

## Styresak 20/2013: Ambulante akutt team innen psykisk helsevern

Møtedato: 20.03.13

Møtested: Bodø, Thon hotell Nordlys

### 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 ambulante akutteam/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 ambulante 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,
- i akuttsituasjoner vil hovedbasen ha beslutningsmyndighet for bruk av ressurser i distriktsbasen, og eventuelt døgnenhet.

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 på oppdrag fra, og er faglig tilknyttet hovedbasen. Det skal være ett telefonnummer til AAT Helgeland. Resurser 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 ved distriktsbasene delvis vil bestå av personell som i dag er på plass, men disse gis en 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 (Samdatarapport). 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.

#### Hovedbasen:

1 årsverk psykiater	1.035.000
1 årsverk psykologspesialist	760.000
1 årsverk LiS/psykolog	600.000
4 årsverk høgskole i turnus	<u>2.100.000</u>
	4.495.000

#### Distriktsbaser:

##### 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

<u>Til sammen</u>	<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 spesialistene ved oppstart.

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

Øvrige driftskostnader:

Kompetanseheving	300.000
Bil 4 stk	350.000
IKT	350.000
<u>Andre driftskostnader</u>	<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 bakvaktsordning (lege) ville dette beløpe seg til ca kr 1.100.000 pr. i dag.

**Totale kostnader:**

Netto kostnad 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
Mars 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 akuttssenger		■	
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 en 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 på oppdrag fra, hovedbasen. Det faglige ansvaret for ambulante tjenester er tillagt 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 spesialisthelsetjeneste nivå. Det krever kompetanseoppbygging, samarbeid, og utstrakt samhandling med alle nivå i behandlingsskjeden.

Det vil være mulig å inkludere 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 resultatoppnåelse 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.
4. Styret slutter seg etableringen og forutsetter at dette etableres innen de forutsatte økonomiske rammene. Tilbudet finansieres i 2014 på lik linje med øvrige foretaksovergripende tiltak.

Per Martin Knutsen  
Administrerende direktør

Saksbehandlere: Sidsel Forbergskog, Avdelingssjef og faggruppeleder psykisk helsevern

### **Vedlegg: - eget vedlegg**

Rapport av 12.12.2012 Akutt- og krisetjenester for voksne – ambulant akutteam/hjemmebehandling på Helgeland.