområdene og alternativene bidrar til en utjevning mellom helseforetakene.
3. Omstille døgnbehandling i TSB der kapasiteten er over nasjonalt gjennomsnitt. Redusert døgn tilbud og styrket poliklinisk tilbud i TSB vil bidra til å redusere variasjon i døgn tilbudet og det polikliniske tilbudet i TSB.
4. En større oppbygging av døgnkapasitet i sykehusfunksjoner ved UNN reduserer dagens variasjon i kapasitet sammenliknet med Nordlandssykehuset.

Selv om befolkningen i Helse Nord utgjør under 9 % av Norges befolkning, strekker helseregionen seg over et svært langstrakt geografisk område. Nettopp hensynet til geografi og avstand er vektlagt når alternativene foreslår å beholde de desentrale poliklinikkene utenfor de største byene. For å bygge robuste og fleksible fagmiljø foreslås å styrke de miste poliklinikkene for å legge til rette for god faglighet, muligheter for utadrettet virke, samarbeid og samhandling med kommunene. Dette grepet har sin

begrunnelse i at utrednings- og behandlingstilbudene må ha en viss størrelse for at det faglige tilbudet skal være av tilstrekkelig differensiering og kvalitet. For polikliniske tilbud innebærer det at de minste polikliniske enhetene for voksne (VOP), barn og unge (BUP) og (TSB) rusbehandling må styrkes for å etablere robuste og fleksible miljøer for å kunne ivareta dagens krav til faglig kompetanse og spisskompetanse.

I fagmiljø med flere spesialister er det flere muligheter for å dekke opp for variasjon i fravær og vakanser, noe som gir bedre mulighet for faglig utvikling. Det antas derfor at alternativene vil være et skritt i positiv retning for rekruttering og stabilisering.

Arbeidsgruppen har sett på hvilke av dagens tilbud som kan omstilles for å skape nødvendig styrking av sykehusfunksjoner og poliklinisk behandling. For å kunne gjennomføre alternativene er det lagt opp til flytting og nedleggelse av enkelte døgnenheter i regionen.

Tabell 8 viser forslag til endring i de to alternativene ved å beskrive endringer fra 0-alternativet per lokasjon/DPS i regionen.

Finnmarkssykehuset HF	Alternativ 1	Alternativ 2
DPS Øst-Finnmark (BUP og VOP Kirkenes og døgnenhet Tana)	Styrke poliklinisk tilbud Etablere ruspoliklinikk i Kirkenes Omstille døgnenhet Tana (10 plasser)	Styrke poliklinisk tilbud Etablere ruspoliklinikk i Kirkenes Omstille døgnenhet i Tana
DPS Midt-Finnmark/SANKS (Karasjok)	Styrke poliklinisk tilbud Utvide DPS-døgn (2 plasser)	Styrke poliklinisk tilbud Samle TSB-døgntilbud og utvide tilbudet med 2 plasser
DPS Vest-Finnmark (Alta, Hammerfest)	Styrke poliklinisk tilbud Utvide DPS-døgn (3 plasser)	Styrke poliklinisk tilbud Omstille TSB-døgntilbud til Karasjok (6 plasser) Utvide DPS døgn for å samle fagmiljøet i FIN (10 plasser)
Universitetssykehuset Nord-Norge	Alternativ 1	Alternativ 2
Senter for psykisk helse og rusbehandling Nord-Troms (Storslett)	Opprettholde dagens struktur	Styrke poliklinisk tilbud Omstille døgnenhet (6 plasser) – pasienter tilbys døgnbehandling i Alta
Senter for psykisk helse og rusbehandling Tromsø (Tromsø og Storsteinnes)	Styrke poliklinisk tilbud Omstille døgnenhet på Storsteinnes (9 plasser)	Styrke poliklinisk tilbud Omstille døgnenhet på Storsteinnes
Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms (Silsand og Sjøvegan)	Opprettholde dagens struktur	Styrke poliklinisk tilbud Omstille døgnenhet på Silsand (9 plasser)

Senter for psykisk helse og rusbehandling Sør-Troms (Harstad)	Styrke poliklinisk tilbud Omstille døgnenhet (10 plasser)	Styrke poliklinisk tilbud Opprettholde dagens struktur
Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten (Håkvik og Narvik)	Opprettholde dagens struktur	Opprettholde dagens struktur
Russeksjon Tromsø	Styrke poliklinisk tilbud Omstille en TSB-døgnenhet (10 plasser) Opprette subakutt TSB	Styrke poliklinisk tilbud Beholde dagens døgnenheter TSB, etablere subakutt TSB, og redusere kjøp fra private TSB-institusjoner
Russeksjon Narvik	Opprettholde dagens struktur Opprette subakutt TSB Etablere ruspoliklinikk	Opprettholde dagens struktur Opprette subakutt TSB Etablere ruspoliklinikk
Sykehusfunksjoner (Tromsø)	Alternativet tilsvare anbefalingen fra UNNs utredning; <i>Fremtidig klinisk struktur PHR-klinikken. (Øker antall døgnplasser med 19)</i>	Samme som alternativ 1. I tillegg etableres to sikkerhetsboliger. Etablere ny døgnenhet i PHBU (5 plasser). En elektiv enhet og en akuttpost.
Nordlandssykehuset	Alternativ 1	Alternativ 2
Lofoten og Vesterålen DPS	Styrke poliklinisk tilbud	Styrke poliklinisk tilbud Omstille døgnenhet (8 plasser).
Salten DPS (Bodø og Fauske)	Styrke poliklinisk tilbud 5-døgnsposten økes opp til en 7-døgnspost	Styrke poliklinisk tilbud Samle DPS-døgntilbud ved Salten ved å øke fra 5-døgn til 7-døgnspost og utvide med 8 (2+6) senger
TSB	Etablere rusakutt-enhet (4 plasser)	Etablere rusakutt-enhet (4 plasser)
Sykehusfunksjoner (Bodø)	Etablere alderspsykiatrisk poliklinikk Etablere rehabiliteringsenhet Etablere ambulant sikkerhetsteam	Etablere alderspsykiatrisk poliklinikk Etablere rehabiliteringsenhet Etablere ambulant sikkerhetsteam
Helgelandssykehuset	Alternativ 1	Alternativ 2
Senter for psykisk helse og rus i Mo i Rana	Styrke poliklinisk tilbud	Styrke poliklinisk tilbud Samle DPS-døgnenheter i Mo og utvide til 18 (9+9) senger
Senter for psykisk helse og rus i Mosjøen	Styrke poliklinisk tilbud	Styrke poliklinisk tilbud Omstille DPS-døgnenhet i Mosjøen (14 plasser)

Senter for psykisk helse og rus i Sandnessjøen	Styrke poliklinisk tilbud	Styrke poliklinisk tilbud
Senter for psykisk helse og rus i Brønnøysund	Styrke poliklinisk tilbud	Styrke poliklinisk tilbud

Tabell 8: Forslag til endringer i tilbud i alternativ 1 og 2.

7 Alternativ 1

Alternativ 1 foreslår å styrke sykehusfunksjoner og øke poliklinisk kapasitet, særlig innen TSB og psykisk helsevern for voksne. Enkelte døgnenheter i DPS og TSB omstilles. Det bidrar til å styrke det polikliniske tilbudet og øker døgntilbudet i sykehusavdelinger for å ivareta føringen om å styrke tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse.

7.1 Finnmarkssykehuset

Alternativet innebærer en generell styrking av det polikliniske tilbudet, og å etablere ruspoliklinikk i Kirkenes.

For å bygge et robust og fleksibelt tilbud foreslås å:

- Styrke poliklinisk tilbud ved alle poliklinikkene innen VOP og BUP
- Etablere rusteam i Kirkenes
- Utvide døgnkapasiteten i FIN med fem plasser i DPS (Alta økes til 15 plasser og Karasjok til 8 plasser).

For å frigjøre ressurser foreslås å:

- Legge ned DPS-døgntilbud i Tana (10 plasser)

Forslaget bidrar til å styrke det polikliniske tilbudet i hele Finnmark, samt redusere uønsket faglig variasjon ved å redusere kapasiteten i DPS-døgn og øke tilbudet i TSB-poliklinikk. Det bygger mer robuste fagmiljø som gir større muligheter for faglig utvikling. Det forventes at styrkingen av polikliniske tilbud bidrar til å redusere ventetid og fristbrudd, og øke muligheten for en faglig styrking. På grunn av felles vaktordning i Finnmarkssykehuset, fraktes pasienter som legges inn akutt til den døgnposten som har ledig kapasitet. Analyse av innlagte pasienter ved døgnposten i Tana viser at nær halvparten av innlagte pasienter har bostedsadresse utenfor Øst-Finnmark. I alternativ 1 økes kapasiteten i Alta slik at pasientene der i større grad får et lokalt tilbud. Døgntilbudet ved SANKS i Karasjok utvides med 2 plasser og Alta utvides med 3 plasser, dette for å sikre tilstrekkelig kapasitet i FIN.

Arbeidsgruppen lagt vekt på behovet for å beholde det samlede fagmiljøet i Sámi klinihkka bestående av psykisk helsevern, TSB og somatikk. Alta har i dag det største fagmiljøet innen psykisk helsevern og de fleste innbyggerne i Finnmark bor i Vest-

Finnmark. Etter en samlet vurdering har arbeidsgruppen derfor foreslått å legge ned døgntilbudet i Tana.

Alternativet reduserer antall steder som må sikres forsvarlig bemanning innen psykisk helsevern for voksne, og gjør det mulig å styrke det polikliniske tilbudet i helseforetaket. Det er likevel usikkert om miljøet i Alta blir stort nok til å etablere vakt med utrykning, noe som gjør at det fortsatt er betydelig risiko for unødvendige akuttinnleggelser ved UNN.

7.2 Universitetssykehuset Nord Norge

Alternativ 1 for UNN sammenfaller med styresak 24-2022 «Nybygg for psykisk helse- og rusbehandling, UNN Tromsø. Beslutning om plassering» med de budsjettmessige føringer som følger av vedtakspunkt 4 «*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*». UNN sitt forslag til endringer er fremstilt i *Fremtidig klinisk struktur PHR-klinikken*, som har vært på høring frem til 1.11.23.

Alternativet styrker sykehusfunksjoner og tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse, samt utvider det polikliniske tilbudet for å redusere ventetider og antall fristbrudd.

I forslaget reduseres antall DPS-døgnplasser, samt TSB-døgnplasser, noe som vil bidra til å redusere faglig variasjon i kapasitet i regionen. Det foreslås å samle døgntilbudet ved fire lokasjoner; Tromsø, Narvik, Silsand og Storslett. Regionalt medikamentfritt døgntilbud omstilles for å etablere et ambulant konsultasjonsteam for samme pasientgruppe. Dette for å øke sykehusets mulighet til å tilby medikamentfrie behandlingsforløp til flere pasienter, samt frigjøre ressurser (personell, areal og økonomi) for styrking av sykehusfunksjoner, polikliniske og ambulante tjenester.

Det foreslås å øke poliklinisk kapasitet, både av hensyn til lang ventetid og fristbrudd (særlig ved poliklinikkene i Tromsø og i Harstad). Det foreslås videre å opprette FACT-team i Harstad og Narvik, for å styrke tilbudet til pasientene med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene gjennom mer sammenhengende og helhetlige tjenestetilbud. Sykehuset har som målsetning å ha FACT-team ved samtlige av klinikkens lokalisasjoner.

Universitetssykehuset Nord-Norge foreslår følgende styrking av sykehusstilbudet og tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse og ruslidelser på sykehusnivå:

- Etablere mottaksenhet (10 plasser)
- Etablere ROP-enhet (rus og psykiatri, 9 plasser)
- Etablere rehabiliteringsenhet (10 plasser)
- Etablere fleksibel intermediaærenhet (11 plasser)
- Etablere kombinert døgn-/subakuttenhet TSB i Tromsø (15 plasser)
- Etablere ambulant konsultasjonsteam for medikamentfri behandling av alvorlig psykisk lidelse
- Etablere ruspoliklinikk i Narvik

- Opprette akutt/-subakutt TSB i Narvik (utvide med 2 plasser)

For å gjennomføre endringene foreslås å:

- Omgjøre en akuttpost til mottakspost
- Omgjøre psykose og rusenhet til ROP-post
- Omgjøre TSB-døgnerhet i Tromsø til subakutt TSB
- Legge ned DPS-døgnerheter i Harstad og Storsteinnes (19 plasser)
- Omstille medikamentfri døgnerhet til ambulant konsultasjonsteam (6 plasser)

Den åpne høringen av dette forslaget er nå avsluttet. Saken har skapt stort engasjement og det har kommet inn mange høringsinnspill. Den interne prosessen i UNN vil tilpasses det regionale arbeidet, og saken forventes fremmet for UNN-styret i mai 2024.

7.3 Nordlandssykehuset

Alternativ 1 styrker sykehusfunksjoner og tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse, samt utvider det polikliniske tilbudet for å redusere ventetider og antall fristbrudd.

Nordlandssykehuset foreslår følgende styrking av sykehusstilbudet og tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse på sykehusnivå:

- Etablere rehabiliteringsenhet (6 plasser)
- Etablere akutttilbud TSB, jf. fagplan TSB (4 plasser)
- Etablere ambulant sikkerhetsteam
- Etablere alderspsykiatrisk poliklinikk

Nordlandssykehuset vil styrke det polikliniske tilbudet og DPS-døgntilbud ved å:

- Utvide eksisterende DPS-enhet fra en 5-døgns til 7-døgnsenhet
- Utvide kapasiteten til voksne over 18 år i Bodø
- Utvide kapasiteten til voksne over 18 år i Vesterålen/Lofoten
- Utvide kapasiteten til barn og unge i Bodø
- Utvide kapasiteten til barn og unge i Vesterålen/Lofoten

For å frigjøre midler foreslås å:

- Styrke døgncapasitet for å ta ned overbelegg og behov for overtid/innleie

7.4 Helgelandssykehuset

Alternativ 1 i Helgelandssykehuset vil bygge mer robuste og fleksible pasienttilbud ved å styrke det polikliniske tilbudet ved alle lokasjoner.

For å styrke tilbudet ved DPS, foreslår Helgelandssykehuset å:

- Styrke poliklinisk tilbud ved alle lokasjoner for poliklinisk tilbud for psykisk helsevern for voksne (VOP)
- Styrke tilbudet ved alle lokasjoner for poliklinisk tilbud for psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

7.5 Avtaler med private institusjoner

I tråd med mandatet foreslås å redusere kjøp fra private TSB-institusjoner for å bygge opp egne tilbud. Helse Nord har stor døgncapasitet i TSB og bruker 12 % mer døgntilbud enn nasjonalt gjennomsnitt. Et nedtak bidrar derfor til å redusere variasjon i tilbudet, og frigjør samtidig midler til å bygge opp tilbud i helseforetakene. Arbeidsgruppen foreslår å redusere kjøp fra private TSB-institusjoner fra 2027 når dette er mulig i henhold til inngåtte avtaler. Reduksjonen frigjør midler til å realisere omstillingstiltakene som skisseres i alternativ 1 og 2.

8 Alternativ 2

Alternativ 2 viderefører en del endringsforslag fra alternativ 1. Alternativets forslag til endringer beskrives under hvert helseforetak som under alternativ 1.

I alternativ 2 er prinsippet om robust og fleksibel enda mer framtrepende enn i alternativ 1 da flere funksjoner samles på færre lokalisasjoner. I tråd med målet om en tjeneste tilpasset befolkningsutviklingen, styrkes tilbud mest i de største byene. Mindre poliklinikker som videreføres skal, som i alternativ 1, styrkes for å sikre tilstrekkelig faglig bredde.

8.1 Finnmarkssykehuset

I alternativ 2 foreslås å samle døgntilbudet innen DPS og styrke dagens poliklinikktilbud innen både PHV og TSB. I alternativet etableres et større DPS-fagmiljø i Alta (14+8 plasser). For å frigjøre arealer til å utvide antall DPS-senger i Alta, avvikles tilbud om døgntilbud TSB i Alta. TSB tilbudet i Karasjok styrkes med to døgnplasser (6+2). For UNN anbefales at DPS-døgntilbud ved Storslett (Nord-Troms) legges ned og at pasientene med behov for DPS-døgn får sitt tilbud i Alta. Alternativet gjør det mulig å bygge et robust og fleksibelt fagmiljø i Alta. Døgntilbudet i TSB samles i Karasjok med 8 plasser.

For å bygge et robust og fleksibelt tilbud foreslås å:

- Styrke DPS-døgntilbud i Alta (fra 12 til 22 døgnplasser)
- Styrke TSB-døgntilbud i Karasjok (fra 6 til 8 døgnplasser)

- Styrke poliklinisk tilbud ved alle poliklinikkene innen VOP og BUP
- Etablere rusteam i Øst-Finnmark

For å frigjøre midler foreslås å:

- Legge ned DPS-døgntilbud i Tana (10 plasser)
- Legge ned TSB-døgntilbud i Alta (6 plasser)

Alternativ 2 ivaretar de fleste av mandatets føringer ved å øke poliklinisk tilbud, og ivaretar nærhet til somatiske tilbud. Utvidelsen av tilbudet i Alta gjør det mulig å følge opp pasienter som tidligere har fått sitt tilbud på Storslett. Alternativet legger til rette for at pasienter kan få et utvidet tilbud i Alta ved mulighet for utvidet vaktteneste. Etablering av vakt med utrykning gjør at enkelte pasienter kan få et lokalt tilbud ved DPS i stedet for å måtte reise til Tromsø. På sikt er det ønskelig å kunne tilby døgnbehandling på tvang i FIN. Samlet døgntilbudet i TSB (inkl. avrusning) reduseres, men det etableres samtidig to ekstra plasser i Karasjøk og et poliklinisk TSB-tilbud i Kirkenes. Samlet døgnkapasitet for TSB i regionen er god, og alle døgnplasser i Helse Nord er regionale og tilgjengelig for pasienter fra hele regionen.

Finnmarkssykehuset har i dag flere døgnplasser innen DPS enn nasjonalt gjennomsnitt, og alternativet reduserer denne variasjonen gjennom å gi Finnmarkssykehuset ansvar for pasienter bosatt i Nord-Troms. Reiseavstanden for døgnbehandling er for mange i opptaksområdet kortere til Alta enn til Tromsø. Utbedret vei over Kvænangsfjellet er snart ferdigstilt og vil bedre regulariteten på strekningen. SANKS beholder det nasjonale døgntilbudet innen både PHV og TSB, og kan bygge et mer robust og fleksibelt fagmiljø. Døgntilbudet til barn og unge videreføres som i dag.

8.2 Universitetssykehuset Nord-Norge

Alternativ 2 for UNN skiller seg fra alternativ 1 ved at det her foreslås å omstille tre DPS-døgneheter slik at døgntilbudet samles på færre lokasjoner, i Tromsø, Harstad og Narvik som er de største byene med nærhet til somatiske tjenester. For TSB, foreslås redusert kjøp fra private leverandører, i stedet for omstilling av egen virksomhet. Alternativ 2 foreslår også å bygge sikkerhetsboliger som ikke inngår i alternativ 1.

Poliklinisk tilbud opprettholdes og styrkes for å kunne dekke tilbud i andre steder og tilby utadrettet og ambulant virksomhet.

I alternativ 2 foreslås følgende endringer:

- Etablere mottaksenhet (10 plasser)
- Etablere ROP-enhet (rus og psykiatri, 9 plasser)
- Etablere rehabiliteringsenhet (10 plasser)
- Etablere fleksibel intermediærenhet (11 plasser)
- Etablere subakutt TSB i Tromsø (15 plasser)
- Etablere ambulant konsultasjonsteam for medikamentfri behandling av alvorlig psykisk lidelse
- Etablere ruspoliklinikk i Narvik
- Opprette akutt/-subakutt TSB i Narvik (utvide med 2 plasser)

- Omstille dagens UPS til akuttpost for barn og unge (8 plasser)
- Etablere korttidsenhet for barn og unge (5 plasser)
- Etablere sikkerhetsboliger (2 plasser)

For å gjennomføre endringene foreslås å:

- Omgjøre en akuttpost til mottakspost
- Omgjøre psykose og rusenhet til ROP-post
- Omgjøre TSB-døgnet i Tromsø til subakutt TSB
- Legge ned DPS-døgnet på Storslett, Silsand og Storsteinnes (24 plasser)
- Omstille medikamentfri døgnet til ambulant konsultasjonsteam (6 plasser)
- Omstille dagens enhet (UPS, med 8 plasser) for øyeblikkelig hjelp og elektiv behandling til egen akuttpost med øyeblikkelig hjelp, samt etablere egen korttidsenhet for barn og unge (5 plasser)

Alternativ 2 er i tråd med oppdragets mål om å se hen til den demografiske utviklingen ved å prioritere områder med befolkningsvekst. Alternativ 2 opprettholder dagens TSB-døgncapacitet i UNN ettersom alternativ 2 i Finnmarkssykehuset reduserer kapasiteten der. Reiseavstanden til Tromsø, Narvik, Harstad og Alta vurderes for elektiv døgntilbud å være akseptabel for alle som i dag får tilbud på Storslett, Storsteinnes og Silsand. Arbeidsgruppen mener at det på sikt er bedre rekrutteringsgrunnlag i de større befolkningsentrene der det finnes utdanningsmuligheter som høyskoler og universitet. Videre ivaretar plassering av DPS-døgnplasser i Harstad og Narvik føringen om å ha nærhet til somatiske tjenester.

8.3 Nordlandssykehuset

Alternativ 2 for Nordlandssykehuset samler all DPS-døgnaktivitet i Bodø. Alternativ 2 har for øvrig mange likheter med alternativ 1 og styrker sykehusfunksjoner og tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse, samt utvider det polikliniske allmennpsykiatriske tilbudet for å redusere ventetid og fristbrudd. Alternativet foreslår å samle DPS-døgnaktiviteten i Bodø for å bygge et robust og fleksibelt fagmiljø og fjerne behov for ansatte i vakt på flere lokasjoner.

Nordlandssykehuset foreslår følgende styrking av sykehustilbudet og tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse på sykehusnivå:

- Etablere rehabiliteringsplasser (6 plasser)
- Etablere akuttilbud TSB, jf. fagplan TSB (4 plasser)
- Etablere ambulant sikkerhetsteam
- Etablere alderspsykiatrisk poliklinikk

Nordlandssykehuset vil styrke tilbudet i poliklinikk og DPS-døgn ved å:

- Utvide eksisterende DPS-enhet fra en 5-døgns til 7-døgnsenhet
- Utvide eksisterende DPS-enhet med 2 plasser
- Etablere 6 DPS-plasser i eksisterende bygg i Bodø
- Utvide poliklinikk til voksne over 18 år i Bodø og Vesterålen/Lofoten
- Utvide poliklinikk til barn og unge i Bodø og Vesterålen/Lofoten

For å frigjøre midler foreslås å:

- Styrke døgncapasitet på sykehusnivå for å ta ned overbelegg og behov for overtid/innleie
- Legge ned døgnsenheten i DPS-Vesterålen (8 plasser)

Alternativet beholder dagens døgncapasitet i DPS og bygger et robust og fleksibelt fagmiljø ved Salten DPS. Det reduserer antall vaktlinjer ved å samle tilbudet og frigir lokaler til å utvide det polikliniske tilbudet ved LoVe som er nødvendig for å styrke tilbudet lokalt. Alternativet øker sannsynligheten for å redusere dagens fristbrudd og gir et styrket poliklinisk tilbud til både voksne, barn og unge.

I tråd med mandatet styrkes sykehusfunksjoner og det legges til rette for gode pasientforløp ved å etablere et ambulant sikkerhetsteam og overgangsboliger. Omstillingen gir mulighet for direkte og tidligere overføringer fra akuttpsykiatrisk avdeling til DPS plasser og gjør det mulig for eksisterende døgnavtjeneste å ivareta vaktfunksjon for ny DPS-enhet Bodø.

8.4 Helgelandssykehuset

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

For å styrke tilbudet ved DPS, foreslår Helgelandssykehuset å:

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

For å frigjøre midler foreslås å:

- Legge ned døgnsenhet ved DPS i Mosjøen (14 plasser)

Helgelandssykehuset har i dag forholdsvis små polikliniske enheter, og alternativet foreslår en generell styrking i tråd med mandatet. En annen gevinst for pasientene er at et utvidet tilbud i Mo i Rana legger til rette for å etablere vaktjeneste med mulighet for utrykning og en DPS-enhet som kan gi behandling til en pasientgruppe som tidligere har

måttet reise til Bodø for behandling. Ulempen med alternativet er negativ innvirkning på utdanningsmuligheter i Mosjøen. Ved å samle døgntilbudet ved DPS-et på Mo, kan det øke sannsynligheten for pasientlekkasje ut av regionen. Samtidig vil alternativ 2 legge til rette for andre muligheter til faglig utvikling, og følger prinsippene om at det viktigste er avstand til polikliniske tilbud. Samlet styrker alternativ 2 psykisk helsevern for voksne, barn og unge i Helgelandssykehuset.

Alternativet krever trolig nybygg på Mo i Rana dersom ikke annen virksomhet flyttes. Dette må vurderes i sammenheng med forslag fra de øvrige arbeidsgruppene.

8.5 Avtaler med private institusjoner

I tråd med mandatet foreslås å redusere kjøp fra private TSB-institusjoner for å bygge opp egen kapasitet. I UNN sitt alternativ 1 foreslås å redusere døgnkapasiteten innen TSB for å frigjøre omstillingsmidler til annen virksomhet. Arbeidsgruppen har i alternativ 2 foreslått å beholde kapasiteten i helseforetaket og i stedet redusere kjøp fra private TSB-institusjoner fra 2027 når dette er mulig i henhold til gjeldende avtaler. Denne reduksjonen frigjør midler til å realisere omstillingstiltakene som skisseres i alternativ 1 og 2.

9 Resultater av alternativene

Tabell 9 viser antall DPS-plasser per helseforetak i dag, og i de to alternativene. Begge alternativene innebærer en reduksjon i antall plasser på DPS-nivå, i tråd med mandatet om å redusere faglig variasjon.

	Antall DPS-plasser per helseforetak		
	0-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
FIN-DPS	28	23	28
UNN-DPS	67	56	48
NLSH-DPS	28	28	28
HSYK-DPS	23	23	18
SUM	146	130	123

Tabell 9: Antall døgnplasser i DPS per helseforetak i Helse Nord i alternativ 0, 1 og 2.

Tabell 10 viser raten for døgnplasser per 10 000 innbyggere per helseforetak og at alternativene bidrar til å redusere variasjon i kapasitet mellom helseforetakene.

	DPS-døgn i rate per 10 000 innbyggere		
	0-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
FIN-DPS	3,7	3,1	3,3
UNN-DPS	3,5	2,9	2,7
NLSH-DPS	2,0	2,0	2,0
HSYK-DPS	3,1	3,1	2,4
Gjennomsnitt	3,2	2,9	2,6

Tabell 10: Døgnplasser i DPS per 10 000 innbyggere per helseforetak i Helse Nord i alternativ 0, 1 og 2.

Tabell 11 viser fordeling av TSB-plasser i de ulike alternativene, per helseforetak og i gjennomsnitt for de ulike alternativene. Alle TSB-plasser er regionale, og kan brukes på tvers av helseforetaksgrensene. Oversikten under er for å viser geografisk fordeling på de enkelte helseforetaksområdet.

	Antall TSB-plasser fordelt på helseforetak		
	0-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
FIN-TSB	14	14	8
UNN-TSB	67	57	67
NLSH-TSB	8	12	12
HSYK-TSB	8	8	8
SUM HF	97	91	95
Private	87	69	69

Tabell 11: Antall døgnplasser i TSB per helseforetak i Helse Nord i alternativ 0, 1 og 2.

Tabell 12 viser fordeling av plasser i psykisk helsevern for barn og unge på de ulike helseforetakene i de tre alternativene. Alternativ 2 innebærer en styrking av døgntilbudet til barn og unge gjennom forslaget om å styrke virksomheten ved UNN og etablere en elektiv- og en akutenhet. Arbeidsgruppen har valg å ikke redusere antall plasser i alternativene fordi alle døgnpostene til barn og unge er forholdsvis små. Å redusere antall plasser gir derfor ingen økonomisk besparelse. Øyeblikkelig hjelp- og øvrige sykehusfunksjoner i psykisk helsevern for barn og unge er funksjonsdelt til UNN for Finnmarkssykehuset, mens Nordlandssykehuset dekker funksjonen for Helgelandssykehuset. Det forklarer hvorfor disse har et forholdsvis høyere antall plasser.

	Antall plasser i psykisk helsevern for barn og unge		
	0-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
FIN-PHBU	8	8	8
UNN-PHBU	8	8	13
NLSH-PHBU	13	13	13
HSYK-PHBU	7	7	7
SUM	36	36	41

Tabell 12: Antall døgnplasser i PHBU per helseforetak i Helse Nord i alternativ 0, 1 og 2.

Tabell 13 viser raten for døgnplasser per 10 000 innbyggere og ved de ulike alternativene.

	PHBU-døgn i rate per 10 000 innbyggere		
	0-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
FIN-PHBU	1,1	1,1	1,1
UNN-PHBU	0,4	0,4	0,7
NLSH-PHBU	0,9	0,9	0,9
HSYK-PHBU	0,9	0,9	0,9
Gjennomsnitt	0,8	0,8	0,9

Tabell 13: Døgnplasser i PHBU per 10000 innbyggere i hvert helseforetak i Helse Nord i alternativ 0, 1 og 2.

Sykehusfunksjoner i psykisk helsevern for voksne er langt på vei funksjonsdelt slik at UNN ivaretar sykehusfunksjoner for Finnmarkssykehuset, mens Nordlandssykehuset ivaretar sykehusfunksjoner for Helgelandssykehuset.

Tabell 14 viser antall døgnplasser for øyeblikkelig hjelp, akutt, lokal sikkerhet, rehabilitering og alderspsykiatri, men uten regionale enheter for spiseforstyrrelser og nysyke med psykose. Sykehusfunksjoner i TSB inngår ikke i oversikten.

	Antall sykehusplasser per helseforetaksområde		
	0-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
UNN/FIN-Sykehus	76	90	90
NLSH/HSYK-Sykehus	69	75	75

Tabell 14: Antall sykehusplasser per helseforetaksområde i de ulike alternativene

I tabell 15 vises raten for sykehusplasser per helseforetaksområde for de ulike alternativene.

	Andel sykehusplasser per helseforetaksområde		
	0-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
UNN/FIN-Sykehus	2,8	3,4	3,4
NLSH/HSYK-Sykehus	3,2	3,5	3,5
Gjennomsnitt	3,0	3,4	3,4

Tabell 15: Sykehusdøgnplasser per 10 000 innbygger fordelt på helseforetaksområde

10 Konsekvenser for bærekraft i bemanning og økonomi

Utfordringer med å ha tilstrekkelig fast bemanning og da holde seg til vedtatte budsjetter er hovedgrunnen til at arbeidet med funksjons- og oppgavedeling ble iverksatt. Her beskrives konsekvenser for bemanning og økonomi av forslagene i alternativ 1 og 2. Bemanning og økonomi er to målområder for ROS-analysen, og ble ROS-analysert ved sine respektive suksesskriterier (se for øvrig kapittel 12, og vedlegg 3).

10.1 Stabilisering og rekruttering

Ingen av de presenterte alternativene vil alene løse regionens utfordringer med tanke på stabilisering og rekruttering. I alternativ 2 flyttes eller legges ned enheter som i dag har ca. 170 budsjetterte stillinger (tabell 17). Noen av stillingene vil gå inn og styrke polikliniske tilbud på samme sted, men det meste av ressursene flyttes for å etablere mer robuste fagmiljøer i Alta, Tromsø, Bodø og Mo i Rana. De ulike tiltakene i alternativene beskriver endringer i det regionale behandlingstilbudet som i sum forventes å bidra til å styrke fagområdenes evne til å rekruttere og stabilisere. Det er stor mangel på arbeidskraft i helsesektoren og det forventes ikke at den foreslåtte omstillingen alene er tilstrekkelig for å skape attraktive arbeidsplasser. Den må følges opp av flere tiltak regionalt og lokalt for å styrke rekruttering/stabilisering. Det må legges godt til rette for at ansatte i enheter som berøres av omstilling kan bli i regionen.

Dagens situasjon (0-alternativet) gir begrensede muligheter for faglig utvikling og videreutdanning. Mer robuste og fleksible fagmiljø med sunn økonomi legger til rette for å etablere et godt fagmiljø med mulighet for innovasjon og faglig utvikling. Ved å styrke sykehusfunksjonene bedres muligheten for å kunne tilby gode arbeidsforhold da det er en nær sammenheng mellom overbelegg i akutt- og sikkerhetsposter og skader på personell. Robuste og fleksible fagmiljø gir bredere muligheter for å kunne tilby faglig variasjon til de ansatte, og en bedre balanse mellom jobbkrav og tilgjengelige ressurser.

Helse Nord sin regionale utviklingsplan har medarbeideren som et av sine målområder. Fra denne siteres: «For å oppnå målet om tilstrekkelig og riktig kompetanse må vi tilby attraktive arbeidsplasser for alle ledere og ansatte. Det innebærer et godt arbeidsmiljø, der arbeidsbelastning, sykefravær, fagmiljø og kapasitet til faglig utvikling er ivarettatt. Virkemidler for bærekraftige, stabile og helsefremmende arbeidsplasser på helseforetaksnivå er god ledelse, kontinuerlig, varig og virkningsfull forbedring av tjenestene, faglig utvikling og godt arbeidsmiljø. Forutsetninger for et godt arbeidsmiljø, er god organisering og planlegging av arbeidet, balanse mellom krav i jobben og mulighet for kontroll over egen arbeidssituasjon, balanse mellom innsats og belønning, rettferdig og støttende lederskap og forutsigbarhet og trygghet. Fleksibel oppgavedeling, tilpasset aktivitetsutvikling og livslang læring kan bidra til å skape attraktive arbeidsplasser».

Planen skisserer videre at: «Større enheter gir andre muligheter for faglig utvikling og differensiering. Spesialisthelsetjenesten er først og fremst en kompetansevirksomhet, der muligheter for et godt fagmiljø og faglig utvikling er en viktig premiss for å stabilisere personellet. Kompetente medarbeidere og ledere er viktige bestanddeler i robuste fagmiljø, som gjennom faglig samarbeid gir flere karriereløp og muligheter for faglig utvikling. Større enheter gir også rom for flere støttefunksjoner som kan avlaste helsepersonell og bedre kvaliteten.»

10.2 Kompetanse, utdanning og forskning

I spesialisthelsetjenesten er de kliniske fagmiljøene samtidig utdanningsinstitusjoner som skal drive utdanning og spesialisering, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3–8. Forskning og utdanning er to av spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver, sammen med pasientbehandling og opplæring av pasienter og pårørende. Situasjonen i dag preges av mange små fagmiljø som er geografisk spredt. Det kan skape utfordringer i forhold til utdanning, forskning og kvalitetsutvikling.

Arbeidsgruppens alternativer vil begge legge til rette for å utvikle mer robuste fagmiljø. Størrelsen på fagmiljøet er avgjørende for hvilken spesialistutdanning som kan drives ved de kliniske enhetene i spesialisthelsetjenesten. For leger er det nødvendig med fast ansatte overleger på enhetene og spesialiseringsordningen innebærer at en overlege kan ha et begrenset antall LIS 2/3 i veiledning av gangen. Fagmiljø med god spesialistdekning gir større veiledningskapasitet og bedre muligheter for utdanning av nye spesialister.

Fagmiljø med et tilstrekkelig pasientgrunnlag legger til rette for å bygge spesialisert kompetanse gjennom tilstrekkelig klinisk erfaring med flere typer tilstander, også mer lavfrekvente komplekse tilstander, som dermed kan oppdages og behandles tidligere. Arbeidsgruppen vurderer at faglig utvikling og muligheter for spesialisering og forskning er viktige faktorer for å etablere attraktive og rekrutterende arbeidsplasser. Løpende lokal undervisning, faglig diskurs med kollegaer, og samarbeid med kollegaer er viktige betingelser for å kunne etablere og fastholde et forsvarlig nivå av diagnostisk kompetanse.

I spesialisthelsetjenesten utøves utredning, diagnostikk og behandling i økende grad av flere spesialister fra ulike fagdisipliner, der ulike spesialistkompetanser utfyller hverandre og utgjør til sammen fagmiljøets kompetanse. Større fagmiljø vil bidra til å øke mulighet for høyere nivå av spesialisering og komplementær kompetanse. I robuste fagmiljø kan helsepersonell arbeide på tvers av kliniske enheter og slik øke kompetanseflyt mellom tjenestesteder og bedre utnyttelse av spesialistkompetanse. Robuste fagmiljøer er viktig for kvalitet og pasientsikkerhet. Faste ansatte bidrar til en kontinuerlig kompetansebygging, og bedre rekruttering. Det gir høy kvalitet på både fagutvikling og behandling.

Brede og robuste fagmiljø er attraktivt og legger til rette for stabilitet og god mulighet for rekruttering. På sykehusnivå bør det være forsknings- og kvalitetsutviklingsenheter som har til oppgave å stimulere til forskning og fagutvikling internt og i forhold til samarbeidspartnere i psykisk helsevern, primærhelsetjenesten og somatisk spesialisthelsetjeneste. Det bør være et nært samarbeid med universitet og høyskoler.

10.3 Økonomiske konsekvenser av alternativene

Dagens situasjon i 0-alternativet innebærer stort merforbruk til innleie fra vikarbyrå ut over budsjettert innleie, og store kostnader knyttet til fristbrudd/Helfo. Arbeidets mandat skisserer en styrkning av sykehusfunksjoner knyttet til at både

Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset har vært i gul beredskap siden våren 2023, samt en styrking av polikliniske tilbud, blant annet på bakgrunn av mange fristbrudd i poliklinikkene, særlig i de største byene. Lange ventetider og mange fristbrudd synliggjør et behov for å styrke det polikliniske tilbudet. Begge alternativene bygger opp polikliniske tilbud og kapasitet. En forenklet oversikt over alternativenes økonomiske konsekvenser er fremstilt i tabell 16.

FORETAK	Tiltak	Alternativ 1			Alternativ 2		
		INNSPARING	KOSTNAD	SUM	INNSPARING	KOSTNAD	SUM
ALLE HF	SUM alle HF	57,8	71,7	-13,9	97,9	103,7	-5,8
FELLES RHF	Redusere innleie/overtid	20,0		20,0	20,0		20,0
FELLES RHF	Redusere HELFO-utgifter	45,0		45,0	45,0		45,0
FELLES RHF	Pasientreiser/prehospit		4,0	-4,0		4,0	-4,0
FELLES RHF	Omstilling av reg. funk.	39,8	89,9	-50,1	32,3	93,5	-61,2
FELLES RHF	Red. kjøp fra private	32,0		32,0	32,0		32,0
FELLES RHF	Udisponerte midler RHF	14,0		14,0	14,0		14,0
HN RHF	Totalsum	208,6	165,6	43,0	241,2	201,2	40,0

Tabell 16: Oversikt over alternativenes innsparing fra omstilling og kostnader

I sum forventes både alternativ 1 og alternativ 2 å bidra til økonomisk bærekraft når endringer er implementert. Begge alternativer beregnes å frigjøre ca. 40 mill. kroner per år i driftsutgifter. Den økonomiske effekten vurderes å være omtrent den samme i begge alternativer. For å kunne styrke tjenester som i dag ikke har tilstrekkelig kapasitet omgjøres og avvikles noen av dagens behandlingstilbud. De økonomiske beregningene er gjort basert på regnskapstall for enhetene i 2022. Kostnader til planlagte nye enheter er beregnet basert på bemanning i sammenliknbare enheter regionalt eller nasjonalt. I vedlegg 6 er det vedlagt en mer detaljert oversikt og beskrivelse av kostnader og besparelser arbeidsgruppen forventer i alternativene. I vedlegget beskrives også innsparing og kostnader for hvert av helseforetak.

Det har på grunn av korte tidsfrister ikke vært anledning til å gjøre grundigere estimater på behov for investeringer i bygg. Mange av tiltakene som anbefales for UNN og NLSH har vært planlagt over lengre tid og er beskrevet i andre dokumenter/styresaker (Nye Åsgård, etc.), men noen endringer er ikke tidligere utredet. Arbeidsgruppen har da anslått kostnader basert på estimater fra lignende arbeider i egen region og andre regioner. Seksjon for bygg i Helse Nord RHF har gitt anslag på kvadratmeterpris ved behov for nybygg.

En omstilling av døgn i DPS til oppbygging av sykehusfunksjoner innebærer en omstilling fra et lavere til et høyere kostnadsnivå. Samtidig er realiteten i 0-alternativet at de største sykehusene har vært i beredskap over lang tid. Det er en situasjon som ikke kan fortsette. Øvrige helseregioner har ingen ledig restkapasitet til å håndtere pasientstrømmen som dømmes til tvunget psykisk helsevern med døgnopphold, og helseforetakene er pålagt å motta overføring fra justissektoren. Analyser av bruk av

tilbud til personer med alvorlig psykisk lidelse i framskrivningsarbeidet viser at bruken av tjenester fra psykisk helsevern, somatikken og kommunale tilbud er forholdsvis stabil over tid i alle helseregionene.⁴⁶ Personer med alvorlig psykisk lidelse er den pasientgruppen med høyest dekningsgrad i spesialisthelsetjenesten, noe som skyldes lav variasjon i forekomst på tvers av samfunn, jf. Global Burden of Disease.⁴⁷ Det er derfor lite trolig at behovet til pasientgruppen skal bli lavere i årene fremover. Samlede beregninger av økonomiske konsekvenser for endelige alternativ vil fremstilles i hovedrapporten.

11 Avhengigheter og konsekvenser

Alternativene innebærer styrking av det polikliniske tilbudet og opprettholder i så måte dagens desentrale struktur. Alle døgneheter som foreslås nedlagt eller flyttet er elektive, og verken alternativ 1 eller 2 vurderes å ha noen påvirkning på behov for prehospitalt ressurser.

Ettersom det polikliniske tilbudet opprettholdes, er effekten på pasienttransport lav. Antall pasienter som reiser til døgntilbud er lavt, sammenlignet med reiser til polikliniske tilbud. Arbeidsgruppens anbefalte alternativ omstiller til sammen seks døgneheter ved DPS og en TSB-enhet. Alternativet styrker regionale og flerregionale tilbud i sykehus. Nærmere undersøkelser av innlagte pasienters hjemstedskommune viser at flere reiser til disse tilbudene i dag. Gjennomgang av innlagte pasienter ved døgneheter i Tana viser at nesten halvparten hadde hjemstedskommune utenfor opptaksområdet. En flytting av behandlingstilbudet medfører derfor noe lengre reisevei for enkelte pasienter, mens andre får kortere reisevei. Alternativ 2 berører til sammen døgntilbudet til 651 pasienter når aktivitet fra 2022 legges til grunn. I 2022 hadde enhetene følgende aktivitet: Døgnpost Tana 117 pasienter, døgnet Silsand 138 pasienter, døgnet Storslett 87 pasienter, døgnet Storsteinnes 96 pasienter, døgnet Vesterålen 96 pasienter, døgnet Mosjøen 85 pasienter og TSB Alta 32. Anslagsvis to tredjedeler forventes å få lengre reisevei. Økte kostnader til pasientreiser er beregnet til å være om lag fire millioner per år.

Poliklinisk tilbud opprettholdes for de samme lokasjonene i begge alternativ. Omstillingen gjør at flere pasienter får et poliklinisk tilbud i psykisk helsevern. Både alternativ 1 og 2 ivaretar nasjonale føringer som beskrevet i kapittel 5. Grenseflaten mot arbeidsgruppe 3 er ivaretatt ved gjensidig informasjonsutveksling og arbeidsgruppens forslag til endringer i kjøp fra private kan tidligst iverksettes fra 2027.

Ettersom et hovedprinsipp er å bygge robuste og fleksible fagmiljø, innebærer begge alternativene en styrking av polikliniske tilbud. Styrkingen vil variere fra sted til sted, og favne om ett eller flere fagområder. For enkelte poliklinikker betyr det at antall behandlingsstillinger økes, mens det for andre kan bety at det skal etableres ambulante tilbud, eller at den faglige bredden økes for å kunne tilby flere tilpassede og kunnskapsbaserte tjenester. Et robust og fleksibelt fagmiljø skal tåle naturlige variasjoner i fravær, turnover og vakanser. Dagens fagpersonell ønsker å inngå som del av et fagmiljø, som betyr at det er minst to personer med samme bakgrunn. Det kan igjen bidra til bedre faglig kvalitet, og bedre arbeidsmiljø. I 0-alternativet er to av

helseforetakene i gul beredskap, grunnet blant annet overbelegg i akutt- og sikkerhetsposter. En situasjon med overbelegg gir reduserte muligheter for å ivareta de ansattes arbeidsmiljø, noe som vises gjennom økning i meldte skader på personell. Alternativene utvider kapasiteten og reduserer sannsynligheten for overbelegg, noe som gjør det mulig å bedre ivareta hensynet til de ansattes HMS.

En samling av DPS-døgn gir færre og større fagmiljø. Det legger til rette for at flere DPS kan håndtere flere pasientgrupper enn i dag og bidra til å redusere innleggelser i sykehus, og således redusere dagens overbelegg i akutt- og sikkerhetspsykiatrien.

Ingen av alternativene flytter tilbud til geografiske lokasjoner uten nærhet til diagnostiske tilbud, og alle endringsforslag har lagt til grunn prinsippet om geografisk nærhet til somatiske tilbud.

Selv om medlemmer i arbeidsgruppen har god oversikt over aktivitet i eget helseforetak, hva gjelder både mangler, behov for styrking og økonomi, er det en viss usikkerhet knyttet til konsekvenser av alternativene. Arbeidsgruppen har ikke kunnet vurdere konsekvenser av valgte alternativer i sammenheng med forslag fra de andre arbeidsgruppene. Det er derfor viktig at den samlede rapporten vurderer om det er avhengigheter mellom forslag fra de ulike arbeidsgruppene som ikke er tilstrekkelig utredet eller risikovurdert i arbeidsgruppens rapporter. Et eksempel er behov for investeringer i bygg. Både behov og kostnader vil kunne endres betydelig hvis andre arbeidsgrupper har endret på bruk av eksisterende bygningsmasse på samme sted, for eksempel Mo i Rana i vårt alternativ 2.

Omstilling innebærer alltid noe usikkerhet knyttet til hvorvidt ansatte ønsker å bli boende i regionen. Arbeidsgruppen har ikke forutsatt at personell i enheter som legges ned fortsetter å arbeide i samme helseforetak, men lagt til grunn at nye enheter må bygges opp i Alta, Tromsø, Bodø og Mo i Rana. Arbeidsgruppen har vurdert at de ansatte er attraktive på arbeidsmarkedet og at de aller fleste kan forventes å kunne finne ny jobb.

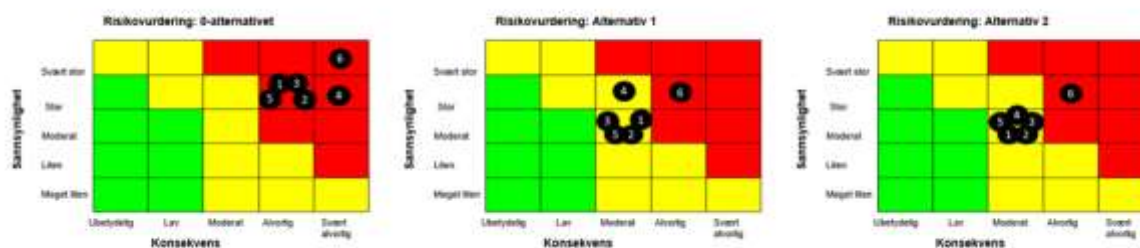
12 ROS-analyse

Arbeidsgruppen har hatt to heldagsmøter med Deloitte for gjennomføring av ROS-analyse. Deloitte har ledet arbeidet og gjennomføringen av ROS, basert på suksesskriterier fastsatt av arbeidsgruppen. I tilfeller med uakseptabel høy risiko, har arbeidsgruppen kommet med forslag til risikoreduserende tiltak.

De kritiske suksessfaktorene er knyttet opp mot de ulike risikoområdene, henholdsvis brukeren av tjenesten, behandlingstilbudet, bemanning, kapasitet, organisatoriske forhold og økonomi. Ved uenighet mellom medlemmene, ble det foretatt en avstemming. ROS-analysen er overordnet og for hele regionen vurdert samlet for hvert av alternativene. Det betyr at selv om den samlede vurderingen gir lav risiko, kan det være ulikheter mellom helseforetak og lokasjoner.

Risikoområdene som ble analysert er listet opp i boksen nedenfor. Resultatet etter ROS-analysen fremkommer i figur 9, og som figuren viser er resultatet etter ROS-analysen at alle risikoområdene er røde i 0-alternativet. Situasjonen bedres noe i alternativ 1, mens alternativ 2 gir noe lavere sannsynlighet for å ikke ha tilstrekkelig kapasitet.

- | Risikoregister -Risikoområder | |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1) | Brukeren av tjenestene |
| 2) | Behandlingstilbud |
| 3) | Bemanning |
| 4) | Kapasitet |
| 5) | Organisatoriske forhold |
| 6) | Økonomi |



Figur 9: Resultatmatrise for ROS-analysene av alle de tre alternativene.

Det eneste området som fortsatt har høy risiko i alternativene 1 og 2 er økonomiområdet. Alternativene i seg selv inneholder noen risikoreduserende tiltak, men ikke tilstrekkelig til å oppnå moderat risiko. Det økonomiske merforbruket er mye knyttet til høy grad av innleie fra byrå, overtid og høye kostnader knyttet til fristbrudd (HELFO-kostnader). På det tidspunkt arbeidsgruppen utførte ROS-analysen var ikke reduksjon i HELFO-kostnader lagt inn som økonomisk effekt. Dette ble drøftet som risikoreduserende tiltak underveis i ROS-analysen. Arbeidsgruppen vurderer at en styrking av poliklinisk kapasitet med over 40 mill. kroner kan forventes å redusere HELFO-kostnadene betydelig. Denne effekten er innarbeidet i tabell 16 og vedlegg 6. Arbeidsgruppen drøftet under ROS-analysen ytterligere risikoreduserende tiltak som å redusere kostnadene i alternativ 2 gjennom å utsette etablering av flere døgnplasser i PHBU. Samlet vurdering er at tiltakene reduserer den økonomiske risikoen sammenliknet med det som ligger i ROS-analysen for alternativ 1 og 2 og vil gi en forskyvning fra rød til gul. Et ytterligere risikoreduserende tiltak er å øke nedtaket fra private leverandører (arbeidsgruppen mener at en reduksjon eller avvikling av avtalen med Viken senter kan vurderes av Helse Nord).

Arbeidsgruppen har diskutert risikoreduserende tiltak for bemanning, og i diskusjonen fremkom flere forslag som; bedre lønnsbetingelser, fristilling av personell fra døgn som reduserer samlet antall personell, økt bruk av digitale verktøy, arbeid med å utvikle mer attraktive arbeidsplasser og å ta ned faglige ambisjoner ved å omstille til mindre personellintensive tilbud.

ROS-analysene ble ferdigstilt kort tid før rapporten skulle leveres. Arbeidsgruppen fikk korte frister på å lese gjennom og komme med justeringer av tekst. Særlig medlemmet fra Helgelandssykehuset fikk lite til på grunn av en feil i forsendelsen av ROS-rapporten.

13 Konklusjon som inkluderer anbefalt alternativ

Arbeidsgruppen har gjennom perioden drøftet ulike muligheter og alternativer som har blitt justert gjennom prosessen. Selv om ikke alle er enige i alt, er resultatet av votering at arbeidsgruppe 2 enstemmig anbefaler alternativ 2. KTV har i denne sammenheng valgt å ikke ta stilling til alternativene og avstått fra å stemme. Begrunnelse fremkommer i vedlegg 7.

Tabell 17 viser oversikt over endringer i valgt alternativ 2.

Helseforetak	Lokasjon	Nivå	Enhet	Status i alternativ et	Døgnplasser	Antall budsjetterte behandlerstillinger	Regnskap 2022	Investeringskostnad i mill.
FIN	Tana	DPS/lokalsykehus	DPS døgn	Nedlegges	10	25,0	18,3	
FIN	Alta	TSB	Rusenhet døgn	Nedlegges	8	21,0	18,9	
FIN	Karasjok	TSB	Rusenhet døgn	Etablering	2			2,5
FIN	Alta	DPS/lokalsykehus	DPS døgn	Etablering	10			2,5
UNN	Storslett	DPS/lokalsykehus	SPHR, Midt-Troms	Nedlegges	6	16,0	14,3	
UNN	Storsteinnes	DPS/lokalsykehus	SPHR	Nedlegges	9	22,1	18,0	
UNN	Silsand	DPS/lokalsykehus	SPHR Nord-Troms	Nedlegges	9	25,3	21,8	
UNN	Tromsø	DPS	Medikamentfri	Nedlegges	6	19,7	17,3	
UNN	Tromsø	DPS	Konsultasjonsteam	Etablering	0			0
UNN	Tromsø	Sykehus/region	Rehab post	Etablering	10			25,0
UNN	Tromsø	Sykehus/region	Intermediær	Etablering	11			25,0
UNN	Tromsø	Sykehus/region	ROP-enhet	Etablering	9			0
UNN	Tromsø	Sykehus/region	Mottakspost	Etablering	10			0
UNN	Tromsø	PHBU	Elektiv enhet	Etablering	5			15,0
NLSH	Vesterålen	DPS/lokalsykehus	DPS døgn	Omstilling	8	18,6	23,6	
NLSH	Bodø	DPS/lokalsykehus	DPS døgn, B-post	Etablering	2			6,0
NLSH	Bodø	DPS/lokalsykehus	DPS døgn	Etablering	6			6,0

NLSH	Bodø	Sykehus/ region	Rehab.- enhet og pol	Etablering	6			12,0
HSYK	Mosjøen	DPS/lokal- sykehus	DPS	Omstilling	14	?*	21,2	
HSYK	Mo i Rana	DPS/lokal- sykehus	DPS	Etablering	9			85,0

Tabell 17: Oversikt over endringer på enhetsnivå, inkludert bemanning og økonomisk konsekvens.

* Helgelandssykehuset har ikke levert tall på budsjetterte stillinger ved DPS-døgnetenhet til arbeidsgruppe 2 innen arbeidsgruppens leveringsfrist

Foretakenes styrking av polikliniske enheter, rusteam, FACT-team, AAT, etc. kommer i tillegg til det som beskrives i tabellen.

14 Vedlegg

1. Døgnplasser per fagområde, lokasjon og alternativ
2. Medlemmer i arbeidsgruppe 2
3. ROS-analyse med vedlegg 3a, deltakere 3b og 3c Dokumentasjon fra ROS
4. Detaljert oversikt over alternativene
5. Forenklet oversikt over alternativene
6. Økonomiske konsekvenser av alternativene
7. Betenkning fra konserntillitsvalgt arbeidegruppemedlem Martin Øien Jensen (Akademikerne)

15 Referanser

- 1 Helse Nord, 2022. Regional utviklingsplan for Helse nord 2023-2038
<https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038>
- 2 Helse Nord, 2022. Regional utviklingsplan for Helse nord 2023-2038
<https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038>
- 3 SKDE, 2019. Stor variasjon i helsetjenester innenfor rus og psykiatri. <https://www.helse-nord.no/se/nyheter/nyheter-skde/stor-variasjon-i-helsetjenester-innenfor-rus-og-psykiatri/>
- 4 Regjeringen, 2021. Behovene innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene fremover. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/behovene-innen-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-i-arene-fremover/id2872387/>
- 5 Regjeringen, 2023. Forenkle og forbedre. Rapport fra ekspertutvalg for tematisk organisering av psykisk helsevern.
https://www.regjeringen.no/contentassets/2402e66428ac40ad9ed416ab2b62646d/no/pdfs/forenkle_og_forbedre_-_rapport.pdf
- 6 HelseDirektoratet, 2022. Samdata 2021: <https://www.helseDirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>
- 7 HelseDirektoratet, 2022. Samdata 2021: <https://www.helseDirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>
- 8 HelseDirektoratet, 2022. Samdata 2021: <https://www.helseDirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten>.
- 9 To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge. Ukom (2022); Evensen M. et al. (2021) Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse. FHI/ISF (2021); Evensen et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on mental healthcare consultations among children and adolescents in Norway: a nationwide registry study. Eur Child Adolesc Psychiatry 2022.
- 9 Nøkleby H. et al. (2021) Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021; Nøkleby H, Borge TC, Johansen TB. Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: oppdatering av en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Rapport 2021.
- 10 Helse Nord, 2016. Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016-2025. <https://www.helse-nord.no/499f64/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/fagplaner/utviklingsplan-for-psykisk-helsevern-og-tsb-2016-2025-endelig-vedtak.pdf>
- 11 SSB, 2023. Statistikkbank: Antall personer fra 0 – 17 år pr 01.01.23. <https://www.ssb.no/statbank>
- 12 Lovdata, 2001. Forskrift for drift av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (opphøvet 2001) <https://lovdata.no/dokument/SFO/forskrift/1998-07-01-706>
- 13 HelseDirektoratet, 2008. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. <file:///C:/Users/rs11407unn/Downloads/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge-veileder-for-poliklinikker.pdf>.
- 14 HelseDirektoratet, 2018. Nasjonalt pakkeforløp psykiske lidelser – barn og unge. <https://www.helseDirektoratet.no/nasjonale-forlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- 15 HelseDirektoratet, 2022. Rapport IS-3053: Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten – kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper.
https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202021.pdf/_attachment/inline/3736f641-a90c-445e-bb4f-e0f9f3969539-8c6825cf05f5a36a176f98ed317a8432bb90b3dc/Rapport%20Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202021.pdf
- 16 Legeforeningen, 2023. Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen. Rapport.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/3f72b066b3f24de5942de57e391d3ebf/rapport-utvikling-og-modernisering-av-avtalespesialistordningen.pdf>
- 17 SINTEF, 2022. Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2022: årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten. Rapport IS24/8.
https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/kommunalt-psykisk-helse-og-rusarbeid-%C3%A5rsrapporter/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202022%20-%20%C3%85rsverk,%20kompetanse%20og%20innhold%20i%20tjenestene.pdf/_attachment/inline/d22ffb39-fc1c-45d3-a15c-97359bb7844d:b28ac40ed3be9e995f5baab38d4a6d91a33dae57/Kommunalt%20psykisk%20helse-%20og%20rusarbeid%202022%20-%20%C3%85rsverk,%20kompetanse%20og%20innhold%20i%20tjenestene.pdf
- 18 HelseDirektoratet, 2015. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne, <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne/tilstander-for-psykisk-helsevern-for-voksne/angst-og-tvang#angst-og-tvang-lettere-symptomer-ikke-rett>
- 19 HelseDirektoratet, 2023. Nasjonal veileder – Psykisk helsearbeid barn og unge. <https://www.helseDirektoratet.no/veiledere/psykisk-helsearbeid-barn-og-unge>
- 20 Nasjonal kompetansetjeneste for psykisk helsearbeid (NAPHA), 2023: Rask psykisk helsehjelp. Artikkel. <https://napha.no/content/13931/rask-psykisk-helsehjelp>
- 21 Regjeringen, 2023. Meld. St. 23: Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033).
<https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1f4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000ddd.pdf>
- 22 Fafo, 2023. Fafo-rapport 2023:06: I grenseland. Samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv. <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-rapporter/i-grenseland-samfunnsvern-og-sikkerhetspsykiatri-i-et-kommunalt-perspektiv>
- 23 HelseDirektoratet, 2016. Veileder: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold. https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/kommunenes-plikt-til-oyeblikkelig-hjelp-dognopphold/Kommunenes%20plikt%20til%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gnopphold.pdf/_attachment/inline/92f525bc-b877-485e-b7bc-66670d00886f:87d71d03c450ff1bae72c213db0fb4a07b13a6f/Kommunenes%20plikt%20til%20%C3%B8yeblikkelig%20hjelp%20d%C3%B8gnopphold.pdf

-
- 24 Sintef, 2022. Rapport: Kommunal psykisk helse- og rusarbeid 2022 – årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. https://www.sintef.no/contentassets/b9b01949aa5a4656ad0658151c151ec8/sintef_rapport2022_01271.pdf
- 25 Helse Nord, 2022. Digital strategi for Helse Nord RHF. <https://www.helse-nord.no/49f5d6/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/fagplaner/digital-strategi-for-helse-nord-rhf-20232038-vedtatt-i-sak-39-2023.docx.pdf>
- 26 Høifødt RS, Lillevoll KR, Griffiths KM, Wilsgaard T, Eisemann M, Waterloo K, Kolstrup N
The Clinical Effectiveness of Web-Based Cognitive Behavioral Therapy With Face-to-Face Therapist Support for Depressed Primary Care Patients: Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2013;15(8):e153, doi: 10.2196/jmir.2714
- 27 Kiltvær, D. m.fl., 2015. Evalueringsrapport DeVaVi «Desentralisert vaksamarbeid ved bruk av videokonferanse». Evaluering av endringer i akuttjenesten for opptaksområdet til Avdeling Sør, Psykisk helse og rusklinikken, UNN HF. <https://www.akuttnettverket.no/files/RapportEvalueringavDeVaViRapportEvalueringavDeVaVi.pdf>
- 28 Innomed, 2022. Digitale FACT-team i Finnmark. <https://innomed.no/prosjekt/digitale-fact-team-i-finnmark>
- 29 Folkehelseinstituttet, 2018. Terapeutveiledet internettbehandling ved psykiske lidelser – fullstendig metodevurdering. <https://nyemeter.no/Documents/Rapporter/Terapeutveiledet%20internettbehandling%20ved%20psykiske%20lidelser%20Rapport%202018.pdf>
- 30 <https://www.sykehuset-innlandet.no/nyheter/mer-kunnskap-om-effekt-av-behandling>
- 31 Halland, E. m.fl., 2021. Lovisenbergmodellen for systematisk tilbakemelding. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58/7 s 587-593. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2021/07/lovisenbergmodellen-systematisk-tilbakemelding>
- 32 <https://www.helse-nord.no/4a4550/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230830/styresak-095-2023-overordnet-nettplan-for-sikkerhetspsykiatri-og-ovrigt-tiltak-for-personer-med-dom-til-tvunget-psykisk-helsevern.pdf>
- 33 Høringsdokument. Framtidig struktur psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge (sept. 2023)
- 34 Helsedirektoratet, 2006. DPS-veileder (IS-1388). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2444716/Distriktspsykiatriske-sentre-IS-1388.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 35 HelseDirektoratet, 2023. Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge. Hovedtall for 2022, med endringer fra 2021. https://www.helseDirektoratet.no/nyheter/ventetider-og-aktivitet-i-spesialisthelsetjenesten-2022/Aktivitet-PHBU-2022.pdf/_attachment/inline/bcf50ea6-c71c-4cd8-8341-7d644c36a834:6c0d17c67e55e1a3c1c63deaac310a098d7b458/Aktivitet-PHBU-%C3%A5rsdata.pdf
- 36 HelseDirektoratet, 2023. Samdata 2022, <https://www.helseDirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/flere-barn-og-unge-far-tilbud-i-psykisk-helsevern-men-faerre-blir-innlagt-for-dognbehandling>
- 37 HelseDirektoratet, 2023. Samdata 2022, <https://www.helseDirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/flere-barn-og-unge-far-tilbud-i-psykisk-helsevern-men-faerre-blir-innlagt-for-dognbehandling>
- 38 Helse Sør-Øst. (2022). *Forslag til revidert framskrivningsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. <https://helse-sorost.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/2022/1216/153-2022%20Vedlegg%20-%20Revidert%20framskrivningsmodell%20PHV%20og%20TSB.pdf> (2022), jf. To år med pandemi – status for det psykiske helsetilbudet til barn og unge. *Ukom* (2022); Evensen M. et al. (2021) Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse. *FHI/ISF* (2021); Evensen et al. (2022) Impact of the COVID-19 pandemic on mental healthcare consultations among children and adolescents in Norway: a nationwide registry study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022; Nøkleby H. et al. (2021) Konsekvenser av covid-19 på barn og unges liv og helse: en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021; Nøkleby H, Borge TC, Johansen TB. Konsekvenser av covid-19-pandemien for barn og unges liv og psykiske helse: oppdatering av en hurtigoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2021. Rapport 2021.
- 39 Regjeringen, 2023. Meld. st. 23. Opptappingsplan for psykisk helse (2023-2033). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20222023/id2983623/>
- 40 HelseDirektoratet, 2023. SAMDATA 2022, <https://www.helseDirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/gradvis-nedgang-i-dognplasser-innen-tverrfaglig-spesialisert-rusbehandling>
- 41 HelseDirektoratet, 2016. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. <https://www.helseDirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet> jf. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonalfagligretningslinje/avrusning-nasjonalfagligretningslinje-for-avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>
- 42 WHO, 1992. International Classification of Diseases. 10.ed. https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/styringsinformasjon-til-helsefelleskapene/Styringsinformasjon%20til%20helsefelleskapene%20-%20vedlegg%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf/_attachment/inline/58e2b129-9b1a-4fb3-85e4-514ddd5fe0bb:f1d93abdbf6cf5566082981d25ec4c27f38ac62/Styringsinformasjon%20til%20helsefelleskapene%20-%20vedlegg%20del%20III%20-%20alvorlige%20psykiske%20lidelser.pdf
- 43 Folkehelseinstituttet, 2018. Alkohol i Norge. <https://www.fhi.no/le/alkohol/alkoholnorge/beskrivelse-av-rapporten/oversikt-over-alkohol-i-norge-et-folkehelseperspektiv-pa-alkohol/?term=>
- 44 Fastsatt av økonomidirektørene i foretaksgruppen i regionalt økonomisjefmøte 23.08.2023
- 45 Norsk psykiatrisk forening, 2010. Mennesker som hjelper mennesker – Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010-2015. <https://gamla.svenskpsykiatri.se/Internationellt/Utviklingsplan%20for%20Norsk%20Psykiatri%20Norsk%20Psykiatrisk%20Forening.pdf>

46 Regjeringen, 2020. Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>

47 Regjeringen, 2020. Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>