



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR PSYKISK HELSE 1999-2008

Revidert struktur for de distriktpsykiatriske sentra i Helse Stavanger HF

Utkast 18.02.05

INNHold

1. INNLEDNING
 - 1.1 Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helse Vest RHF
 - 1.2 Helse Vest RHF's oppdrag til Helse Stavanger
2. PROSJEKTORGANISASJON
3. PROSJEKTMANDAT
4. PSYKIATRISK KLINIKK – EN OVERSIKT
 - 4.1 Gjeldende organisasjonsstruktur i Psykiatrisk klinikk
 - 4.2 Noen nøkkeltall (Sintef 2003): aktivitet, kostnadsnivå, produktivitetsmål
 - 4.3 Antall poliklinikkstillinger i dagens tilbud
 - 4.4 Antall døgnplasser i dagens tilbud)
5. NY DPS-STRUKTUR I SØR-ROGALAND
 - 5.1 Oppsummering
 - 5.2. Gjennomgang av løsningen
 - 5.2.1 Stavanger DPS og Ryfylke DPS: En drøfting vedrørende DPS-tilbudene til bydelene i Stavanger og nabokommunene
 - 5.2.2 Dalane DPS
 - 5.2.3 Sandnes DPS
 - 5.2.4 Hafrsfjord DPS
 - 5.2.5 Ryfylke DPS
 - 5.2.6 Stavanger DPS
 - 5.2.7 Jæren NKS DPS
 - 5.3 Modell 1 og Modell 2, skjematisk
 - 5.4 Plan for perioden fram mot 2008: iverksetting av DPS-strukturen
6. OPPGAVEFORDELING MELLOM SYKEHUS OG DPS
7. VURDERING OG FORSLAG TIL UTFORMING AV DET SPESIALISERTE SYKEHUSTILBUDET
8. FAGLIG SELVSTENDIG LEDELSE
 - 8.1 Dagens ledelsesordning
 - 8.2 Forslag til ny ordning av faglig selvstendig ledelse
9. VURDERING OG FORSLAG TIL DEKNING AV BEHOVET FOR NYE PLASSER TIL PERSONER SOM DØMMES TIL PSYKIATRISK BEHANDLING
10. KONSEKVENSER AV PLANFORSLAGET M.H.T PERSONELL, DRIFTSØKONOMI OG INVESTERINGER
 - 10.1 Personell
 - 10.2 Driftsøkonomi
 - 10.3 Investeringer

INNLEDNING

Formålet med denne rapporten er å gi svar på de problemstillinger som blir reist i Helse Vests bestilling til Helse Stavanger HF 15.12.04. vedr. opptrappingsplanen for psykisk helse i Sør-Rogaland 1999 – 2008. Problemstillingene er konkretisert i et eget prosjektmandat fastsatt 05.01.05 i samarbeid mellom Helse Vest RHF og Helse Stavanger HF. I tråd med bestillingen er hovedfokus lagt på hvilken DPS-struktur det skal være i området, hvilket opptaksområde det enkelte DPS skal betjene, faglig ledelse av DPS-ene og oppgavefordelingen mellom DPS-ene og sykehus.

Rapporten gir også et bilde av hvordan det spesialiserte sykehustilbudet bør utformes.

1.1 Helse- og omsorgsdepartementets oppdrag til Helse Vest RHF

Helse- og omsorgsdepartementet har i brev til Helse Vest RHF av 13.12.04 gitt følgende vurdering av opptrappingsplanen for psykisk helse i Helse Stavanger HF:

”Planen innebærer at det ikke vil være mulig å få på plass den endelige strukturen for DPS-ene og heller ikke de endelige opptaksområdene for DPS-ene før etter 2006, ettersom flertallet av DPS-ene vil få justert sine opptaksområder etter etableringen av Sola DPS i 2006. Departementet ser at dette er nødvendig som følge av utbyggings-takten, men finner grunn til å understreke at Helse Vest samtidig må ha særlig oppmerksomhet på forhold knyttet til kontinuitet og forutsigbarhet, både for den enkelte bruker og for kommunene, ved de endringene som må komme.

DPS-ene vil, med unntak av Sola DPS som skal bygges nytt, bestå av enheter som er lokalisert til flere ulike steder. Det er særlig lagt opp til en stor spredning i døgntilbudet – noe som vil kunne gjøre kontinuitet og fleksibilitet i behandlingstilbudet svært problematisk.

Tidligere sykehusavdelinger ved SiR er lagt inn i tre av DPS-ene. Dette vanskeliggjør DPS-enes mulighet til å fungere som koordinerte og faglig selvstendige enheter. Det vises videre til direktoratets anmerkning om at dette dessuten medfører en viss fare for at tidligere sykehuskultur og arbeidsmåter blir videreført i DPS-ene. Dette må sees i sammenheng med forutsetningen om at DPS primært skal arbeide tett opp mot kommunene, men også være et bindeledd mellom kommunene og sykehusene.

Den foreslåtte løsningen synes for øvrig å gi et svært høyt antall DPS-plasser og et lavt antall sykehusplasser. Et lavt antall akutt-plasser i sykehus kan innebære en fare for at DPS-ene tillegges relativt omfattende akutt-funksjoner. Helse Vest bes gi en nærmere beskrivelse av hvordan de ulike akutt-oppgavene vil bli løst, i samarbeid mellom DPS-ene og sykehusavdelingene.

Det foreslås i planen etablering av egen døgnavdeling for domte. Dette er ikke i tråd med direktoratets anbefaling om etablering av tilbud til denne gruppen. Departementet deler denne vurderingen og ber om at dette revurderes.

Departementet forutsetter at det etableres en fast DPS-struktur med faglige selvstendige enheter innen Helse Stavanger HF, som omfatter samtlige kommuner i Rogaland sør for Boknafjorden. Før alle enhetene er på plass, må det synliggjøres hvilke midlertidige opptaksområder som gjelder, samt hvorledes overgangen til den permanente strukturen vil skje for å ivareta kontinuitet og forutsigbarhet både på individnivå og i forhold til de kommunale tjenestene. De distriktspsykiatriske sentrene må gis oppgaver og ansvar i overensstemmelse med føringene gitt i offentlige dokumenter.

Departementet anmoder om innen 01.03.05 å få tilbakemelding på de forhold som er omtalt ovenfor – inklusive en plan for gjennomføringen av Opptrappingsplanen i Rogaland sør for Boknafjorden. Helse Vest bes i sammenheng med dette om å vurdere andre løsninger for organisering av tilbudet til domte i tråd med anbefalinger fra Sosial- og helsedirektoratet.”

1.2 Helse Vest RHF's bestilling til Helse Stavanger HF, jf. styresak Helse Vest RHF 103/04 B

Helse Vest RHF har med bakgrunn i føringene i departementets brev gitt Helse Stavanger HF i oppdrag å:

- ”fremme forslag til DPS-struktur i Sør-Rogaland (Sandnes, Stavangerområdet med Ryfylke) som klart er i tråd med de føringene som fremgår av departementets brev av 13.12.04
- foreta en fornyet vurdering av DPS-strukturen når det gjelder opptaksområder og hvordan DPS-strukturen kan iverksettes med begrensede justeringer underveis.
- foreta en fornyet vurdering av kapasiteten i DPS-ene og på sykehusplasser. Det skal legges til grunn at DPS-ene skal ivareta almenpsykiatriske oppgaver i tråd med opptrappingsplanen og at sykehuset skal ivareta mer spesialiserte oppgaver som det ikke er hensiktsmessig legge til DPS-ene. Kapasiteten på akutt plassene må vurderes særskilt.
- vurdere om DPS-strukturen kan løses uten at hvert enkelt DPS blir spredt på for mange fysiske lokalisasjoner.
- sikre at DPS-ene organiseres som faglig selvstendige enheter.
- fremme forslag til hvordan behovet for flere sykehusplasser som følge av at personer kan dømmes til behandling, kan løses gjennom en utvidelse av den generelle kapasiteten innen voksenpsykiatrien, ikke gjennom bygging av egen ny sikkerhetsenhet.

Løsningsforslagene må være innen planlagte rammer for døgnplasser og forventede ressurser.

Arbeidet organiseres som et prosjekt ledet av Helse Stavanger HF.

Til prosjektgruppen inviteres representanter for:

- brukerne lokalt og sentralt (Mental helse)
- de ansattes organisasjoner (tillitsvalgte)
- Sosial- og helsedirektoratet (etter nærmere avklaring)

Prosjektgruppen suppleres med ekstern faglig kompetanse på området. Valg av ekstern bistand foretas i samarbeid med Helse Vest.

Etter avtale med administrerende direktør i Helse Stavanger HF deltar Helse Vest RHF i arbeidet.”

2 PROSJEKTORGANISASJON

Helse Stavanger HF har opprettet prosjektorganisasjon i henhold til Helse Vest RHF's bestilling. Prosjektorganisasjonen er vist i vedlegg 1.

3 PROSJEKTMANDAT

Styringsgruppen godkjente i møte den 05.01.05 følgende prosjektmandat:

Med utgangspunkt i de føringer som er gitt i styresak 103/04 B Helse Vest RHF, skal Prosjekt Psykiatri 2005 utrede og fremme forslag til løsning på følgende hovedproblemstillinger:

1. Hvor mange og hvilke DPS-er skal man ha i Sør-Rogaland?
2. Beskriv de tilhørende opptaksområder.
3. Hvilke og hvor mange fysiske enheter skal det enkelte DPS bestå av?
4. Hvordan skal DPS-strukturen iverksettes? Dersom det må gjøres justeringer av opptaksområdene underveis, skal det redegjøres for dette.
5. Hvordan sikre at DPS-ene organiseres som faglig selvstendige enheter?
6. Hvilken oppgavefordeling skal det være mellom sykehus og DPS, og hvilke konsekvenser får dette for fordelingen av plasser mellom sykehus og DPS?
7. Hvordan skal det spesialiserte sykehus tilbudet utformes?
8. Hvordan skal man ivareta behovet for nye plasser for personer som dømmes til behandling?

Prosjektet skal utrede de personellmessige, driftsøkonomiske og bygningsmessige-/investeringsøkonomiske konsekvenser av forslagene.

Frist for prosjektgruppen settes til 16.februar 2005.

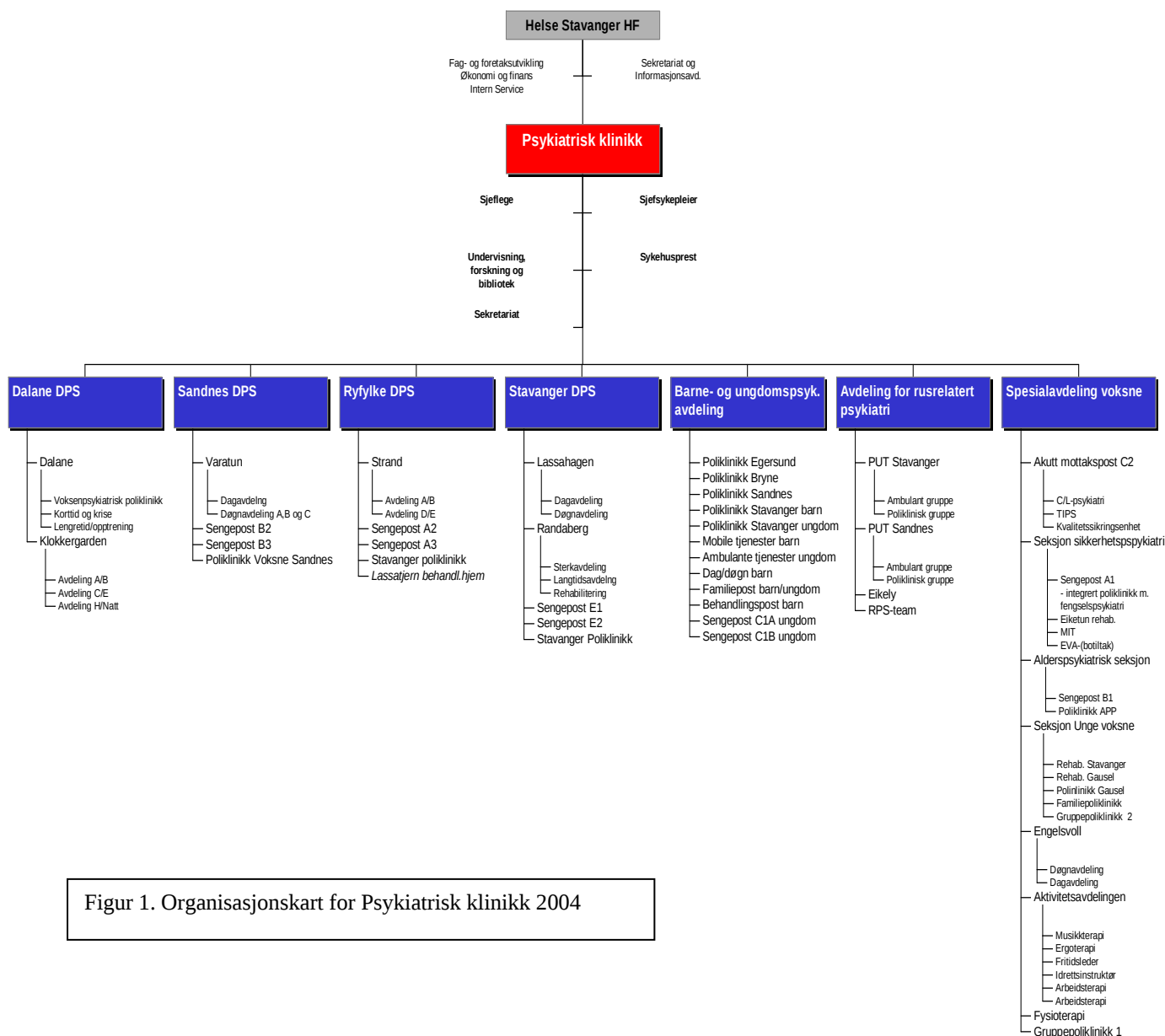
Departementet ber også om en plan for gjennomføringen av Opptrappingsplanen i Rogaland sør for Boknafjorden.

For status per dato mht gjennomføring av Opptrappingsplanen vises til vedlagte revisjonsrapport for Helse Stavanger – Psykiatrisk klinikk, som overveiende fokuserer på kvantitative elementer i gjennomføringen av Opptrappingsplanen. I avsnitt 4.2. gis også en gjennomgang av de prosesser som er satt i gang og skal videreføres i klinikken for å gjennomføre Opptrappingsplanens øvrige føringer. Gjennomgangen er ikke uttømmende.

4 PSYKIATRISK KLINIKK – EN OVERSIKT

4.1 Gjeldende organisasjonsstruktur i Psykiatrisk klinikk

Psykiatrisk klinikk er den største klinikken i Stavanger Universitetssjukehus, med 976 årsverk og ca 1200 ansatte, 106.000 oppholdsdøgn og 58.700 polikliniske konsultasjoner i året. Klinikken har per 1.1. 2005 7 avdelinger: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Avdeling for rusrelatert psykiatri, Spesialavdeling for voksne, Dalane DPS, Stavanger DPS, Ryfylke DPS og Sandnes DPS. Klinikkdirektør rapporterer til adm.dir. i Stavanger Universitetssjukehus, Helse Stavanger HF.



Figur 1. Organisasjonskart for Psykiatrisk klinikk 2004

4.2. Status 2004 for en del av de ikke-kvantitative elementer i Opptrappingsplanen - samarbeid med kommunene, brukerne og andre samarbeidsparter

Psykiatrisk klinikk har forsøkt å implementere en rekke av intensjonene i Opptrappingsplanen. Selv om Barne-og ungdomspsykiatrien har fått det meste av de nye stillingene så langt, har

klinikken gått løs på det en har oppfattet som sentrale føringer. Det gis nedenfor en summarisk oversikt over en del tiltak som er satt i gang i klinikken.

Klinikken forsøker å vektlegge et vitenskapsbasert behandlingstilbud som legger vekt på å få resultater av både poliklinisk og døgn- eller dagbaserte opphold med den nære, brukerdefinerte og likeverdige relasjonen som er en forutsetning for at Opptrappingsplanen (og behandlingen) skal lykkes. Begge deler er avhengig av at klinikken deltar aktivt i en løpende dialog med sine samarbeidsparter – samtidig som en sammen holder et fast fokus på kravene til kompetanse.

Klinikken har faste samarbeidsarenaer med flere brukerorganisasjoner. Mental Helse har fast plass i Kvalitetsutvalget i klinikken. Klinikken har minst to ganger i halvåret ledermøte sammen med Fontenehuset, Landsforeningen for pårørende og Mental Helse. I en periode hadde foreningene kontor i sykehuset. Alle brukergruppene er representert i klinikkens Referansegruppe for Opptrappingsplanen, sammen med alle kommunene og ansattes organisasjoner. Klinikken har videreført fylkeslegens organ ”Forum for psykiatri i endring” som en uformell drøftingsarena for hvert DPS.

Det etableres etter hvert faste og forpliktende samarbeidsrelasjoner med kommunene, og det er undertegnet samarbeidsavtale med Stavanger kommune og Sandnes kommune. I løpet av 2005 er det et mål å ha avtaler med de øvrige kommunene, og revidere Stavanger-avtalen. Det er holdt to dialogkonferanser i 2004 og 2005, en med Stavanger og en med alle kommunene. Det er månedlige samarbeidsmøter med Jæren DPS.

Det er etablert en god struktur og viktige tiltak innen samarbeidet mellom somatikken og psykiatrien og de private rusinstitusjonene i forbindelse med rusreformen.

Klinikken har også faste møtesteder med en uformell dialog mellom brukerne og medarbeidere i psykiatrien, som filmklubb og kulturkvelder, hvor alle kommunenes aktivitetssentre i nærområdet til sykehuset får tilsendt programmene rutinemessig.

Det er samarbeid med Senter for spiseforstyrrelser, Leve og Livskrisehjelpen vedrørende selvmordsforebyggende arbeid, forum for rusavhengige, og Psykiatrisk opplysningsfond.

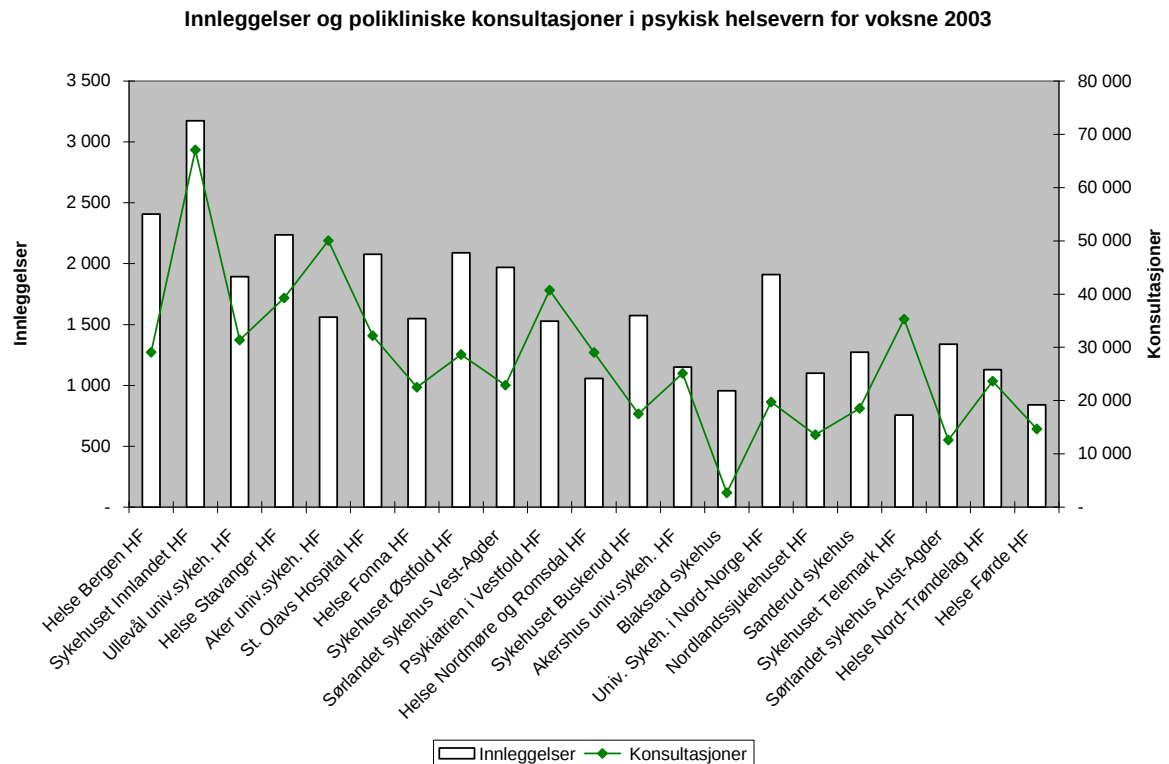
Klinikken driver kontinuerlig kompetanseheving, og det er personer med internasjonal forskningskompetanse som har sitt daglige virke i klinikken. Det gis et stort antall intern- og eksternutdanninger, blant annet i samarbeid med kommunene, med 3386 deltakere på 138 kursdager (deltakere 1 dag) i 2004, en økning på 36 % fra 2002. Familieskole, psykoseskole, barn av psykisk syke, dobbeltdiagnose, hvordan møte pårørende, individuell plan, etikkurs er eksempler på videreutdanningsopplegg som gis lokalt. Pasientopplæring og pårørendeopplæring er en ukentlig del av tilbudet. Det drives også fjernundervisning for etterutdanning over videokonferanse med deltakere fra våre DPS-er (Strand, Dalane) men også med deltakere fra studio andre steder i landet.

Klinikken setter i mars 2005 i drift en løpende pasienttilfredshetsundersøkelse, som skal være et fast kvalitetsverktøy i hele klinikken.

4.2 Noen nøkkeltall (Sintef 2003)

Figurene viser med noen nøkkeltall hvordan Psykiatrisk klinikk ser ut i forhold til tjenestetilbudet i psykiatrien i det norske landskapet. De viser langt fra hele bildet, men kan antyde noe om de utfordringer psykiatrien står overfor, i å skape et likeverdig tilbud over hele landet. Det vil være

ulike geografiske og organisatoriske løsninger, men også ulikheter i bemanningsprofiler og behandlingsprofiler.



Figur 2. Aktivitetsnivå i Psykiatrisk klinikk i absolutte tall, sammenliknet med landet

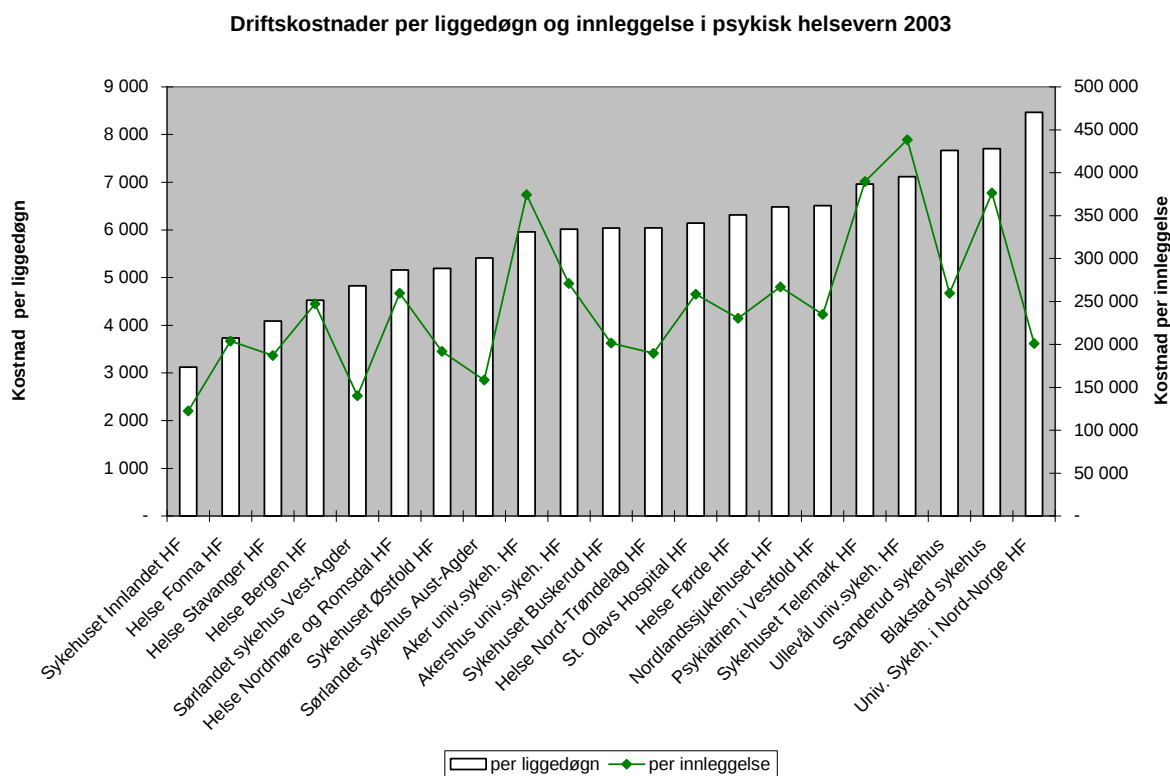
Psykiatrisk klinikk er et av landets største psykiatritilbud, og har en av landets 5 storbyer i sitt opptaksområde. Nedenfor illustreres at klinikken har en miljøfaktor (antall miljø- eller pleiepersonell dividert med antall pasienter i sengeposten) som er blant de 5 laveste i landet, mens behandlerfaktoren – antall leger, psykologer, kliniske sosionomer osv. dividert med antall pasienter i posten – er noe høyere.

Poliklinisk aktivitet har samlet økt fra ca 30.000 til 58.000 fra 2001 til 2004, og antall liggedøgn har blitt redusert fra 120.000 til 106.000 i samme periode. I poliklinikkene i voksenpsykiatrien har vi allerede nådd de veiledende normtall som Helse Vest har lagt opp for poliklinisk aktivitet.

Klinikken har de siste årene lagt stor vekt på å utvikle behandlingstilbudet til familier. Det er eller har vært i drift flerfamiliegrupper for familier som har en pasient med psykose, dobbeltdiagnose, rusavhengighet, affektive lidelser for til nå ca 200 familier. Det er ambulante tilbud i 13 av våre enheter, inkludert de psykiatriske ungdomsteamene og Barne- og ungdomspsykiatrien. I DPS-ene har i 2004 Sandnes DPS fått opp et fullverdig ambulant team ved omprioritering innen egne rammer. Slike tjenester skal også innføres i de andre DPS-ene.

Behandlerfaktor og pleiefaktor, også kalt miljøfaktor, har konsekvenser for kvaliteten, og for driftskostnader per behandlingsdøgn – jo flere ansatte, jo mer behandling kan gis til den enkelte pasient per dag – men kostnadene øker også. Nedenfor vises klinikkens kostnadsnivå. Klinikken har så godt som lavest kostnadsnivå i landet, regnet per liggedøgn. Dette har vært forholdet i over 10 år. Kostnader per innleggelse er et annet viktig nøkkeltall. Det er kostnadsnivået regnet ut per opphold – jo lengre oppholdet varer, jo dyrere pris. Gjennomsnittlig liggetid i 2003 var 49 døgn, når DPS og sikkerhetspost er inkludert. I de mest behandlingsintensive postene har 30% av pasientene i dag en gjennomsnittlig liggetid på inntil en uke, 30% på mellom 1 og 4 uker, og 3,6 % en gjennomsnittlig liggetid på over 3 måneder. Når det gjelder kostnader per innleggelse ligger

vi på et akseptabelt kostnadsnivå i forhold til andre klinikker, men det er et prioritert mål for klinikken å gi et bedre innhold til det enkelte pasientdøgn.

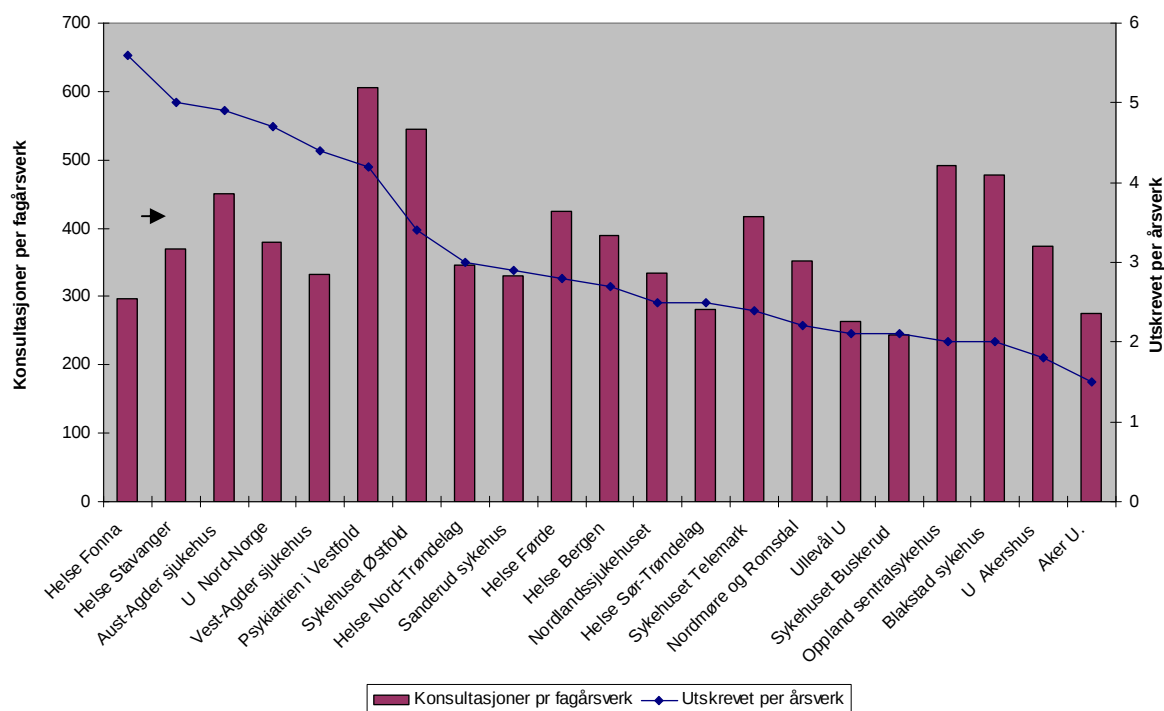


Figur 3. Driftskostnader i absolutte tall, Psykiatrisk klinikk, sammenliknet med landet. Kroner per liggedøgn og per innleggelse

En siste indikator på aktiviteten i klinikken er utskrevne pasienter per årsverk, og antall polikliniske konsultasjoner per fagårsverk. I 2004 økte antall konsultasjoner per fagårsverk til 422. Plantallene for voksenpsykiatrien ligger i 2005 på 500, i tråd med Helse Vests bestilling. Utenom Helse Fonna har klinikken flest utskrivninger per årsverk i landet. Dette viser at det er høy kvantitativ produktivitet i klinikken, men det sier ingen ting om kvaliteten på behandlingen.

Hver pasient som innlegges, har i gjennomsnitt hatt 5 innleggelser, med et middeltall på 2,5 (halvparten av pasientene har 2,5 eller færre innleggelser). Det skulle tyde på at det ikke er for stor grad av reinnleggelser. Dette må analyseres nærmere, og klinikken ser fram til at reinnleggelser skal bli en landsomfattende indikator på kvalitet i psykiatrien.

Produktivitetsmål i psykisk helsevern for voksne 2003



Figur 4. Refusjonsgivende polikliniske konsultasjoner per fagårsverk (behandler), og antall pasienter utskrevet per årsverk. I 2004 var det 422 konsultasjoner per fagårsverk.

4.3 Antall poliklinikkstillinger i dagens tilbud

Psykiatrisk klinikk har i dag 120,5 polikliniske stillinger fordelt på poliklinikker i Eigersund, Bryne (BUP), Sandnes, utedager i Gjesdal (BUP), Stavanger, Randaberg, Strand. Det er 13 ambulante tiltak i klinikken, noen av dem knyttet til spesialiserte tilbud. Når Jæren DPS regnes med, har vi i vårt opptaksområde 136,5 polikliniske stillinger. Det er også integrerte poliklinikkstillinger knyttet til sengeposter, og det er dessuten privatpraktiserende spesialister med og uten driftsavtale.

Dekningsgrad. Voksenpsykiatriske poliklinikker, Psykiatrisk klinikk SUS og Jæren DPS

Befolkning 18+: 214000			Dekningsgrad	
			Innbyggere/fagstilling	
			u/integrerte	m/ integrerte
Refusjonsberettigede fagstillinger	120,5	(m/integr 131)		
Psykiatrisk klinikk, SUS				
Jæren DPS	16		1567	1455
Til sammen Psykiatrisk klinikk/JDPS	136,5	(m/integr 147)		
Privatpraktiserende med driftsavtale	23,5	(m/integr 170,5)	1338	1223
Helse Vest	(tall per 2003)			
Til sammen	160			
Privatpraktiserende uten driftsavtale (forsiktig anslag)	25			
Tilsammen	185	(m/integr 195,5)	1157	1095

Helse Vests norm for poliklinikker er 1 fagstilling per 1500 innbyggere

Normtallet for polikliniske fagstillinger er 1500 innbyggere over 18 år per behandlerstilling. Vi legger til grunn at bemanningstallet allerede er høyere enn normtallet, med 1455 innbyggere per stilling, før de privatpraktiserende regnes med (i tallet er også poliklinisk arbeid i sengepostene regnet med – dvs integrerte polikliniske stillinger). Dermed er den polikliniske dekningen innenfor Helse Stavangers og JDPS' opptaksområde allerede innenfor den veiledende normen Helse Vests opptappingsplan beskriver.

4.4 Antall døgnplasser i dagens tilbud – videre utvikling

I dagens modell er det samlet i vårt opptaksområde 378 døgnplasser i sykehus og DPS-er til sammen. I den første Opptappingsplanen fra 1998 var det inkludert et mindre antall døgnplasser med sykehjemskvalitet, og samlet normtall var på ca 18 døgnplasser per 10.000 innbyggere over 18 år. I vårt opptaksområde har vi i dag ca 17,6 døgnplasser per 10.000 innbyggere over 18 år.

Det nye forslaget, som er veiledende for helseforetakene, har ca 15 døgnplasser per 10.000 innbyggere over 18 år, eller mellom 320 og 330 døgnplasser i vårt område.



Døgnplasser	Måltall i Opptappingsplanen	Døgnplasser 31.12.2004		Ny struktur 2008 min (maks) i SUS i Jæren DPS	
	SUS Jæren DPS	i SUS	i Jæren DPS		
DPS	101-120	257	48	134/138	36
Sykehus	193-201	73		161	
Sum		330	48	295/299	36
Sum SUS+ Inkl. Jæren DPS	323-331		378	331/335	

Som tabellen over viser, er det i dagens Psykiatrisk klinikk lagt svært liten vekt på spesialiserte døgnplasser, med 73 døgnplasser, mot et antall på mellom 190-200 i nasjonale, veiledende normtall.

I den nye strukturen vil en ikke greie å komme opp på et så høyt antall sykehussenger, på grunn av at sykehusbygget maksimum kan gi 173 døgnplasser – forutsatt at det bygges ny avdeling for ungdomspsykiatri i et felles BUP-prosjekt.

Vi har i planarbeidet tatt utgangspunkt i 161 samlet for døgnplasser for akutt- og spesialiserte funksjoner (sykehusfunksjoner), basert på tilgjengelige arealressurser i dag.

5 NY DPS-STRUKTUR I SØR-ROGALAND

5.1.1 Oppsummering

Prosjektgruppen foreslår en løsning med følgende DPS-er i sør-Rogaland:

- | | |
|------------------|---|
| • Dalane DPS | Eigersund, Lund, Sokndal, Bjerkreim |
| • Jæren NKS DPS | Hå, Klepp, Time |
| • Sandnes DPS | Sandnes, Gjesdal |
| • Hafrsfjord DPS | Sola, Hinna/Hillevåg bydeler i Stavanger |
| • Stavanger DPS | Bydelene Hundvåg/Storhaug, Tasta/Eiganes, Madla |
| • Ryfylke DPS | Forsand, Strand, Hjelmeland, Finnøy, Rennesøy, Randaberg, Kvitsøy |

Subsidiært foreslås at Stavanger og Ryfylke slås sammen til ett stort DPS, for eksempel ”Boknafjorden DPS”, med to geografisk seksjonerte avdelinger, Stavanger og Ryfylke.

Prosjektgruppen hadde som utgangspunkt i arbeidet at Strand psykiatriske senter skulle bestå som selvstendig DPS for de kommunene som lå i nærområdet, Strand, Forsand og Hjelmeland. I foreløpig drøftingsmøte med SH-direktoratet den 26.1.2005 ble dette frarådet, fordi det ville gi for lite opptaksområde. En modell som også tok med Finnøy og Rennesøy innenfor opptaksområdet, ble så foreslått i prosjektgruppen. Den fikk faglig støtte av aktuelle kommuner, men ble avvist fra Rennesøy og Finnøy kommuner av kommunikasjons hensyn. Den valgte modell, over, hvor også Randaberg og Kvitsøy med tilhørende sentra er med, er det kompromiss som best ivaretar de samlede innspill, av dem som ble drøftet i prosjektgruppen og med berørte kommuner.

Det vises for øvrig til Mental Helses eget forslag, som vedlegges. Under foreløpig avstemning i gruppen var det imidlertid flertall for modellen som her er prioritert på 1. plass, også hos brukerrepresentantene som deltok.

Det vises til punkt 5.2 for en gjennomgang av argumentene.

Konsekvenser av prosjektgruppens forslag:

- Alle DPS-områdene skal opprustes til fullverdige DPS-er med ambulante team som arbeider tett med kommunenes helse- og sosialtjenester. Alle DPS-ene vil etter hvert ha samlokalisering med psykiatriske ungdomsteam, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og ulike tilbud i primærhelsetjenesten.
- Randaberg, Rennesøy, Finnøy, Kvitsøy får ny DPS-tilhørighet i Ryfylke DPS. Innbyggerne i Ryfylke vil hovedsakelig få sine tilbud på Strand, mens Randaberg, Kvitsøy, Rennesøy og Finnøys befolkning vil hovedsakelig få sitt tilbud på Randaberg.
- Gjesdal får ny DPS-tilhørighet for sine døgntilbud i Sandnes DPS, hvor de i dag har poliklinisk tilbud. – Dette forutsetter drøfting mellom Gjesdal kommune, Jæren NKS DPS, Helse Vest og Helse Stavanger.
- Lassatjern og Lassahagen omgjøres i perioden til kommunale tilbud (forbehold om nybygg).
- Det bygges nybygg i Stavanger med lokaler til poliklinikk, ambulant team, dagtilbud og 50 døgnplasser for å sikre et enhetlig tilbud til Stavangers befolkning, for tre av bydelene. Dersom dette ikke kan realiseres av økonomiske grunner, foreslås et bygg med 30 døgnplasser, og at Lassahagen beholdes i spesialisthelsetjenesten.
- Før nybygg er ferdig, må Stavanger DPS få benytte noen plasser i Randaberg.
- Når nybygget i Sola er ferdig i 2006, vil Hillevåg/Hinna bydel få DPS-tjenester i Hafrsfjord DPS. Valg av bydel er etter ønske fra Stavanger. Før innflytting vil tjenestene gis i Stavanger DPS/Klokkergarden.

- Ny, permanent DPS-struktur etableres i løpet av 2005, med mindre justeringer for to bydeler i Stavanger, og for Sola og Gjesdal kommuner. Endringen for Sola og Gjesdal kommuner samt Hillevåg/Hinna bydel foreslås implementert samtidig når nybygget i Sola for Hafrsfjord DPS er ferdig (2006), av hensyn til Jæren DPS' planhorisont.

5.2. Gjennomgang av løsningen

5.2.1 Stavanger DPS og Ryfylke DPS: En drøfting vedrørende DPS-tilbudet til bydelene i Stavanger og nabokommunene

Prosjektgruppens forslag går ut på å dele kommuner og bydeler i og rundt Stavanger i to utfra en by/land-dimensjon. Forslaget oppsto som resultat av innspill fra praksiskonsulent ved Psykiatrisk klinikk og kommunelege i Finnøy, Eyvind Vestbø, som fikk bred støtte etter hvert som en veide fordeler og ulemper mot hverandre.

Som representant for en landkommune med utstrakt samarbeid med øvrige landkommuner i opptaksområdet la Vestbø frem en overbevisende argumentasjon for at distriktenes problemstillinger så vel som deres måter å løse problemene på, skiller seg sterkt fra Stavangers problematikk og måter å organisere og drive helse- og sosialtjenestene på.. Dette ble bekreftet fra Stavanger kommunes side, som i de to DPS-ene de er med i, ikke alltid har opplevd de felles møter med alle deltakerkommunene samlet som like relevant for dem.

Et DPS som skal løse storbyproblematikk i samarbeid med bydelers bestillerkontorer trenger annen kompetanse og arbeidsformer enn et DPS som forholder seg til kommuner med mulighet for tettere og mer omfattende kjennskap til ressurser i pasientens omgivelser og nettverk, og mer sammenvevde relasjoner mellom tjenesteytere og -mottakere. Med unntak av Randaberg er dette de minste kommunene i opptaksområdet; i dagens modell (2004) har vi lagt dem inn i vårt eneste storbyområde.

Distriktskommunenes innbyggere – også i Randaberg – har fortsatt i større grad familiemedlemmer i egen kommune, og flere langvarige relasjoner i egen kommune, enn bykommuner med høy grad av tilflytting, som Stavanger. Dette får konsekvenser for hvilke muligheter kommunehelsetjenesten har å spille på. Det ble hevdet at det her ligger et uløst potensial for å utnytte kommunenes ressurser i psykisk helsevern, som dagens organisering ikke har lagt grunnlag for å realisere.

Muligheten for at ny organisering skal kunne løse dette, ble sett på som et positivt bidrag, som krevde en særskilt drøfting av fordeler og ulemper.

Både ekstern ressursperson fra Sogn og Fjordane, representanten for Brukerutvalget i Helse Stavanger, Mental Helse (se eget vedlegg) og Stavanger kommunes representant i prosjektgruppen støttet Vestbøs resonnement. Det ble grundig drøftet, og en samlet prosjektgruppe slutter seg til denne premissen for inndelingen av Stavanger og kommunene rundt.

Prosjektgruppen konkluderer med at det er et enstemmig ønske om å rendyrke DPS-løsningen omkring Stavanger slik at distriktskommunene i Ryfylke og bydelene i Stavanger kunne få bedre tilpassede tjenester enn i dagens DPS-er.

Konsekvensene av dette ville bli større enn forutsatt da prosjektet ble planlagt. En så da for seg, i tråd med mandatet, en mindre justering av DPS-områdene på basis av dagens løsninger og ressurser. Det ble derfor nødvendig å undersøke om de berørte kommunene var enig i at dette

prinsippet skulle tillegges størst vekt, fremfor å slippe endringer i dagens struktur. Prosjektleder, sekretariatsleder og styringsgruppens leder avholdt møter 9.2. på Jørpeland med representanter for kommuneledelsen i Hjelmeland, Strand, Forsand, Finnøy og Rennesøy, og med Stavanger kommune. Prosjektleder hadde dagen etter møte med Randaberg kommune.

Det er et samlet ønske i Rennesøy, Finnøy, Forsand, Strand og Hjelmeland om å skille DPS-tilbudet til Stavanger-bydelene fra DPS-tilbudet til omkringliggende kommuner. Rennesøy, Finnøy og Randaberg forutsetter at en slik enhet har et tilbud i Randaberg psykiatriske senter for deres innbyggere, mens Hjelmeland, Strand, Forsand forutsetter at Strand psykiatriske senter fortsatt gir et tilbud i lokalsamfunnet, med et tilpasset antall døgnplasser, poliklinikk og ambulante tjenester. Dette løses enkelt ved å etablere en felles DPS, som har avdelinger i Randaberg og Strand. Alle kommunene ser for seg at det vil være enkelte tjenester hvor innbyggerne må reise til det andre senteret, men mener reisetiden ikke er et hinder, dersom hovedtyngden av tjenestene kan gis i det av sentrene som er nærmest.

Randaberg har en positiv holdning til denne løsningen, men opplever det heller ikke som så stort hinder å være knyttet til Stavanger DPS. Randaberg psykiatriske senter ses på som en viktig samarbeidspart for kommunen, som imidlertid også har hatt et stadig bedre samarbeid med Stavanger DPS' ledelse, selv om denne har vært etablert på sykehusområdet i byen.

Stavanger kommune får med en slik løsning ett DPS for de tre nordligste bydelsområdene, som utelukkende behøver forholde seg til Stavanger kommunes helse- og sosialtjenester. Dette er en modell som Stavanger kommune ønsker seg; primært hadde Stavanger ønsket å ha **alle** bydelene i Stavanger DPS, men aksepterer den planlagte modellen hvor Hillevåg/Hinna går til Hafrsfjord.

Så kan en reise spørsmålet om hvorfor ikke by-land-dimensjonen er like aktuell for Sola/Hillevåg/Hinna. For eksempel kan en hevde at Randaberg og Sola har lik befolkningsstruktur med ytre deler av Stavanger, og kan ses i sammenheng. Flere slike alternativer, med Sola og Randaberg inne i ett DPS, er også drøftet som modeller av prosjektgruppen, men de ga enten for høy dekning av samlede plasser, eller umulige kommunikasjoner for deler av opptaksområdet. De viste seg derfor å være uaktuelle.

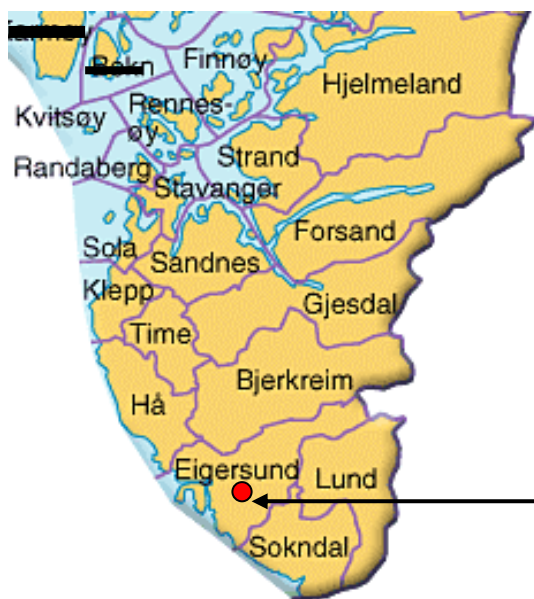
Oppsummering av fordeler/ulemper med å samle Stavanger-bydelene i én DPS, og nord-Jæren/Ryfylke og øyene i én DPS:

Fordeler	Ulemper
For Stavanger: Bydelenes helse- og sosialtjenester har full oppmerksomhet fra DPS-et. Bestillerkontorerne kjenner de ambulante tjenestene og døgnpostene godt, nær kontakt mellom botiltak i bydelene og samarbeidende døgnposter. Poliklinikk som kjenner bydelene og legetjenesten i bydelene, gode kontaktmønstre etableres med fastleger med lik type praksis.	
For landkommunene: Distriktskommunenes helse- og sosialtjenester har full oppmerksomhet fra DPS-et. Avd. Strand gir hovedsakelig tjenester til Forsand, Hjelmeland, Strand; Avd. Randaberg gir hovedsakelig tjenester til Randaberg, Kvitsøy, Rennesøy, Finnøy. Det betyr at sengepostene og de ambulante teamene vil ha tett kontakt med sine lokalsamfunn og fastlegene, tilhørende	Mindre størrelse i Ryfylke DPS (21400 innbyggere) og deling på to avdelinger gir mindre mulighet til faglig fellesskap, rekruttering? Vil kreve noe reising for leder, og noe for pasienter, ved eventuelle tilbud som bygges opp på bare en av avdelingene.

kommunale tjenester, nettverkene rundt pasientene og familiene deres.	
Strand, Forsand, Hjelmeland, Finnøy og Rennesøy har samarbeid om legevakt, helse- og sosialtjenester. Felles legebåt.	
Kommunikasjoner: Randaberg, Kvitsoy og Rennesøy har felles bygdeblad, rutebuss fra Rennesøy går gjennom Randaberg sentrum (der Randaberg psyk. senter ligger). Det er videokonferanseutstyr på Strand og kan etableres på Randaberg, for felles leder- og fagmøter.	De to sentrene, Strand og Randaberg, ligger en ferjetur (40 min) og 20 min. kjøring fra hverandre.
DPS-identiteten "Ryfylke" er lettere å kommunisere til befolkningen enn i dag, hvor Stavanger-bydeler og sengeposter ligger i DPS-et.	Randaberg-folk har relasjoner til byen, mer enn til Rennesøy, i siste 50 år.
To atskilte og fokuserte DPS-er for hhv by og land gir enheter som har lite administrativt forbruk av tid på ikke-relevante problemstillinger, både i DPS-et og i samarbeidende kommuner: nødvendige og tilstrekkelige problemstillinger for alle deltakere i flest mulige av arbeidsprosessene. Eksempel: rutiner for samarbeid om individuell plan er vesensforskjellige i småkommuner og storbyer.	I DPS-et kan det bli vanskelig å lage en enhet ut av to atskilte sentre (men lettere enn med to ulikeverdige sentre, hvis Strand er alene i samarbeid med enhet i Stavanger, som i dag.)

5.3.1 Dalane DPS

Dalane DPS



Kommuner:

Eigersund, Bjerkreim, Lund, Sokndal

Innbyggere >18 år: 16.500

Lokalisert:

Eigersund
Ambulant team, poliklinikk, PUT, kommunale omsorgsboliger.
14 døgnplasser inkl. kriseplasser, 10 dagplasser.
Samlokalisert med BUP poliklinikk, PUT, kommunale omsorgsboliger.

Døgnplasser: 14 (19 i 2005)

Dekningsfaktor (norm 6 døgnplasser per 10.000 innbyggere over 18 år): 8,5

Pleiefaktor 2008: 1,7

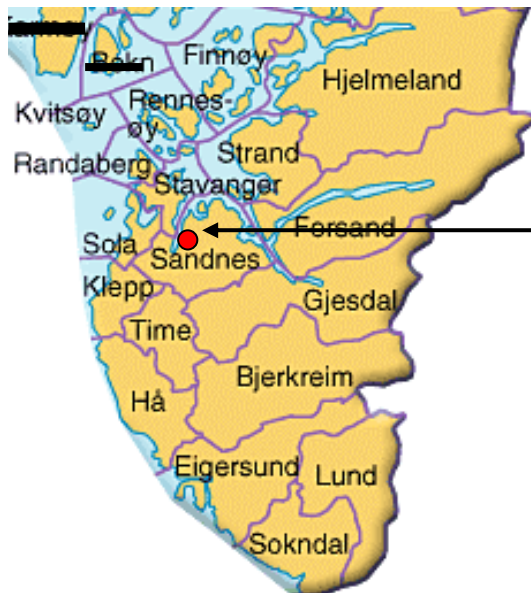
Behandlerfaktor 2008: 0,3

Dalane DPS består av dagens døgntilbud i sykehusbygget i Eigersund, med tilhørende poliklinikk. DPS-et skal gi ambulante tjenester i tett samarbeid med kommunene Eigersund, Bjerkreim, Sokndal og Lund. Det får et opptaksområde på 16502 innbyggere. Det foreslås at antallet døgnplasser reduseres fra 19 til 14 fram mot 2008. Dette vil gi en dekningsfaktor på 8,5. Prosjektgruppen tar utgangspunkt i at sengeposter med 14 plasser er kostnadseffektive enheter.

Dalane DPS har til nå hatt samarbeid med Jæren DPS for lokalsykehusfunksjoner. Siden Jæren DPS ikke tar akuttinnleggelser etter kl. 1500, er det likevel en rekke ganger pasientene må helt til Stavanger. På samarbeidsmøte med kommunene i regi av Helse Stavanger parallelt med prosjektgruppens arbeid, kom det fra Eigersund fram at det ikke var lett å forholde seg til tre enheter, både Dalane, Jæren DPS og sykehuset.

5.3.2. Sandnes DPS

Sandnes DPS

**Kommuner:**

Sandnes, Gjesdal

Innbyggere >18 år: 47 493

Lokalisert: Sandnes: Vågen og Varatun

Ambulant team, poliklinikk, gruppetilbud
30 døgnplasser inkl. kriseplasser, 10 dagplasser.
Samlokalisert med BUP poliklinikk, PUT og Mobilt innsatsteam.

Døgnplasser: 30

Dekningsfaktor (norm 6 døgnplasser per 10.000 innbyggere over 18 år): 6,3

Pleiefaktor 2008: 1,7

Behandlerfaktor 2008: 0,3

Sandnes DPS skal gi ambulante tjenester i tett samarbeid med kommunene Sandnes og Gjesdal. Det får et opptaksområde på 47493 innbyggere. DPS-et består av dagens døgntilbud i Vågen i Sandnes sentrum, og dag- og døgnplasser på Varatun. Antallet døgnplasser må ses i sammenheng med om dekningsområdet skal ha med seg Gjesdal, se nedenfor. 30 døgnplasser med Gjesdal inkludert vil gi en dekningsfaktor på 6,3.

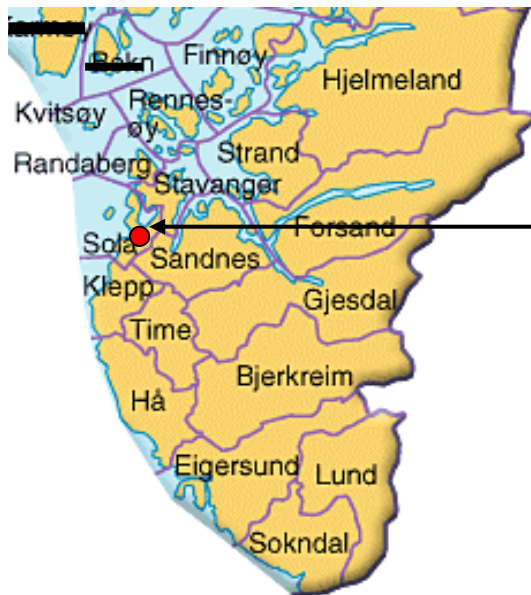
Varatun psykiatriske senter og poliklinikken er lokalisert sentralt i Sandnes, og det er kort vei mellom dem. Poliklinikken er samlokalisert med Psykiatriske ungdomsteam, Mobilt innsatsteam, BUP-poliklinikk, allmennlegetjenester, og er nær helsestasjon for barn og unge.

Sandnes DPS har hittil ikke hatt ansvar for Gjesdal, som inngår i Jæren DPS' opptaksområde for døgnplasser. Poliklinikken i Vågen har imidlertid Gjesdal-pasienter. Prosjektgruppen legger til grunn at saken drøftes med berørte parter.

Dersom Gjesdal kommune ikke blir inkludert, blir det 41.000 innbyggere i opptaksområdet.

5.3.3 Hafrsfjord DPS

Hafrsfjord DPS

**Kommuner:**

Sola

Bydel i Stavanger (Hinna/Hillevåg)

Innbyggere >18 år: 34 800

Lokalisert: Sola

Ambulant team, poliklinikk, gruppetilbud, 30 døgnplasser, 10 dagplasser

Døgnplasser: 30

Dekningsfaktor (norm 6 døgnplasser per 10.000 innbyggere over 18 år): 8,6

Planlagt med 30 døgnplasser for å ta høyde for betydelig utbygging i nedslagsfeltet.

Pleiefaktor 2008: 1,7

Behandlerfaktor 2008: 0.3

Hafrsfjord DPS skal gi ambulante tjenester, poliklinikk, dag- og døgntilbud. Det skal bygges i Sola kommune og skal stå ferdig i juli 2006.

DPS-et planlegges med 30 døgnplasser. Klokkegården med 40 døgnplasser avvikles. Hafrsfjord DPS skal dekke Sola og Stavanger kommuner (Hinna og Hillevåg bydel). Opptaksområdet som Hafrsfjord DPS skal dekke i Stavanger kommune, er i utgangspunktet foreslått av kommunen selv.

Opptaksområdet har 35.000 innbyggere 18 år og over, men det er store utbygginger i områdene Forus, Skadberg og Jåsund, slik at forventet dekningsgrad vil være nærmere veiledende normtall i 2010. Det er i dag ingen spesialisttjenester i psykiatri i Sola kommune, utover eventuelle privatpraktiserende.

5.3.4 Ryfylke DPS

Ryfylke DPS

**Kommuner:**

Strand, Forsand, Hjelmeland, Rennesøy, Finnøy, Randaberg, Kvitsøy

Innbyggere >18 år: 21 400

Lokalisert: Strand og Randaberg

Strand: 14 døgnplasser inkl
kriseplasser, 10 dagplasser.

Randaberg: 18 døgnplasser,
redusert til 18 til sammen i 2008
2 ambulante team, 2 poliklinikker,
gruppetilbud.

Døgnplasser: 14-18

**Dekningsfaktor (norm 6
døgnplasser per 10.000**

innbyggere over 18 år): 6,6 - 8,4

Pleiefaktor 2008: 1,7

Behandlerfaktor 2008: 0,3

Ryfylke DPS skal bestå av to avdelinger, Avdeling Strand og Avdeling Randaberg. DPS-et vil ha 21300 innbyggere, og det planlegges i 2008 å ha 14 -18 døgnplasser, med en dekningsgrad på 6,6 – 8,4. Det vil i tillegg vurderes om det skal tilbys plasser med fokus på rus-/dobbeltdiagnose, knyttet til samarbeid med Duedalen i Ryfylke, eller finnes samarbeidsmodeller i de to sentrene med kommunelinjetjenesten.

Det etableres ambulant team i begge avdelinger, i samarbeid med kommunehelsetjenesten, og dagens poliklinikk skal gis permanente lokaler. Begge steder har allerede poliklinikk for voksen, Strand med utekontordager for PUT. Det vil tilbys polikliniske tjenester innen for eksempel alderspsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Strand har det geografiske nedslagsfeltet som er kommunikasjonsmessig den største utfordringen, mht avstandene i Hjelmeland kommune. Prosjektgruppen mener det er viktig å beholde et fullt utbygd DPS-tilbud her.

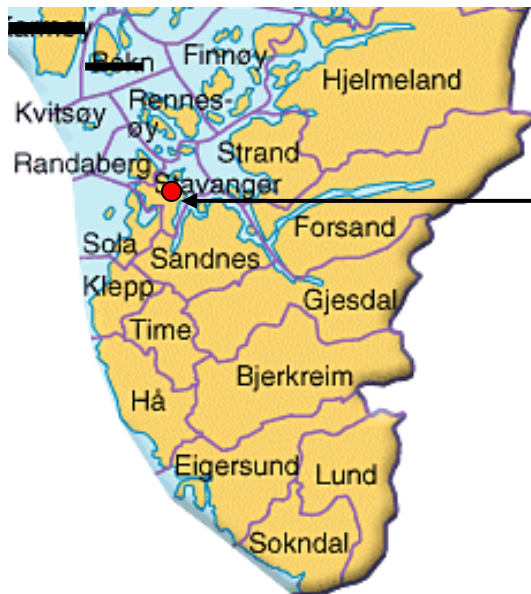
Randaberg har etablert gruppepoliklinikk og er i ferd med å utvikle de polikliniske tjenestene.

DPS-et vil ha en ledelsesmessig utfordring med å være lokalisert på to plasser, men vil ha videokonferansestudio til rådighet for faglig og administrativt samarbeid.

Begge avdelingene skal arbeide spesielt nært med de omkringliggende kommunene. Fram til Stavanger DPS har fått nybygg, må det gode samarbeidet mellom Randaberg og Stavanger videreføres.

5.3.5 Stavanger DPS

Stavanger DPS

**Kommuner:**

Stavanger

Innbyggere >18 år: 64 100

Lokalisert: Stavanger (Stort nybygg, evt. lite nybygg + Lassahagen)

Ambulant team, poliklinikk, gruppetilbud.
50 døgnplasser inkl. kriseplasser,
10 dagplasser.

Døgnplasser: 50

**Dekningsfaktor (norm 6
døgnplasser per 10.000
innbyggere over 18 år): 7,8**

Pleiefaktor 2008: 1,7

Behandlerfaktor 2008: 0,3

Stavanger DPS etableres i eksisterende bygg på Lassahagen og Lassatjern, og må benytte en del plasser i Klokkergarden (til det legges ned) og i Randaberg til nybygg i Stavanger er bygd. Prosjektgruppens forslag er raskt å bygge et nytt DPS med 30 plasser i Stavanger, som kan utvides til 50 plasser. Gruppen vil anbefale at det bygges nybygg identisk med Hafrsfjord DPS, med 30 plasser i 1. byggetrinn, som utvides til 50 plasser.

Dette vil gi optimale forhold for Stavangers befolkning og for de tre bydelene som DPS-et skal dekke.

5.3.6 Jæren NKS DPS

Tilbudet i Jæren NKS DPS ligger ikke innenfor mandatet. Jæren DPS ble bare vurdert som del av det totale tilbudet i opptaksområdet, hvor det spesialiserte sykehustilbudet skal gis likt til alle DPS-ene.

Gjesdal kommunes tilhørighet forutsettes drøftet mellom NKS, Gjesdal kommune, Helse Vest, Gjesdal kommune og Helse Stavanger.

I dag gis Gjesdal-befolkningen poliklinisk tilbud i Sandnes, og døgntilbud på Bryne.

5.4 Modell 1

Stavanger DPS	Ryfylke DPS	Hafrsfjord DPS	Sandnes DPS	Dalane DPS	Jæren DPS
Nybygg /eksisterende bygg	Strand Randaberg	Nytt Sola	Varatun	Dalane	Jæren DPS
50	14	30	30	14	
Stavanger u. Hi/Hi	Strand Forsand Hjelmeland Rennesøy Finnøy Randaberg Kvitsøy	Sola Hinna/Hillevåg	Sandnes Gjesdal	Eigersund Lund Bjerkreim Sokndal	Time Hå Klepp
7,8 64160	6,6 21351	8,6 34814	6,3 47493	8,5 16501	30454

Prosjektgruppen anbefaler modell 1 som sin førsteprioritet. Det har også vært vurdert å slå sammen Stavanger DPS og Ryfylke DPS til ett DPS (modell 2). Prosjektgruppen mener dette blir en for stor enhet, som ikke kan etablere den samme grad av nærhet til kommunene og befolkningen som alternativet i modell 1. Det er grundig argumentert for dette i avsnitt 5.2.1.

Bygningsmessige løsninger for Stavanger DPS vises i vedlegg 3.

Modell 2

Boknafjorden DPS	Hafrsfjord DPS	Sandnes DPS	Dalane DPS	Jæren DPS
Nybygg/eksisterende bygg	Nybygg	Varatun	Dalane	Jæren DPS
60	30	30	14	
Stavanger u.HH Randaberg Kvitsøy Strand Forsand Hjelmeland Rennesøy Finnøy	Sola Hillevåg/Hinna	Sandnes Gjesdal	Eigersund Lund Bjerkreim Sokndal	Time Hå Klepp
7,0 85511	8,6 34814	6,3 47493	8,5 16501	30454

5.5 Plan for perioden fram mot 2008: iverksetting av DPS-strukturen

Prosjektgruppen har vurdert fremdriften i iverksettingen av ny struktur. Fra endelig godkjenning til gjennomføring må det gjennomføres en partssammensatt prosess i forhold til de ansatte, som vil bli berørt i betydelige omfang. Mange ansatte vil få ny plassering i organisasjonen, ny ledelse, og vil måtte arbeide under endrede faglige føringer. Spesialiserte avdelinger må bemannes utifra medarbeidernes kompetanse i spesialområdet, og interesse for dette. Det blir en utfordring å finne gode måter å gjennomføre dette på, slik at både DPS-enes og spesialavdelingenes kompetansebehov dekkes, og de enkelte ansattes interesser i størst mulig grad ivaretas, til beste for pasientene.

I 2005 vil det bli en mindre reduksjon av antall døgnplasser. Det enkelte DPS må fortsette dialogen med kommuner som har pasienter som har langtidsopphold og kan utskrives til tilpasset tilbud. Det er også i gang planer for et interkommunalt samarbeidsprosjekt i Hå, som dersom det blir etablert, vil lette denne prosessen i betydelig grad.

Strukturen vedtas i 2005 for hele opptaksområdet og implementeres som beskrevet nedenfor.

Dalane DPS er et eget DPS. Av hensyn til de ansatte på Klokkergarden, som er inne i en omfattende omstillingsprosess, bør de forbli i Dalane DPS inntil Klokkergarden legges ned og nytt Hafrsfjord DPS er på plass. Sandnes-pasienter på Klokkergården overføres til Sandnes DPS så snart det er mulig av hensyn til pasienter som er under behandling, og i samarbeid med kommunen

Sandnes DPS får anledning til å fullføre den igangsatte omstillingen til ambulant arbeid i en av sengepostene. Antall plasser må vurderes i forhold til om Gjesdal skal være inne i opptaksområdet. Varatuns ombygningsplan fullføres med lokaler til dagtilbud, behandlerkontorer og gruppetilbud.

Stavanger DPS etableres med Lassahagen, Lassatjern og plasser fra Klokkergarden fra 1.9. Det etableres ambulant team med Opptrappingsmidler 2005. Lassahagens ombyggingsplaner fullføres, for å få plass til behandlerkontorer, dagtilbud og ambulant team.

I 2007 bygges nybygg for poliklinikk, ambulant tilbud og gruppetilbud, og 30 døgnplasser/10 dagplasser så sentralt som mulig i Stavanger. Det benyttes samme tegninger og planer som for Hafrsfjord DPS. Så snart en kan få avklart finansiering og tomt, kan bygging igangsettes. Dersom det blir anledning til et nybygg i Stavanger i 2007, ville det være belastende å flytte poliklinikken på Våland to ganger i løpet av en toårsperiode. Dette må derfor avklares så snart som mulig. Primært bør poliklinikken etableres i leide lokaler nær Lassahagen, eller sentralt i byen.

Strukturen skal være ferdig implementert når Hafrsfjord DPS er ferdig.

6. OPPGAVEFORDELING MELLOM SYKEHUS OG DPS

De distriktpsikiatriske sentrene skal stå i et nært samspill med kommunenes helse- og sosialtjenester, og skal utgjøre spesialisthelsetjenestenes hovedkontaktflate mot kommunene. De allmennpsykiatriske polikliniske tjenestene legges til DPS-ene, og sammen med DPS-enes ambulante tjenester skal de understøtte de kommunale tjenestene, og sikre en lav terskel inn i spesialisthelsetjenestene for disse. Kontinuiteten i behandlingstilbudet skal ligge her.

I den grad pasientens tilstand eller andre forhold gjør det nødvendig, skal DPS-er og kommuner benytte det spesialiserte tjenestetilbudet på sykehuset.

jjoh

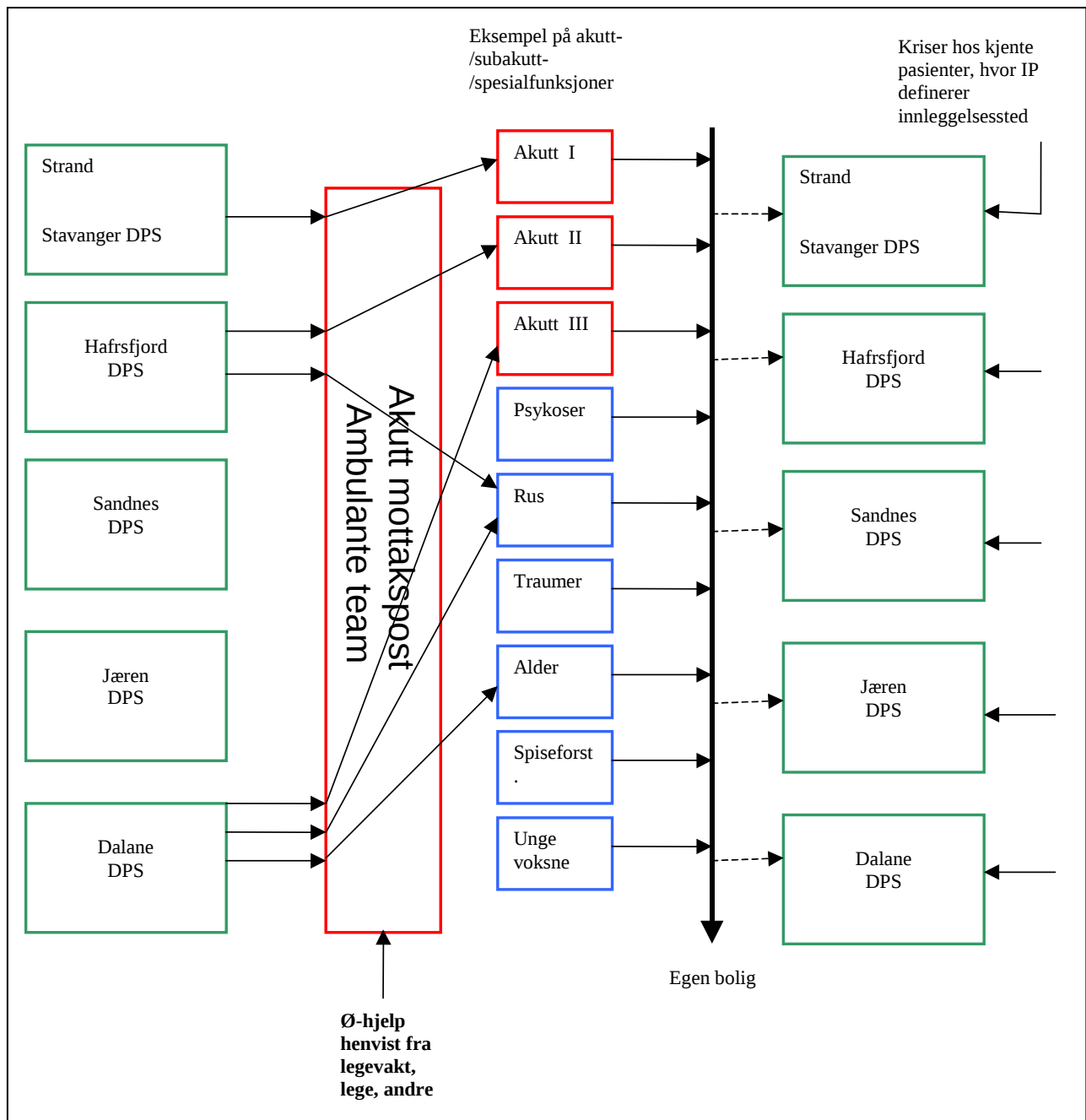
Inntil DPS-ene er fullt bemannet, skal som hovedregel førstegangsinnleggelser gå til sykehusets spesialiserte avdelinger, mens pasienter som har en individuell plan skal, etter avtale, ha sitt tilbud om innleggelse fortrinnsvis ved DPS-ene.

DPS-ene kan etter nærmere vurdering legge pasienter direkte inn i sykehusets spesialiserte avdelinger, mens øyeblikkelig hjelp-innleggelser fra primærlege, legevakt eller kommunehelse-tjenesten i hovedsak vil gå via mottaksposten.

Det ambulante teamet i mottaksposten vil kunne vurdere om det er nødvendig å komme til posten for vurdering. For pasienter med utagering, suicidalitet eller annen uklar eller alvorlig akutt tilstand, er det imidlertid vesentlig å ha akutt mottaksposts høye kompetanse og trygge omgivelser.

Spesialpostene skal, i de tilfellene pasientene har behov for det, overføre pasientene til DPS for videre oppfølging inn mot de kommunalt baserte tjenestene.

Pasientflyt er forsøkt illustrert i figur 5



Pasientflytmodell i den nye strukturen.

Figur 5

7. FAGLIG SELVSTENDIG LEDELSE

6.1 Dagens ledelsesordning

I dagens organisasjonsplan for Psykiatrisk klinikk - gjeldende fra 01.01.04 – er en del fagstillinger gitt et overordnet faglig og koordinerende ansvar for alle fire DPS-er, som en overgangsordning. Dette ansvar er konkretisert til følgende:

- En av seksjons-/avdelingsoverlegene, benevnt avdelingsoverlege/avdelingsoverlege 1 og lokalisert i Stavanger, skal i en overgangsperiode på 2 år ha et overordnet faglig og koordinerende ansvar for allmennpsykiatrien innen bl.a. følgende områder: pasientflyt, vaktordning, overføring av behandlerressurser ved uenighet/hast, ansvar for å ivareta de faglige krav til klinikken som undervisningsinstitusjon m.h.t. allmennpsykiatrien.

- En av de fire ledende psykologene skal i en overgangsperiode på 2 år ha funksjon som sjefspsykolog og ha det faglige og koordinerende ansvar og psykologfagets utvikling i DPS-ene, med særskilt ansvar for utvikling av psykologrollen i DPS-ene.
- En av de fire ledende sosionomene skal i en overgangsperiode på 2 år ha funksjon som ledende sosionom 1 med et overordnet ansvar for utformingen av sosionomoppgavene i DPS-ene.
- En av de fire ledende miljøterapeutene skal i en overgangsperiode på 2 år ha et overordnet ansvar for utformingen av miljøterapien i DPS-ene.

6.2 Forslag til ny ordning av faglig selvstendig ledelse

Prosjektgruppen har konstatert at departementet anser ordningen med de såkalte ”1-er-stillingene” å kunne bryte med Rundskriv I-24/99 fra Sosial- og helsedepartementet om Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006 hvor det slås fast at et distriktpsikiatrisk senter skal være:

”en faglig selvstendig enhet som har ansvar for en vesentlig del av de allmennpsykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde”.

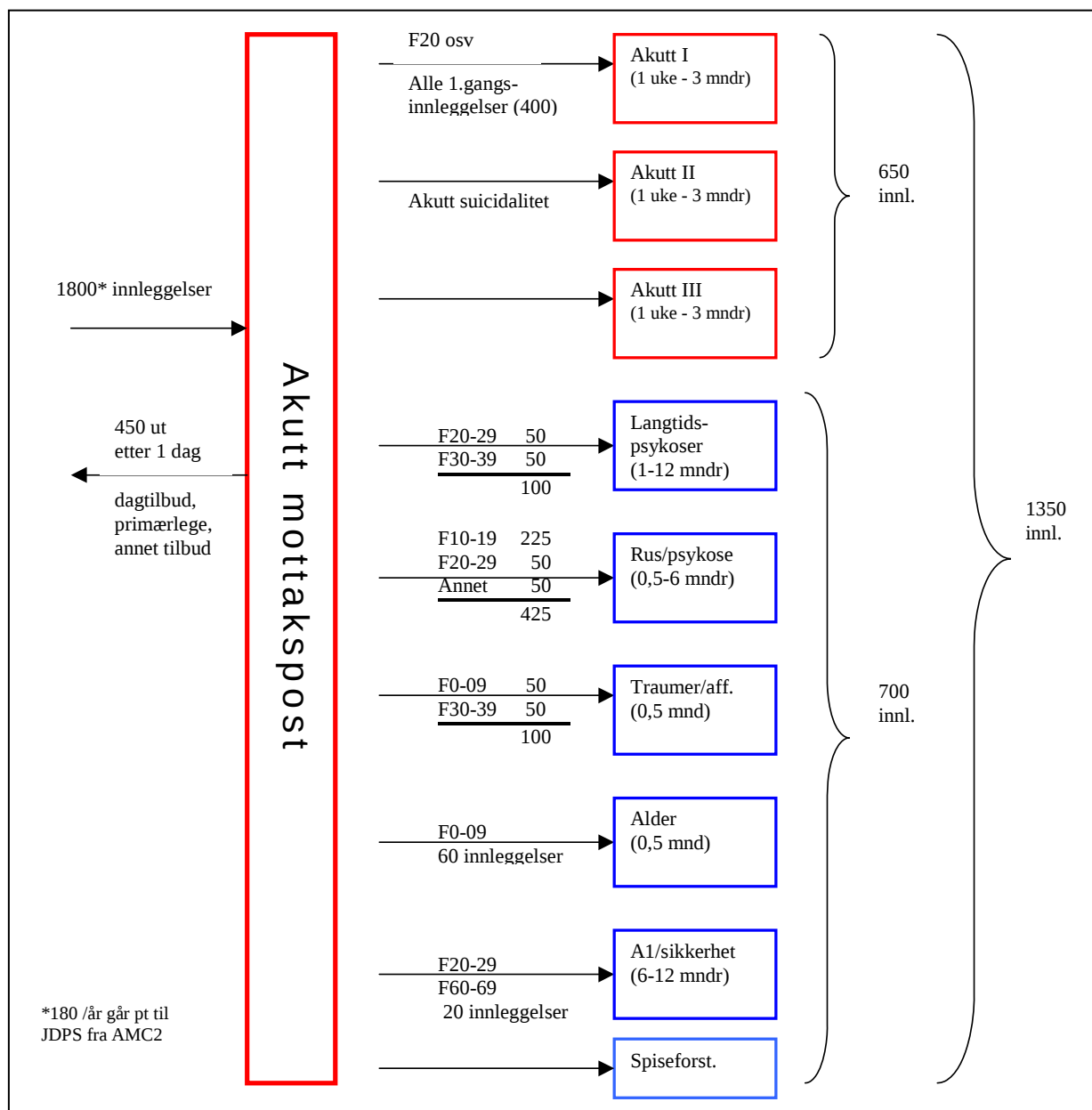
Prosjektgruppen foreslår derfor at någjeldende ordning med de såkalte ”1-er-stillinger” som koordinerer alle DPS-ene, blir avvirket.

8. VURDERING OG FORSLAG TIL UTFORMING AV DET SPESIALISERTE SYKEHUSTILBUDET

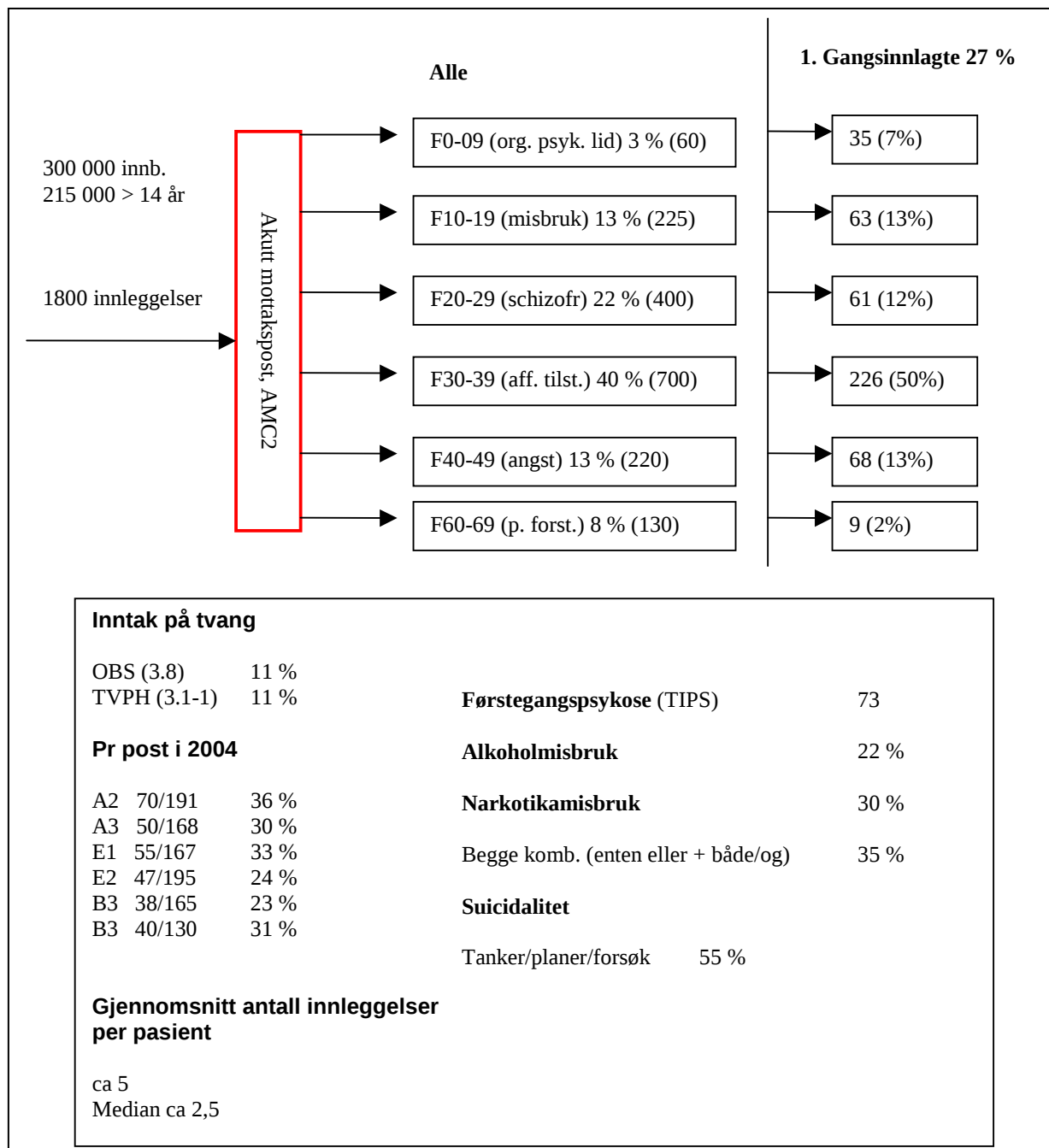
Prosjektgruppen har hatt omfattende diskusjoner om omfang og innhold i det spesialiserte tjenestetilbudet på sykehusnivå. Der er enighet om at en etablerer 6 nye spesialposter. Tre av disse får akutt/subakuttfunksjoner, tre får oppgaver i forhold til pasienter av ulike diagnostiske kategorier, samt funksjonsnivå..

Mental Helse har i prosjektgruppen foreslått at akuttmottaket legges ned, at Seksjon Unge voksne og engelsvoll legges inn i DPS-ene. Det vises til vedlegg 6.

Prosjektgruppen mener det er nødvendig å bruke mer tid på å konkludere om hva som er vitenskapsbaserte måter å tilby spesialtilbud på i psykiatrien. Hovedtrekkene i funksjonsdelingen bør være som illustrert i figur 6 og figur 7. Etter en faglig og partssammensatt prosess i klinikken vil adm. dir. i helseforetaket konkludere om organiseringen av de spesialiserte tjenestene.



Figur 6 Modell for analyse av pasientstrøm, etter diagnose og antall innleggelser



Figur 7 Diagnosefordeling i Psykiatrisk klinikk, på poster, 1. gangsinnleggelser, se forklaring i teksten. Alderspsykiatrisk sengepost får også en rekke pasienter henvist direkte.

Eksempler på hovedstruktur: En post vil for eksempel kunne få oppgaver i forhold til pasienter med langvarig psykoseproblematikk (i hovedsak schizofreni og schizofreninære tilstander) med behov for langvarig, aktiv behandling og omfattende støttetiltak. En post vil få et hovedansvar for rus og psykoseproblematikk, i f eks kombinasjon med personlighetsforstyrrelser. Den tredje posten vil få oppgaver i forhold til hardt traumatiserte pasienter (f eks med fremmedkulturell bakgrunn), affektive tilstander (stemningslidelser).

Liggetid for de ulike postene, også subakuttpostene, er forsøkt illustrert i figur 6 og 8. For å få effektiv utnyttelse av en slik spesialisering, blir akutt mottaksposts rolle viktigere. En vil også styrke akutt mottakspost med en utvidelse av den ambulante virksomheten som i dag drives via TIPS-teamet, slik at en får etablert døgnåpne ambulante tjenester som kan understøtte f eks

kommunal legevakt på utredning, diagnostisering og hjemmebasert behandling, også i helgene, der hvor pasientens tilstand gir mulighet for det.

Liggetid

	1 uke	1-4 uker	1-3 måneder	> 3 måneder	Samlet
A2	93	94	28	8	225
A3	76	67	27	11	181
B2	54	76	29	5	196
B3	67	80	26	8	209
E1	45	77	37	6	194
E2	79	90	37	6	220
	414	484	184	44	1225

Figur 8 Dagens DPS-poster som tar hovedtyngden av nyinnleggelser i DPS.

I løpet av de snart 4 årene akutt mottakspost har eksistert, har ca 7000 pasienter blitt henvist for vurdering/innleggelse. Av disse er ca 30 %, eller 2100, førstegangsinnleggelser. Halvparten av pasientene har opptil 2,5 innleggelser (median). 55% av pasientene har aktiv suicidalproblematikk som henvisningsgrunn/ del av henvisningsgrunn (tanker/planer/handling). Ca 35% har pågående rusmisbruk (22% alkohol, 30% narkotika, 35% enten/eller + både-og).

Ca 27% henvises for tvangsinnleggelse, og ca 22% tas imot til enten tvungen observasjon (11%) eller tvungent psykisk helsevern (11%).

Diagnosebildet er også vist i figur 7. Schizofreni og alvorlige affektive tilstander (manisk-depressive) utgjør over 60% av diagnosene.

Tilstandsbildet til de som henvises er samlet sett preget av alvorlige psykiske lidelser, med tilhørende suicidalproblematikk og ofte i kombinasjon med alvorlig og pågående rusmisbruk. De aller fleste har behov for innleggelse for videre utredning og behandling. 25 % av de henviste blir ferdig vurdert i løpet av ett døgn, og henvises til andre tilbud, som hastetime i poliklinikk, primærlege, sosialtjenester osv.

Akutt mottakspost representerer et lavterskel utrednings- og vurderingstilbud av høy kvalitet. De andre postene skjermes for akuttinnleggelser utenom vanlig arbeidstid, og blir i stand til å planlegge sin virksomhet i større grad. Både pasienter og ansatte rapporterer om større grad av ro i avdelingene. Uro smitter, og vi får et gunstigere behandlingsmiljø og –atmosfære.

Erfaringene er entydig positive, og i samsvar med erfaringene fra Danmark, hvor denne modellen er hentet fra ”psykiatrisk skadestue”. I Danmark er en slik avdeling lovpålagt i alle amt. Fra de 7000 henviste har vi kun mottatt en håndfull klager, og da har klagen oftest kommet fra pårørende som er utilfreds med at pasienten ikke er blitt tatt imot på tvang, og overført til frivillig innleggelse, med det resultat at pasienten har skrevet seg ut.

Ved etablering av døgnåpne ambulante tjenester vil en vinne erfaring med hvorvidt noen av pasientene kan få den nødvendige utredning og oppfølging i sin hjemmesituasjon, og derigjennom unngå innleggelse. Klinikken har allerede i dag som en uttalt målsetting at

terskelen for å søke hjelp skal senkes ytterligere. Per i dag kan pasienter/pårørende /lærere osv henvise direkte der det er mistanke om psykoseutvikling hos unge.

De tre subakutt-postene skal ha en liggetid på inntil en måned, tilpasset pasientens behov. En analyse av pasientflyten viser at det med klinikkens store antall innleggelser, bør tre poster ha subakutt-funksjoner. Et særlig ansvar for disse postene vil være førstegangsinnleggelser, ca 5-600 innleggelser per år.

Et mindre antall plasser vil føre til overbelegg, fordi disse er de eneste postene som ikke kan si nei til å motta pasienter. Spesialpostene skal i større grad kunne skjerme sitt behandlingsmiljø fra nyinnleggelser, når det er fullt. Dette gir best behandlingsresultater, ifølge faglitteraturen.

Seksjon unge voksne er klinikkens spesialenhet for utredning og behandling av alvorlige psykiske lidelser (psykoser og psykosensære tilstander) hos unge i aldersgruppen 18-24 (16-30). Enheten er utviklet fra opprinnelig å ha vært et langtidsrehabiliteringstilbud (med landets første ambulerende team) for eldre langtidspasienter som skulle tilbakeføres fra psykiatrisk sykehus, til å bli en spesialisert, forskningsbasert avdeling med spesialkompetanse innrettet mot de helt unge med nydiagnostisert alvorlig sinnslidelse (psykoselidelse). Avdelingen samarbeider via TIPS og TOPP (Tidlig oppdagelse av prepsykose) med tilsvarende avdelinger/miljøer internasjonalt.

Det er i flere land (Bl a Australia, England, Sverige, Sveits og Canada) opprettet tilsvarende egne behandlingstilbud for denne målgruppen, bl a ut fra en erkjennelse om at dagens behandlingsmetoder ikke gir gode nok resultater. Metodeutvikling og kompetanseoppbygging er derfor en sentral, og integrert del av virksomheten til Seksjon unge voksne. Utviklingen av slike tilbud er i tråd med evidensbasert helsetjenesteutvikling, hvor Seksjon unge voksne er del av et internasjonalt spisskompetansemiljø.

Engelsvoll psykiatriske senter søkes utviklet i samme retning, med målgruppen alvorlig psykisk lidelse hos unge, med et betydelig rusproblem, og skal særlig betjene sørlige deler av Jæren.

Alle spesialpostene skal betjene alle DPS-ene i opptaksområdet.

Alle postene/spesialavdelingene må ha nær kontakt med kommunene og DPSene allerede fra første dags innleggelse, for å kunne forberede den videre prosessen – for de pasientene som skal ha individuell plan med støtte fra kommunehelsetjenesten.

Psykiatrisk klinikk vil etter dette ha følgende spesialiserte avdelinger eller funksjoner: Barne- og ungdomspsykiatri, Seksjon unge voksne, Spiseforstyrrelser, Gruppepoliklinikk I (spiseforstyrrelser, traumer etc), Gruppepoliklinikk II (sosial ferdighetstrening langvarige psykosetilstander), Alderspsykiatri, Familiepoliklinikk, Tjenester for personer med psykisk utviklingshemning (MIT), Rusrelatert psykiatri (PUT/Eikely), Sikkerhetspsykiatri, Langtidpsykiatri (ny psykoseavdeling), Rus/psykiatri (ny spesialavdeling), Traumer/Affektive tilstander/Personlighetsforstyrrelser (ny spesialavdeling).

Se også organisasjonskartet i 4.1. for beskrivelse av dagens tilbud.

9. VURDERING OG FORSLAG TIL DEKNING AV BEHOVET FOR NYE PLAGGER TIL PERSONER SOM DØMMES TIL PSYKIATRISK BEHANDLING

I mandatets punkt 8 er prosjektgruppen bedt om å vurdere hvordan man kan dekke behovet for nye plasser til personer som blir dømt til psykiatrisk behandling. Basert på erfaringene fra 2004, vil denne pasientgruppen ventelig utgjøre 8-12 nye pasienter pr. år. Gjennomsnittlig oppholdstid er foreløpig vanskelig å anslå, men et forventet døgnplassforbruk på ca. 8-10 plasser pr. år synes realistisk. I henhold til Helse- og omsorgsdepartementets vurdering må dette behovet ivaretas uten at det etableres en ny døgnavdeling for disse pasientene.

Prosjektgruppen foreslår at 2 av sykehuspostene i fellesskap tillegges hovedansvaret for å ta seg av **særlig** ressurskrevende/farlige/utagerende pasienter (også voksne som har psykisk utviklingshemning og/eller en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse). Dette er dels pasienter som det erfaringsmessig kreves spesiell kompetanse både for å utrede og behandle, både miljøterapeutisk og med andre behandlingsformer. Dels kreves det spesiell kompetanse i lov- og regelverk, fordi pasientene ofte også faller inn under annet regelverk enn psykisk helsevernloven eller de faller inn under annet lov- og regelverk i tillegg til psykisk helsevernloven.

Noen av de pasientene det her gjelder, vil det være naturlig å ta et nokså langvarig/varig ansvar for, for eksempel helt til de eventuelt kan overføres til kommunalt omsorgsnivå. Når pasientene er stabilisert og opplegget rundt dem er klart på plass, må imidlertid også slike pasienter kunne ha mulighet til å bli søkt overflyttet til DPS.

10. KONSEKVENSER AV FORSLAGENE M.H.T. PERSONELL, DRIFTS-ØKONOMI OG INVESTERINGER

10.1. Personell

En undergruppe har arbeidet med tallmateriale for å vurdere konsekvensene for bemanningsbehovet ved å styrke DPS-ene i tråd med de veiledende normtall i Helse Vests regionale plan. For å kunne gi aktiv behandling i DPS har prosjektgruppen valgt å legge seg på en miljø -og behandlerfaktor som er midtveis i normtallet, med den påpekning av at DPS som ligger langt unna andre fagressurser, trenger å ha en høyere bemanningsfaktor, av hensyn til sikkerhet og faglig kvalitet.

Prosjektgruppen foreslår at det blir en gradvis nedskalering av antallet døgnplasser, i takt med oppbygging av ambulante tjenester i DPS-ene og etablering av tettere samarbeid med kommunene.

Ved beregning av bemanningsfaktor for DPS-ene har en tatt utgangspunkt i samme standard bemanningsfaktor i døgnposter som øvrige DPS-er i Helse Vest, jfr. den regionale opptrappingsplanens normtall for såkalt miljøfaktor (1,5-2,0 sykepleiere/vernepleiere/hjelpepleier/miljøterapeuter), og behandlerfaktor (0,25-0,35 behandlere (psykiatere/psykologspesialister, psykologer, leger, kliniske sosionomer, m.v) per døgnplass. Med den store tilstrømmingen til poliklinikkene må en etablering av ytterligere polikliniske tjenester i form av f eks ambulante team, reflektere en tilsvarende lavere bemanningsfaktor rundt de sengebaserte tjenestene.

Når antall døgnplasser reduseres, er det med på å finansiere en høyere bemanningsfaktor for postene. Men det dekker likevel ikke fulle kostnader ved styrkingen.

Prosjektgruppen anbefaler et snitt på 1,7 i miljøfaktor og 0,3 i behandlerfaktor. Det vil bety at DPS-ene må tilføres 42 miljøstillinger og 32 behandlerstillinger til døgnbehandlingstilbudet. Dette skal også dekke dagtilbud og nye ambulante team.

For spesialavdelingene er det mer komplisert, siden det avhenger av den enkelte type spesialenhet hvor stor bemanning som kreves. Bemanningen på de aktuelle sengepostene er i dag 1,5. Med en faktor på 2,5 (sikkerhetsavdelinger har 4) er det behov for å tilføre de seks postene 84 nye miljøstillinger. Det kreves imidlertid en faglig utredning om hver enkelt post for å konkretisere dette i detalj; det er ikke sikkert at alle postene trenger så høy faktor. Se vedlagte oversikt med modellberegninger over stillinger, vedlegg 5.

Det er nødvendig med en tilførsel av behandlerressurser til DPS-ene, for å øke kvaliteten i behandlingstilbudet på sengepostene der, inkludert de ambulante teamen. Miljøterapi-ressurser til både DPS og spesialavdelinger må økes så raskt som mulig, med prioritet i DPS-ene. Det forutsettes at ambulante tilbud er etablert, før plasstallet reduseres.

10.2. Driftsøkonomi

Det har ikke vært tid til å beregne samlede kostnader av dette og sammenlikne det med tidligere beregninger i Opptrappingsplanen. Det er likevel grunn til å tro at denne modellen har en lavere driftskostnad enn tidligere planer. Der lå som nevnt inne helt nye enheter, som nå er lagt inn i sykehusstilbudet. Blant annet er samlet antall døgnplasser i Psykiatrisk klinikk redusert med 30 – 35.

Det grunnlagsmaterialet som gis i denne rapporten, er ikke nok gjennomarbeidet til å kunne gi et fullgodt svar på økonomiske konsekvenser av planen, så prosjektgruppen antar dette må videre bearbejdes. Imidlertid er det en del av de tiltak som i opprinnelig plan både krevde egne bygg og egne døgnplasser, som nå er løst og inkorporeres i dette dokumentet.

Videre prioritering av Opptrappingsplanens midler for voksenpsykiatri vil benyttes til å gjennomføre denne styrkingen. Flere av de tidligere planlagte nye enhetene er nå inkludert i denne modellen, og det vil redusere foretakets samlede finansieringsbehov fra Opptrappingsplanen.

10.3. Investeringer

Oversikt over kostnader forbundet med ombygning av sentrene til DPS. Det vises til detaljert oppsett i vedlegg 3.

Senter	Kontorer	Kostnader
Randaberg	2	100 000
Dalane	4	250 000
Strand	7	3 200 000
Varatun	6 + ombygg av loft (dagtilbud)	450 000 + 3 000 000
Lassahagen	6 + 4 (dagtilbud)	5 000 000
I alt		12 000 000

Bygging av nytt DPS i Stavanger er en vesentlig betingelse for å få til en fullgod DPS i Stavanger. Prosjektgruppen har lagt til grunn at kostnadene ved nybygg i Stavanger forutsettes å finansieres gjennom øremerkede midler i Opptrappingsplanen.

VEDLEGG 1

PROSJEKTORGANISASJON

I samråd med Helse Vest RHF etablerte Helse Stavanger HF følgende prosjektorganisasjon:

STYRINGSGRUPPE

1. Gunnar Hall Skavoll, adm. direktør Helse Stavanger HF, leder
2. Inger Kari Nerheim, klinikkdirektør Psykiatrisk klinikk, Helse Stavanger HF, leder pr. gr.
3. Hans Stenby, plansjef Helse Vest RHF
4. Gisela Böhlhoff-Henriksen, Den norske lægeforening
5. Jan Terje Omdal, Fagforbundet
6. Tore Kopren, fung. kommunikasjonsrådgiver Helse Stavanger HF, sekretær

PROSJEKTGRUPPE

1. Inger Kari Nerheim, klinikkdirektør Psykiatrisk klinikk
2. Rolf Haaland, leder av Sandnes DPS
3. Anne Sofie Dahle, styrer Lassahagen psykiatriske senter
4. Terje Houeland, avdelingsdirektør Spesialavdeling voksne
5. Karin Røyseland Jordal, leder av Ryfylke DPS
6. Karin Smedvig, seksjonsleder Akuttmottak C 2 (AMC2)
7. Randi Mobæk, avdelingsdirektør Avdeling for rusrelatert psykiatri
8. Jan Olav Johannessen, sjeflege Psykiatrisk klinikk
9. Olaug Trøan, sjefpsykolog, seksjon Unge Voksne (SUV), Spesialavdeling voksne
10. Håkan Nordin, ledende psykolog, Sandnes DPS
11. Lars Tjemsland, postoverlege E2, Stavanger DPS
12. Møyfrid Løvbrekke, leder av Dalane DPS
13. Sigbjørn Ånestad, postoverlege A3, Ryfylke DPS
14. Jan Terje Omdal, Fagforbundet, Eikely, Avdeling for rusrelatert psykiatri
15. Gisela Böhlhoff-Henriksen, Dnlf, AMC2, Spesialavdeling voksne
16. Anne-Tove Øydna, NPF, B2, Sandnes DPS
17. Kari Marie Pedersen, FO, Eiketun, Spesialavdeling voksne
18. Synnøve Grønnestad, NSF, poliklinikken Stavanger ungdom, BUPA
19. Birgit Vasvik, HVO, sengepost B1, Spesialavdeling voksne

Sekretariat: Arild Johansen, seniorrådgiver Avd. for fag- og foretaksutvikling, Helse Stavanger HF og Lillian Vindelbo Olavesen, sekretær Psykiatrisk klinikk, Helse Stavanger HF.

EKSTERNE RESSURSER

Trond Aarre, Nordfjord psykiatrisenter
Praksiskonsulent Else Brit Strassegger, kommunelege i Klepp
Praksiskonsulent Eivind Vestbø, kommunelege Finnøy
Erling Jahn, Mental Helse Norge
Eilert Hjørnevik, Mental Helse Sør Vest
Torill Horpestad, vara, Mental Helse Sør Vest
Jeanette Skaland, fylkessekretær FFO Rogaland, leder av Brukerutvalget i Helse Stavanger HF
Hans Stenby, plansjef Helse Vest RHF