

## Styresak 29/2013: Ambulant akutt team innen psykisk helsevern (utsatt sak 20/2013)

Møtedato: 22.04.13

Møtested: Sandnessjøen, Rica Hotell

### Bakgrunn og organisatorisk forankring

Administrerende direktør i Heleglandssykehuset HF, initierte og iverksatte et arbeid med å utarbeide en *Strategisk plan for psykisk helse og TSB på Helgeland*, januar 2012. I dette arbeidet har man fokusert på tre innsatsområder, Det ene av de tre områdene man besluttet å arbeide med, var satsingsområdet: *Akutt – og krisetjenester, herunder å etablere ambulant akuttteam/hjemmebehandling på Helgeland*. Det ble etablert arbeidsgrupper for hvert av områdene. Arbeidsgruppe for akutt- og krisetjenester arbeidet frem alternative forslag til etablering, og fikk med dette nytt mandat fra administrerende direktør, der de ble bedt om å sammenligne og vurdere de modellene som var utarbeidet. Arbeidsgruppen startet sitt arbeid 05.12.2012 og avleverte ny rapport 19.12.2012. Avdelingssjefenes anbefaling baserer seg på sistnevnte rapport.

Behovet for etableringen av denne type tilbud er også forankret i oppdragsdokument 2013, der det presiseres at Helgelandssykehuset i løpet av 2013, skal etablere akuttberedskap på døgnbasis, samt at man skal ha ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar som en viktig og grunnleggende faktor i pasientarbeidet.

### Problemstilling og målsetting

Det er lagt sentrale føringer på, samt at de regionale helseforetakene har satt som mål, at det skal være ambulante akutteam ved alle DPS i løpet av 2013. Ambulante akutteam kan beskrives som spesialiserte tverrfaglige team, som skal vurdere pasienter for akuttinnleggelser og kunne gi intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse. I denne sammenhengen må det presiseres at det dreier seg om voksne.

Målet med å etablere AAT er å gi et bedre kvalitativt akutttilbud for pasienter på Helgeland. Gjennom en bedre og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til personer i akutte psykiske krisesituasjoner, og gjennom rask og god tilgjengelighet for primærhelsetjenesten, kan vi redusere akuttinnleggelser på Nordlandssykehuset. Dette innebærer at AAT skal kunne bistå primærhelsetjenesten ved eventuelle innleggelser til akuttavdeling. AAT skal være et reelt og troverdig alternativ til innleggelse som skal jobbe med pasienten til akuttfasen er over, og denne kan overføres til annen relevant tjeneste, oftest innen 4-6 uker. AAT skal også kunne muliggjøre tidlig utskrivning av pasienter innlagt i akuttavdelinger. Nasjonal og internasjonal forskning angående mulig reduksjon i mengde innleggelser, er ikke entydig (fra 0 til 25 %). Valgt mål for reduksjon av akuttinnleggelser settes derfor til 20 %. Helgelandssykehuset har over år hatt relativt få akuttinnleggelser, og dette kan bety at forventet reduksjon kan være mindre enn øvrige deler av landet.

Det presiseres at Nordlandssykehuset fortsatt skal ha Ø-hjelp funksjonen for psykisk helse i Helgelandssykehuset, samt ivareta tvunget psykisk helsevern med døgnopphold.

### Analyse og argumentasjon rundt opprettelse av ambulant akutteam

Prinsippet om at "Alt er til for alle på Helgeland" har vært førende for arbeidet.

Ved etablering av AAT på Helgeland, må geografiske og demografiske hensyn tas inn.

Det anbefales at vi etablerer følgende modell på Helgeland:

- ett Ambulant Akutteam i Helgelandssykehuset med en hovedbase lokalisert til DPS Rana
- etablering av distriktsbaser ved de øvrige DPS'ene
- ledelse av både hovedbase og distriktsbaser bør knyttes til allerede eksisterende avdelingsstruktur, og på en slik måte at enhetlig ledelse blir ivaretatt
- i akuttsituasjoner vil hovedbasen ha beslutningsmyndighet for bruk av ressurser i distriktsbasen, og eventuelt døgnet.

Ved å organisere AAT på denne måten vil akuttsituasjoner faglig ivaretas, samtidig som vi beholder fleksibilitet ifht distriktsbasenes ressurser. Det etableres en hovedbase, distriktsbasene jobber i nær

tilknytning til hovedbasen. Det skal være ett telefonnummer til AAT Helgeland. Ressurser som i dag brukes til oppgaver i somatiske avdelinger, for eksempel selvmordsvurderinger og andre akuttvurderinger bør inngå i AAT sine arbeidsoppgaver. Dette innebærer at personell både ved hovedbasen og distriktsbasene delvis vil bestå av personell som i dag er på plass, men disse gis en noe annen funksjon.

Det foreligger ikke sikre tall på antall akutthenvendelser til DPS'ene på Helgeland. Det er av den grunn vanskelig å estimere et konkret potensial for nedgang i bruk av egne DPS senger. Helgeland har allerede i dag relativt lavt antall senger på DPS nivå (Samdatarappport). Etablering av AAT forutsetter etablering av krisesenger ved DPS (2 på hver døgnavdeling). Dette innebærer tilpasninger og endringer i dagens døgntilbud i hhv Mosjøen og Mo i Rana.

Det er viktig å evaluere bruken, og behovet for, egne DPS senger i perioden etter at AAT er etablert.

Det må presiseres at AAT kun vil jobbe ifht reduksjon av innleggelser på akuttavdeling ved NLSH. Når det gjelder øvrig bruk av døgntilbud vil dette tiltaket mindre betydning, slik vi ser det i forkant av etableringen.

### Bemanning og driftskostnader

Vi foreslår følgende sammensetning og bemanning på Helgeland.

<u>Hovedbasen:</u>	
1 årsverk psykiater	1.035.000
1 årsverk psykologspesialist	760.000
1 årsverk LiS	600.000
4 årsverk høgskole i turnus	<u>2.100.000</u>
	4.495.000
<u>Distriktsbaser:</u>	
Mosjøen:	
1 årsverk psykolog	540.000
2 årsverk høgskolestillinger	<u>1.035.000</u>
	1.575.000
Sandnessjøen:	
1 årsverk psykolog	540.000
1 årsverk høgskolestilling	<u>520.000</u>
	1.060.000
Brønnøysund:	
1 årsverk psykolog	540.000
1 årsverk høgskolestilling	<u>520.000</u>
	1.060.000
Til sammen	<u>8.190.000</u>
Nettokostnad bemanning	4.820.000

De tre sentrene i Helgelandssykehuset kan ved omdisponeringer og endringer frigjøre 6,5 årsverk høgskolestilling. Dette utgjør til sammen kr. 3.370.000,-. I forslaget til bemanning foreslår vi å styrke spesialistsiden både når det gjelder psykiater og psykologer. Teamene bør ha både psykiatrisk og rusfaglig kompetanse.

Ved etablering av AAT er det helt nødvendig å ha tilsatt spesialister ved oppstart.

Dette fordi AAT vil arbeide mest i forhold til pasienter med alvorlige psykiske lidelser, med behov for psykiater og psykolog kompetanse.

<u>Øvrige driftskostnader:</u>	
Kompetanseheving	300.000
Bil 4 stk	350.000
IKT	350.000
Andre driftskostnader	<u>300.000</u>
Til sammen	1.300.000

I kostnadsoverslaget har man ikke tatt med utgifter til ordning med bakvakt, hverken når det gjelder lokal bakvakt, eller eventuelt avtale med NLSH om dette. Dette da vi pr i dag ikke har tilfredsstillende dokumentasjon angående antall akutthenvendelser på kveld, natt og helg. Vi er klar over at dette er etterspurt fra primærhelsetjenesten, men foreløpig er det vanskelig å anslå omfang. Vi er også opptatt av

at vi setter inn ressurser på tidspunkter der det er behovet er størst. En tenkt 6-delt bakvaksordning (lege) ville dette beløpe seg til ca kr 1.100.000 pr. i dag.

**Totale kostnader:**

Netto kostand bemanning	4.820.000
<u>Øvrige driftskostnader</u>	<u>1.300.000</u>
<b>Til sammen</b>	<b>6.120.000</b>

**Framdriftsplan med milepæler**

20.12.2012	Arbeidsgruppe AAT	Overleverer anbefaling på mandatet til Adm.dir
April 2013		Modell for AAT Helgeland vedtas.
April/mai 2013	Avd.sjef	Utlysning av stillinger AAT samarbeid med de andre DPS om nøkkelpersonell tilknyttet AAT
Juni og fortløpende 2013	Planleggingsfase internt med AAT personell inkl nøkkelpersonell ved andre DPS,ene som er tilknyttet AAT – samt opplæring i akuttvurderinger – krisehåndtering – hjemmebehandling – lovverk osv	Tilsettinger. Informasjon ut til alle fastleger og samarbeidspartnere/kommuner på Helgeland og NLSH.
1.september 2013	AAT oppstart/iverksettes Ambulant akuttjeneste i psykiatri på Helgeland	kompetanseheving, utarbeidelse av standarder og prosedyrer, samhandling med kommunene, etc.

## Enkel risikovurdering

Risikofaktorer	Vurdering		
Modellen vil føre til en mindre hensiktsmessig økonomisk ressursutnyttelse i spesialisthelsetjenesten		■	
Modellen vil kunne føre til lavere kvalitet på tjenestene utført av spesialisthelsetjenesten	■		
Modellen vil kunne bidra til lavere grad av trygghet for brukeren	■		
Etablering av en slik modell vil føre til mindre tilgjengelig psykiater og psykologressurs i de øvrige tilbudene	■		
Etablering av modellen vil ikke føre til reduksjon i bruk av akuttenger		■	
Modellen vil innfri «alt for alle på Helgeland»		■	
Modellen vil ikke kunne ha tilstrekkelig spisset kompetanse på akutt og krisesaker	■		
Modellen vil klare å ivareta behovet for aktiv hjemmebehandling	■		
Modellen vil ikke klare å innfri tilstrekkelig rask responstid (max fire timer)		■	
Modellen møter ikke behovet til fastlegene		■	
Modellen vil ikke gi redusert bruk av DPS-senger		■	
Modellen vil kunne gå over i tilbudet som primærhelsetjenesten skal yte	■		
Modellen vil by på organisatoriske utfordringer med tanke på dagens organisasjonsstruktur	■		
Det vil være vanskelig å rekruttere spesialisert kompetanse til modellen		■	
Modellen vil ikke møte kravet om 24/7 beredskap		■	
Modellen kan føre til at pasienter får et kvalitativt dårligere tilbud enn i dag	■		

### Konklusjon med anbefalinger

Det anbefales etablering av ett Ambulant Akutteam i Helgelandssykehuset, med hovedbase lokalisert DPS Rana. Det etableres samtidig distriktsbaser ved de øvrige DPS'ene. Det presiseres at det skal være en hovedbase med utvidet åpningstid, distriktsbasene jobber dagtid og i nær tilknytning til hovedbasen. Det skal være ett telefonnummer til hovedbasen AAT Helgeland som skal være ansvarlig for å koordinere videre behandlingstiltak og oppfølging av pasienten.

Det er svært krevende å etablere et nytt tjenestetilbud i form av akutt krise- og hjemmebehandling, på spesialist helsetjeneste nivå. Det krever kompetanseoppbygging, samarbeid, og utstrakt samhandling med alle nivå i behandlingsskjeden.

Det vil være mulig å inkludere ambulante akuttjenester for Barne- og ungdomspsykiatrien ved et senere tidspunkt.

### Administrerende direktørs vurderinger

Da dette er et nytt pasienttilbud på Helgeland, kan vi ikke med sikkerhet si hvordan tilbudet vil virke, utvikles og eventuelt medføre endringer i andre tilbud inne psykisk helsevern. Det er derfor viktig å ha høyt fokus på en vellykket implementering, for deretter å evaluere effekten av etableringen av ambulante akuttjenester. Dette må gjennomføres senest 2 år, etter at tilbudet er etablert og iverksatt. Dette for at man så tidlig som mulig, skal fange opp og agere på bakgrunn av de utviklingstendensene vi registrerer etter etableringen av dette pasienttilbudet. Dette ikke minst med utgangspunkt i at det ambulante akutteamet, med hovedbase og distriktsbaser (med rundt 14 ansatte) utgjør en relativt stor ressurs innen virksomheten. Arbeidet i prosjektfasen viser at vi har et godt grunnlag og stort potensial for videreutvikling av vårt tilbud til denne sårbare pasientgruppe. Det bør imidlertid vektlegges, tilrettelegges og sikres for at:

- Teamet i størst mulig grad arbeider ambulant
- Samarbeidslinjer mot legevakt og psykiatrisk akuttavdeling ved Nordlandssykehuset blir styrket
- Teamene blir godt integrert i eget DPS
- Tilbudet ivaretar pasienter som har behov for tjenester på spesialisthelsetjenestenivå
- Teamene bidrar til å forebygge og forhindre innleggelser og re - innleggelser i psykiatrisk akuttavdeling når dette ikke er nødvendig.
- Kommunehelsetjenesten, gjennom operative fora, vil bli involvert i den videre utviklingen av de ambulante akutt-teamene.
- Antall tvangsinnleggelser og andelen tvangsbehandlingstiltak reduseres med opp mot 5%

#### VEDTAKSFORSLAG:

1. Styret er svært tilfreds med at prosjektgruppen i sin rapport foreslår konkrete tiltak for resultatopptak i forhold til eiers krav for virksomheten innen psykisk helse, herunder kravet om ambulant virksomhet, og ber videre om at man i forbindelse med etableringen av ATT, gjenopptar arbeidet vedrørende døgntilbudet innen psykisk helsevern.

2. Ambulant akutteam etableres slik skissert i prosjektgruppens rapport, med de endringer og anbefalinger som er gjort av ledelsen for psykisk helsevern i Helgelandssykehuset HF. Dette for å ivareta henvisninger til ø-hjelp og tilby hjemmebehandling, på hele Helgeland i løpet av 2013.

3. Styret slutter seg også til de øvrige foreslåtte tiltak for å oppfylle nasjonale og regionale krav til moderne tjenester og ber administrerende direktør sørge for iverksettelse i tråd med prosjektgruppens anbefalinger men ber om at det utarbeides en grundigere ROS analyse i forkant av implementeringen, der brukerrepresentant, og tillitsvalgte inviteres inn i arbeidet. Drøftingsprotokoll legges til grunn for ROS analysen.

4. Styret ber om at det nye tilbudet evalueres senest to år etter igangsettelse, med devaluering allerede etter 1 år. Evalueringen bør knyttes opp mot det som fremkommer i ROS analysen, med fokus på konsekvenser for pasienter, ansatte, og økonomi.

5. Styret slutter seg etableringen og forutsetter at dette etableres innen de forutsatte økonomiske rammene. Tilbudet finansieres i 2014 på lik linje med øvrige foretaksovergrepene tiltak.

Per Martin Knutsen  
Adm. direktør

Saksbehandler: Sidsel Forbergskog, Avdelingssjef og faggruppeleder psykisk helsevern

#### **Vedlegg**

Rapport av 12.12.2012 Akutt- og krisetjenester for voksne – ambulant akutteam/hjemmebehandling på Helgeland (vedlagt innkallingen)  
Drøftingsprotokoll



## PROTOKOLL FRA DRØFTINGSMØTE

Den 11.4.2013 ble det gjennomført drøftinger i henhold til HA § 30.

### Deltakere:

Fra arbeidstakersiden		Fra arbeidsgiversiden	
Trond Forså	FO	Per Martin Knutsen	Administrerende direktør
May Edøel Lund	NSF	Fred A. Mører	Medisinsk direktør
Eirik Holand	NPF	Sidsel Forbergskog	Avd.sjef psykiatri/utv MIR
Elsa Enge	Fagforbundet	Tore Enge	Personal- og org. sjef

### Tema: Etablering av Ambulante Akutt Team - AAT


Dokumentene i saken (drøftingsgrunnlaget) ble utsendt via e- post den 3.4.2013. Arbeidsgiver informerte om formål med drøftingene og presenterte/gjennomgikk hovedpunktene i de endringer som er foreslått etter at arbeidsgruppa har levert sitt arbeid.

### Innspill fra tillitsvalgte

- Fornøyd med at saken ble utsatt slik at de formelle drøftingene ble gjennomført før styrebehandlingen.
- Faglig og personalansvarlig ledelse kan ikke splittes slik det kan se ut som i forslaget til organisering.
- Forslaget til bemanning på hovedbasen ser ut til å bli vanskelig å gjennomføre med tanke på å få turnusen til å gå opp.
- Forslaget om avsetning av kr. 300.000,- til kompetanseheving virker noe lavt.
- Det er bra at det legges opp til evaluering og det er viktig at denne planlegges og gjennomføres med god kvalitet, ikke minst at det ikke ventes i 2 år før dette startes.

### Partene er enige om:

- Driften av AAT må organiseres slik at kravet om enhetlig ledelse blir ivaretatt.
- At en detaljert implementeringsplan utarbeides.
- Følgende tema må belyses nærmere i ROS analysen:
  - Bemanningsbehov kvalitetssikres generelt sett på nytt. Spesielt må behovene for spesialiststøtte til teamene ved akutte tilfeller kveld og natt synliggjøres. Det skal også vurderes hvilke kompetanse- og bemanningsbehov som utløses på døgnavdelingene. Det må belyses nærmere hvilke stillinger det er behov for å omgjøre med tanke på bemanningen av AAT
  - Erfaringer og innspill fra det akuttmedisinske området må være representert i arbeidet med ROS-analysene
- Detaljert oversikt over kompetansebehov, kompetanseplan med økonomiske rammer og rekrutteringsplan utarbeides før iverksetting.
- Arbeidet med evalueringsarbeidet må komme raskt i gang for å sikre oversikt over dagens status, slik at en har tilstrekkelig data til å sammenligne fremtidige målinger. Det bør etterstrebtes å organisere evalueringsarbeidet som et forskningsprosjekt.
- ROS- analysen som skal gjennomføres må være tilstrekkelig detaljert og de behov som fremgår av denne drøftingsprotokollen må også belyses i analysen. Avdelingsjef Sidsel Forbergskog og FTV Eirik Holand får ansvar for å sette sammen ei gruppe som skal gjennomføre ROS- analysen.

For Helgelandssykehuset HF  
  
 Administrerende direktør

For organisasjonen  
  
 Forordningsvalgt