

PROSJEKTRAPPORT

30.06.2022

**Utredning av døgnpost som er godkjent for
innleggelse etter Lov om etablering og
gjennomføring av psykisk helsevern (LPHV)
§§ 3.2 og 3.3.**





Innhold

Sammendrag	4
Ordliste/forkortelser	6
1. Innledning	7
1.1 Hensikten med prosjektet	7
1.2 Føringer for prosjektet	8
1.3 Konsepter	8
2. Prosjektprosessen	8
2.1 Organisering	9
2.2 Arbeidsform og arbeidsprosess	9
2.3 Sentrale problemstillinger	10
3. Faktagrunnlag	11
3.1 Transport	14
4. Konsepter	15
Alternativ 2: opprettelse av en lukket akuttavdeling, som også opererer som akuttavdeling for ungdom 16-18 år	16
Alternativ 3: Opprettelse av en lukket akuttavdeling, som også kan behandle spesifikke pasientgrupper som i dag ivaretas i spesialavdelinger.	17
Alternativ 4: en kombinasjon av alternativ 2 og 3	19
Alternativ 1: Opprettelse av en ren lukket akuttavdeling for voksne	20
Dimensjonering	20
Bemanning	27
Prosjektgruppas anbefalinger oppsummert	31
5. Konsekvenser og utfordringer	32
5.1 Rekruttering	32
Miljøpersonell	34
Psykologer og psykologspesialister	35
Leger	36
5.2 Økonomiske forhold	38
Transport	39
Vaktordning	39
Utgifter	40



Økonomi oppsummert	41
5.3 ROS	41
5.4 Risikobildet ved de ulike lokalisasjonene	47
Sandnessjøen	47
Mosjøen	49
Mo i Rana	50
5.5 Nullalternativet.....	52
6. Kilder	53
Vedlegg 1: Uttalelse fra Prehospitale tjenester	
Vedlegg 2: Bekymringsmelding leger på Helgeland	
Vedlegg 3: ROS-analyse	
Vedlegg 4: Uttalelse fra kontrollkommissjonen	



Sammendrag

Helgelandssykehuset har i dag ikke lukket akuttpost i eget foretak. Alle pasienter som trenger innleggelse på akuttavdeling blir i dag sendt til NLSH i Bodø. Hensikten med dette prosjektet er å utrede grunnlaget for å opprette en lukket psykiatrisk akuttavdeling på Helgeland, og se på hva som må til for å kunne gjennomføre dette.

I 2021 var det 236 akuttinnleggelser ved NLSH fra Helgeland, med 2617 liggedøgn totalt. Det er store variasjoner i antall innleggelser og liggedøgn, og travle og rolige perioder samvarierer mellom akuttavdeling, krise-/akuttinnleggelser og ordinære innleggelser på Helgeland. Psykoselidelser og stemningslidelser er de to største diagnosegruppene blant pasientene som legges inn.

Ventetid på transport har tidligere vært en stor utfordring. Nå går mesteparten av transporten fra Nord-Helgeland via bilambulanse. Det gir kortere ventetid på transport, men det tar fortsatt flere timer før pasienten ankommer avdelingen. Det gir også betydelige kostnader, AML-brudd, belaster beredskapen for både ambulanse og politi, og all kjøringen skaper mye CO₂-utslipp. Transporter fra Sør-Helgeland går fortsatt med ambulansefly, og det kan være ventetid på dette. Lange transporter og lang avstand til akuttavdelingen gir en avstand til familie og det lokale hjelpeapparatet for alvorlig syke pasienter.

Prosjektgruppen anbefaler ikke at det opprettes en avdeling som også tar imot ungdom 16-18 år ved en akuttavdeling som også ivaretar voksne akuttpasienter av juridiske hensyn.

De tre største spesifikke pasientgrupper som i dag ivaretas i spesialavdelinger er psykose, spiseforstyrrelser og alderspsykiatri. Felles for disse pasientgruppene er at det er få pasienter i året som legges inn ved NLSH fra Helgeland, at hver pasient trenger mange innleggelsesdøgn i avdeling og at det trenger særskilt kompetanse for å behandle disse tilstandene, noe NLSH har bygd opp over år. Lange innleggelser er vanskelig å kombinere på en god måte med drift av en akuttavdeling, og prosjektgruppa anbefaler derfor ikke at dette gjøres innenfor rammene av en akuttavdeling. Men vi anbefaler å se på muligheter for å videreutvikle tilbud til disse pasientgruppene innenfor rammene av sykehusets andre døgnposter.

Dersom Helgelandssykehuset velger å opprette en fullverdig akuttavdeling i eget helseforetak, er prosjektgruppas anbefalinger at denne avdelingen dimensjoneres med 10 vanlige senger, 2 fullverdige skjermede enheter, og 2 rom som fleksibelt kan brukes som skjermede enheter og vanlige rom. Vi anbefaler at avdelingen offisielt er dimensjonert med 12 senger, og bemannes deretter. Vi anbefaler at det ansettes 2 overleger, 2 lis3, 1 psykologspesialist, 1 psykolog, 2/3 LIS1, der den tredje kan jobbe i annen avdeling ved samme lokalisasjon og en miljødekning på 9 + 6 + 4. For at denne bemanningen skal være forsvarlig, er det en forutsetning at akuttavdelingen er samlokalisert med en annen døgnavdeling, og vi anbefaler grundig opplæring i håndtering av akutte situasjoner, vold og aggresjon til både til ansatte i akuttavdelingen og i samlokalisert avdeling.

Rekruttering er mulig, men det er krevende. Jo høyere kvalifikasjoner og spesialisering vi ønsker oss fra framtidige arbeidstagere, desto vanskeligere er de å rekruttere. Det er noen forskjeller mellom lokalisasjonene, men det er utfordringer ved alle lokalisasjonene. Den største utfordringen når det gjelder rekruttering, vil bli å rekruttere nok leger til å få en stabil vaktordning 24-7.



Der er noe usikkerhet knyttet til nøyaktig sum vi kan forvente i bevilgninger fra Helse Nord dersom Helgelandssykehuset velger å opprette en lukket akuttavdeling i eget helseforetak. Tallene er både avhengig av aktivitet og behov, og hele ordningen som er i dag må revurderes. Helse Nord sier selv at vi kan regne med å få minst 25 millioner i året. Det å drive en akuttavdeling ut fra de anbefalingene som prosjektgruppa har kommet med, vil koste omtrent 29 millioner bare i lønnsutgifter. Kostnader til utvidet vaktordning kan dettes av eksisterende vaktbudsjett. Bevilgningene for akutfunksjon vil ikke alene være tilstrekkelig for å drive en akuttavdeling. Vi anbefaler å se på muligheten for å flytte på ressurser internt, samt bygge opp behandlingsmulighetene i sykehusets andre avdelinger slik at vi totalt sett kan behandle flere av pasientene fra Helgeland som i dag får behandling ved NLSH.

Prosjektgruppen har gjennomført en ROS-analyse for å kartlegge viktige momenter og risiko knyttet til en evt opprettelse av en lukket akuttavdeling på Helgeland. Å dimensjonere avdelingen med 14 senger ga høyere risiko enn å dimensjonere med 12 senger. Lokalisasjonsuavhengig er det høy risiko knyttet til det å ha tilstrekkelige ressurser til stede for å etablere en stabil vaktordning, og vi ser også en risiko for at det å etablere en vaktordning 24/7 kan påvirke andre avdelinger ved samme lokalisasjon. Vi anser det som svært viktig å ha tilstrekkelige støttefunksjoner rundt avdeling, og det er høy risiko generelt sett knyttet til rekruttering. Vi har definert flere viktige punkter og potensielle risikomomenter knyttet til tilgang på somatisk kompetanse, og det er viktig med tilstrekkelige tiltak for å sørge for at de som ansettes får den kompetansen de trenger for å kunne jobbe i en akuttavdeling.

Ut i fra dagens struktur og tilgjengelige ressurser er det en svært høy risiko knyttet til å etablere en akuttavdeling i Sandnesjøen. Dette er særlig knyttet til to punkter: det er i dag ikke en etablert døgnavdeling i Sandnessjøen som man kan samlokalisere en akuttavdeling med, og det er i dag få leger som jobber ved andre avdelinger som kan delta i vakt.

Mosjøen har i dag tilstrekkelige støttefunksjoner for en samlokalisering, noe som gir en noe lavere risiko sammenlignet med Sandnessjøen ved en etablering av en akuttavdeling. Det er noe høyere risiko knyttet til tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse sammenlignet med de to andre lokalisasjonene. Det er betydelig risiko knyttet til rekruttering av personell til avdelingen. Den største risikoen ved etablering av en akuttavdeling i Mosjøen, er rekruttering av personell til vaktordning. Det er i dag få leger som jobber ved andre avdelinger som kan gå vakt, noe som gir en svært høy risiko knyttet til dette.

Mo i Rana har i dag flere leger ansatt enn de andre to lokalisasjonene, noe som gir en betydelig lavere risiko knyttet til etablering av vaktordning og rekruttering av leger til vaktordning. En utvidet vaktordning vil dog kreve en større del av arbeidskapasiteten til legene, og det er sammenlignet med de andre lokalisasjonene større risiko for at dette kan påvirke de andre avdelingene ved samme lokalisasjon negativt. Det er lav risiko knyttet til tilgang på somatiske tjenester. Den største risikoen vil være knyttet til rekruttering av personell til å jobbe i akuttavdelingen.

Nullalternativet innebærer å ikke gjøre noen endringer i forhold til dagens organisering. Det er mindre risiko knyttet til status quo enn til endringer. Nullalternativet innebærer også at Helgelandssykehuset går glipp av en mulighet til å utvikle seg. Det vil være klart bedre for både pasienter og fagmiljøet på Helgeland å ha en akuttavdeling lokalt i eget Helseforetak. Men det vil kreve mye å opprette denne. Kontrollkommisjonen støtter opprettelsen av en lokal akuttavdeling.



Ordliste/forkortelser

AAT – ambulant akutt team

AMK – akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

DPS – distriktpsikiatrisk senter

LIS – Lege I Spesialisering

NLSH – Nordlandssykehuset

Refp – Regional enhet for psykoser

RESSP - Regional enhet for spiseforstyrrelser

TSB - Tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser



1. Innledning

Helgelandssykehuset er ett av to foretak i Norge som ikke har lukket akuttpost i eget foretak. Pasienter fra Helgeland som trenger innleggelse i lukket akuttpost ivaretas i dag av Nordlandssykehuset, Psykisk Helsevern og rus i Bodø. Avstandene er lange på Helgeland, i likhet med Finnmark. Fra Brønnøysund til Bodø er det 470 km, med en kjøretid på ca 6,5 timer. En etablering av en egen akuttpost på Helgeland i regi av Helgelandssykehuset, vil føre til kortere reisetid for befolkningen uavhengig av hvor den lokaliseres.

En etablering av egen akuttpost på Helgeland vil også føre til kortere avstander for pårørende og det lokale behandlingsapparatet. Når det oppstår et behov for akutt psykiatrisk innleggelse, vil det vanligvis være forbundet med en alvorlig tilstand eller dyp personlig krise. I slike situasjoner vil tilgangen på pårørende og/eller nært nettverk, være sentralt for å klare å motta adekvat helsehjelp. Tilgjengeligheten til pårørende vil være negativt påvirket av lange reiseavstander. I en slik alvorlig tilstand eller dyp personlig krise, vil ventetid og transport være en del av den helhetlige opplevelsen som pasienten selv, pårørende og lokalt hjelpeapparat får.

I forbindelse med både alvorlige tilstander og dype kriser, vil det ofte være nyttig for pasientens helhetlige behandling at det etableres et samarbeid mellom ulike nivåer og etater i hjelpeapparatet. En lokal akuttavdeling vil ha bedre forutsetning for å etablere et tettere samarbeid med lokale behandlingstiltak, noe som vil komme både pasienter og pårørende til gode.

Nordlandssykehuset leverer i dag akutte tjenester av tilstrekkelig faglig kvalitet. For pasient, pårørende og til dels også resten av hjelpeapparatet, vil innholdet i den tjenesten som gis ikke bare omfatte innholdet i helsehjelpen som gis mens pasienten er innlagt. En må også inkludere transport til og fra avdeling, samt kontakt med pårørende og lokalt hjelpeapparat i dette. Det innebærer at tjenester med samme faglige kvalitet levert med kortere ventetid og transporttid, vil oppleves som et bedre tilbud av både pasienter og pårørende.

1.1 Hensikten med prosjektet

Visjonen til Nye Helgelandssykehuset er å skape Norges beste lokalsykehus på Helgeland fundert på verdiane kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. Disse verdiene skal prege måten sykehuset møter pasienter, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere. Ved å se på muligheter for å bygge opp lokale tjenester som er nærmere pasienten, pårørende og resten av hjelpeapparatet, ser en også på muligheten til å ivareta både pasienter og pårørende på en tryggere måte. Det at en eventuell akuttavdeling vil være fysisk nærmere vil gjøre det lettere å samarbeide med pårørende og hjemkommuner, noe som er viktig både i forhold til kvalitet, respekt og ikke minst lagspill.

Hensikten med prosjektet er å utrede grunnlaget for å opprette en lukket psykiatrisk akuttavdeling, og se på hva som må til for å kunne gjennomføre dette. Prosjektgruppen skal komme med en anbefaling til styringsgruppen om en lukket psykiatrisk akuttavdeling bør etableres i Helgelandssykehuset.



1.2 Føringer for prosjektet

Arbeidsgruppe 5 psykisk helse og rus har i 2017 utredet muligheten for etablering av akuttpsykiatrisk post i Helgelandssykehuset. Denne utredningen er ferdigstilt og så mest på tallmaterialer, ikke på hva som må til for å opprette en akuttpost. I 2019 ble det organisert en prosjektgruppe for å komme med en anbefaling om modell for organisering av vaktberedskap innen psykisk helse og TSB gjennom døgnet. Begge disse arbeidene er ferdigstilte, og vaktberedskap ble opprettet i første omgang fram til 23:00 på hverdager, og fra 12:00 til 20:00 i helger. TSB jobber for tiden med å vurdere/utvikle sine akutte tjenester.

I forhold til Nye Helgelandssykehuset, vil behov for tilgang på somatiske tjenester være en del av utredningen i dette prosjektet. Utenom dette vurderes dette prosjektet ikke å ha en direkte sammenheng med prosjektet Nye Helgelandssykehuset, og det vurderes ikke å være behov for et direkte samarbeid med det prosjektet. Det er ikke identifisert sammenheng med andre pågående prosjekter i Helgelandssykehuset.

1.3 Konsepter

Følgende konsepter er vurdert i prosjektarbeidet:

Vurdere konsekvenser ved å ikke gjøre endringer: null-alternativet

Alternativ 1: Opprettelse av en ren lukket akuttavdeling for voksne

Alternativ 2: opprettelse av en lukket akuttavdeling, som også opererer som akuttavdeling for ungdom 16-18 år

Alternativ 3: Opprettelse av en lukket akuttavdeling, som også kan behandle spesifikke pasientgrupper som i dag ivaretas i spesialavdelinger.

Alternativ 4: en kombinasjon av alternativ 2 og 3, dvs opprettelse av en lukket akuttavdeling som både opererer som akuttavdeling for ungdom 16-18 år, og som kan behandle spesifikke pasientgrupper som i dag ivaretas i spesialavdelinger.

2. Prosjektprosessen

Prosjektleder ble ansatt og prosjektgruppen startet sitt arbeid i januar 2022. Styringsgruppa vedtok endringer i mandatet til prosjektgruppa 14.03.22. Det ble da presisert at prosjektgruppa skal beskrive hva som må til for å etablere beskrevne avdeling i hhv Mosjøen, Sandnessjøen og Mo i Rana, og at prosjektgruppen ikke skal komme med en anbefaling i forhold til lokalisering. Det ble også lagt til to nye punkter i mandatet:

- I rapporten skal prosjektet beskrive de transportutfordringene som er i dagen modell. Samt at dette tas med i den totale vurderingen av en evt opprettelse av egen avdeling i Helgelandssykehuset.
- De økonomiske forholdene ved en evt flytting av tilbudet skal beskrives i gruppas rapport.

2.1 Organisering

Prosjekteier: Rune Holm

Styringsgruppe:

- Rune Holm, Klinikksjef PHR
- Børge Nordås, Områdesjef Mosjøen
- Anikken Aaseng, Områdesjef Mo i Rana
- Gunnar Holmvik, Områdesjef Ytre Helgeland
- HTV Norsk psykologforening
- Ija Nilsen, brukerrepresentant
- Samhandlingsavd

Leder av utredning/prosjektleder: Stina Rognhaug

Prosjektgruppe:

- Stina Rognhaug, Psykologspesialist, Prosjektleder
- Håvard Nilsen, Psykologspesialist, Psykologfaglig rådgiver
- Barbro Kvandal, Avdelingsleder Døgn Mosjøen
- Ingebjørg Dahl Olafsen, psykiater, VOP Mo i Rana
- Kine Nordnes, LIS 3, VOP Sandnessjøen
- Olav Kristiansen, Psykiater, VOP Sandnessjøen og Brønnøysund
- Andreas Bjørn, Avdelingsleder AAT
- Frode Berg, Kommuneoverlege Rana kommune
- Jørgen Pedersen, Kommuneoverlege Leirfjord kommune
- Klinikken HVO: Hanne Teigland Nilsskog
- Sekretær: Anne-Grete Langseth

Prosjektleder har i tillegg hatt kontakt og dialog med klinikksjef for psykisk helse og rus i Nordlandssykehuset, Hedda Soløy Nilsen, leder for døgnavdelingen i Mo i Rana Ole Konrad Thomassen, leder ved Rusavdelingen Mo i Rana Morten Forslund, Seksjonsleder ved Akutt Døgn, Psyk.klinikk i Helse Førde Roger Lundekvam, kontrollkommisjonen, prehospitale tjenester, ulike personer internt i Helgelandssykehuset inkludert HR og prehospitale tjenester og Helse Nord. Det har blitt bedt om en skriftlig uttalelse fra overlegeforum, prehospitale tjenester og politiet. Prosjektleder har besøkt akuttpostene ved AHUS, Ullevål Universitetssykehus, Levanger og Namsos og hatt dialog med ledere og spesialister der. Prosjektgruppen har besøkt akuttavdelingene ved NLSH, og hatt dialog med ledere og spesialister der, og HVO i gruppen har hatt direkte kontakt med verneombud ved flere av de avdelingene som har blitt besøkt.

2.2 Arbeidsform og arbeidsprosess

Prosjektgruppen har hatt regelmessige digitale møter med fokus på avgjørelser som gjøres underveis samt avklare hvilken type informasjon vi ønsker oss og hvem som vi ønsker kontakt med. Prosjektleder har hovedsakelig hentet inn ønsket informasjon og lagt dette fram for prosjektgruppen. Unntak er spørsmål om somatikk, hvor legene i prosjektgruppa har sett på dette sammen, samt besøk til Nord-Trøndelag og Nordlandssykehuset, hvor flere medlemmer av prosjektgruppa har vært med. Hele prosjektgruppen har hatt mulighet til å være med på alle besøk som har vært gjennomført, men av praktiske årsaker reiste prosjektleder alene til alle stedene utenom NLSH, dit



reiste 4 representanter fra gruppa. Informasjon har blitt sendt ut skriftlig mellom møtene og også delt muntlig i gjennomførte møter. Prosjektgruppen avsluttet sin prosess med en ROS-analyse av gjennomførbarheten av prosjektet. Det ble hentet inn ekstern kompetanse ift gjennomføring av ROS-analyser fra Sigurd Finne ved Helgelandssykehuset.

Styringsgruppen har hatt digitale møter med prosjektleder i forbindelse med planlagte milepæler.

Det har i tillegg blitt hentet inn bakgrunnsinformasjon og statistikk internt fra Helgelandssykehuset og fra NLSH, informasjon fra Helse Nord om økonomiske forhold, og informasjon fra prehospitale tjenester, overlegeforum, politiet og somatiske enheter vedrørende transportmessige utfordringer ved dagens modell.

2.3 Sentrale problemstillinger

I tillegg til å vurdere konseptene, har gruppen identifisert flere problemstillinger som har måttet blitt belyst eller tas beslutninger om. Disse var:

- Dimensjonering av en akuttavdeling på Helgeland
- Bemanning av en akuttavdeling på Helgeland
- Hvilke utfordringer som ligger i det å etablere en akuttavdeling i Helgelandssykehuset uavhengig av lokalisasjon på Helgeland
- Hvordan man kan møte slike utfordringer?
- Konsekvenser og utfordringer ved etablering av en akuttavdeling ved de ulike lokalisasjonene
- Risikoer knyttet til å etablere en akuttpost på Helgeland?

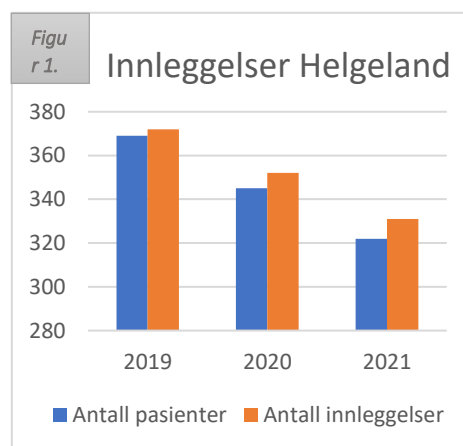
Rekruttering og gjennomførbarhet har vært viktige tema i prosjektgruppen. Gruppen har også vært opptatt av å belyse konsekvenser ved en lokal akuttavdeling på en bred måte.

3. Faktagrunnlag

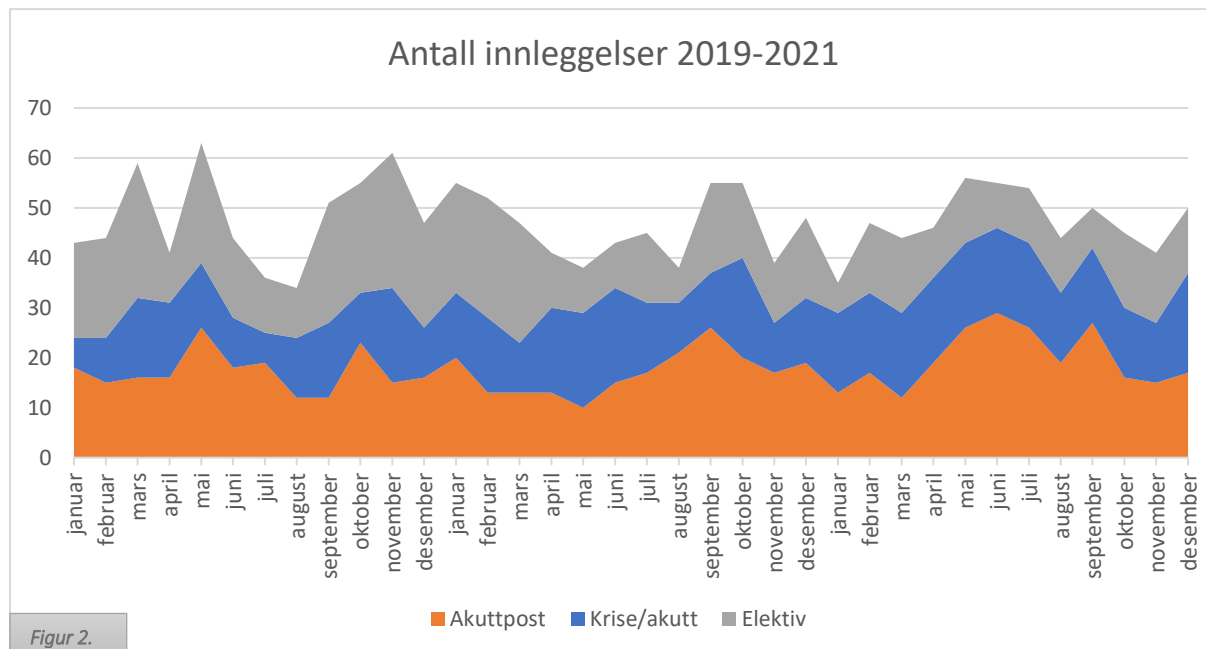
Befolkningsgrunnlaget på Helgeland per 1. januar 2020 (SSB) er 77 863. Det er da 34 557 som sokner til Mo i Rana, 27 249 som sokner til Ytre Helgeland og 16 057 som sokner til Mosjøen. Ifølge nasjonal framskrivningsmodell for psykisk helsevern¹, forventes det at Helgelandssykehuset skal ha 75 394 personer i sitt opptaksområde i 2040, altså en nedgang på 3 %. Endringen forventes å være skeivt fordelt, med både størst nedgang både i antall personer totalt og størst reduksjon i antall barn og unge og andel yrkesaktive i de minste kommunene.

Pasienter fra Helgeland som trenger en innleggelse, kan i dag få tilbud om enten elektiv innleggelse enten i Mosjøen eller i Mo i Rana, krise/akutt-innleggelse i Mo i Rana eller innleggelse akuttavdeling ved Nordlandssykehuset i Bodø. Det foregår en kontinuerlig vurdering og sortering fra både henviser og Helgelandssykehuset i forhold til hvilken type helsehjelp som vil være rett for hvilke pasienter. Både i forhold til pasientens opplevelse og i forhold til arbeidsform er det en forskjell mellom elektive innleggelser og innleggelser samme dag. Både krise/akutt-innleggelser og innleggelser akuttavdeling gjennomføres samme dag og innebærer en vurdering og håndtering av pasientens tilstand her og nå, mens elektive innleggelser er planlagt behandling ut fra pasienten behov. Vurderinger gjort samme dag har mer likheter, uavhengig av om resultatet av vurderingen blir at de kan motta et tilbud lokalt eller om de trenger et tilbud fra akuttpost. Det er noen forskjeller mellom de pasientene som i dag får et lokalt tilbud og de som sendes til akuttavdeling, men likhetene er større enn forskjellene. De pasientene som får et tilbud fra akuttavdeling vil for eksempel ofte ha kraftigere symptomer enn de som får et tilbud i en åpen døgnpost. Alle pasientene som blir lagt inn på tvangsparagraf, blir lagt inn på akuttpost. Det er de samme diagnosegruppene som legges inn både lokalt og ved akuttpost. Prosjektgruppen vil dermed forstå pasientgruppen som de pasientene fra Helgeland som har behov for en innleggelse samme dag. Vi ønsker å se på alle akuttinnleggelser samlet for å gi en helhetlig anbefaling for organisering av Helgelandssykehusets akutttilbud, og for å levere et oversiktlig og sammenhengende produkt.

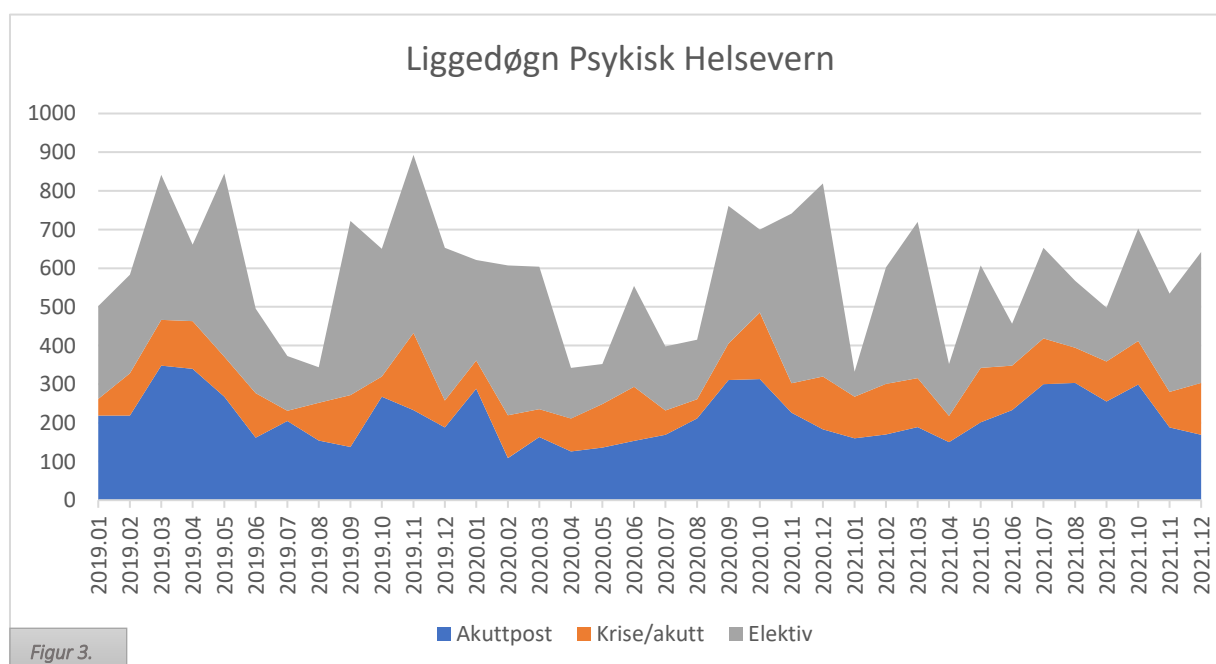
I 2021 var det 236 akuttinnleggelser ved NLSH i Bodø fra Helgeland, med 2617 liggedøgn totalt. Flest innleggelser var det i juni med 29 innleggelser, færrest var det i januar med 13 innleggelser. Gjennomsnittlig var det 19,7 innleggelser i måneden ved akuttpost i Bodø, med en gjennomsnittlig liggetid på 11,1 døgn. I løpet av de siste tre årene har det vært 646 innleggelser totalt ved akuttpost i Bodø, noe som gir gjennomsnittlig 215 innleggelser i året og 12 liggedøgn per pasient. De travleste periodene ser ut til å være rundt mai/juni og oktober, og det er store variasjoner, som belyst av grafene på neste side. I de travleste periodene, har det vært over 60 innleggelser i måneden, og opp mot 900 liggedøgn totalt fordelt på både akuttinnleggelser, krise/akutt-innleggelser og elektive innleggelser. Akuttinnleggelser lokalt og ved NLSH har totalt sett vært over 40 per måned i de travleste månedene,



og opp mot 500 liggedøgn totalt sett. Da statistikken teller kun antall innleggelser, viser figur 1 antall pasienter vs antall innleggelser i Helgelandssykehuset siste 3 år.



Figur 2 viser antall innleggelser mens Figur 3 viser antall liggedøgn. Begge figurene er stablede arealdiagram som viser måned for måned siste tre år på akuttpost, krise/akuttseng og elektiv seng lagt over hverandre. Det viser noen sesongbaserte og noen tilfeldige svingninger gjennom året. I Figur 3 ser vi at økninger i antall innleggelsesdøgn øker ekstra i de periodene hvor flere pasienter er innlagt. Dette indikerer at antall liggedøgn per pasient ikke varierer med kapasitet og tilgang på ledige senger. Man ser også at forskjellen mellom perioder med mye aktivitet og lite aktivitet er stor, med mindre enn 40 innleggelser og 400 liggedøgn i måneden i de roligste periodene, og over 60 innleggelser og 800 liggedøgn i måneden i de travleste periodene.



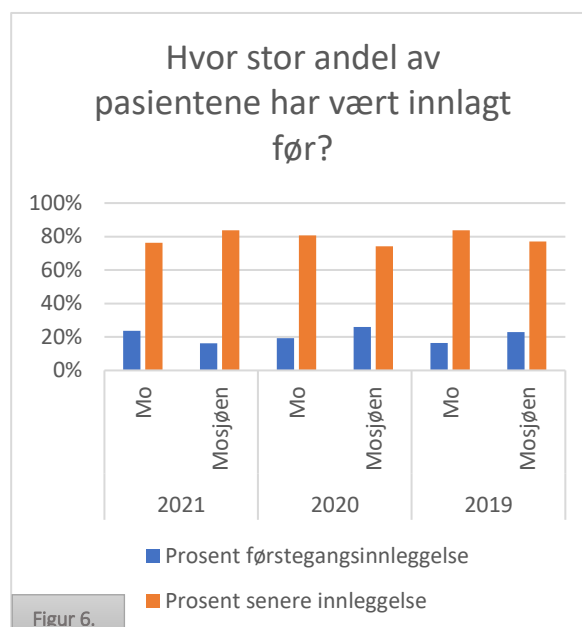


Hvem blir lagt inn

Det er ulike tilstander og omstendigheter som kan forårsake det at en pasient har behov for en innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling. Av de 330 pasientene som var innlagt i Helgelandssykehuset i 2021, hadde 112 hoveddiagnose innenfor psykosegruppen, 93 hadde en stemningslidelse som hoveddiagnose, mens 61 hadde angst- eller traumeproblematikk som hoveddiagnose. Alle andre tilstander var sjeldnere, men det var tilfeller innenfor alle diagnosegruppene. Dette er illustrert i figur 4 under.



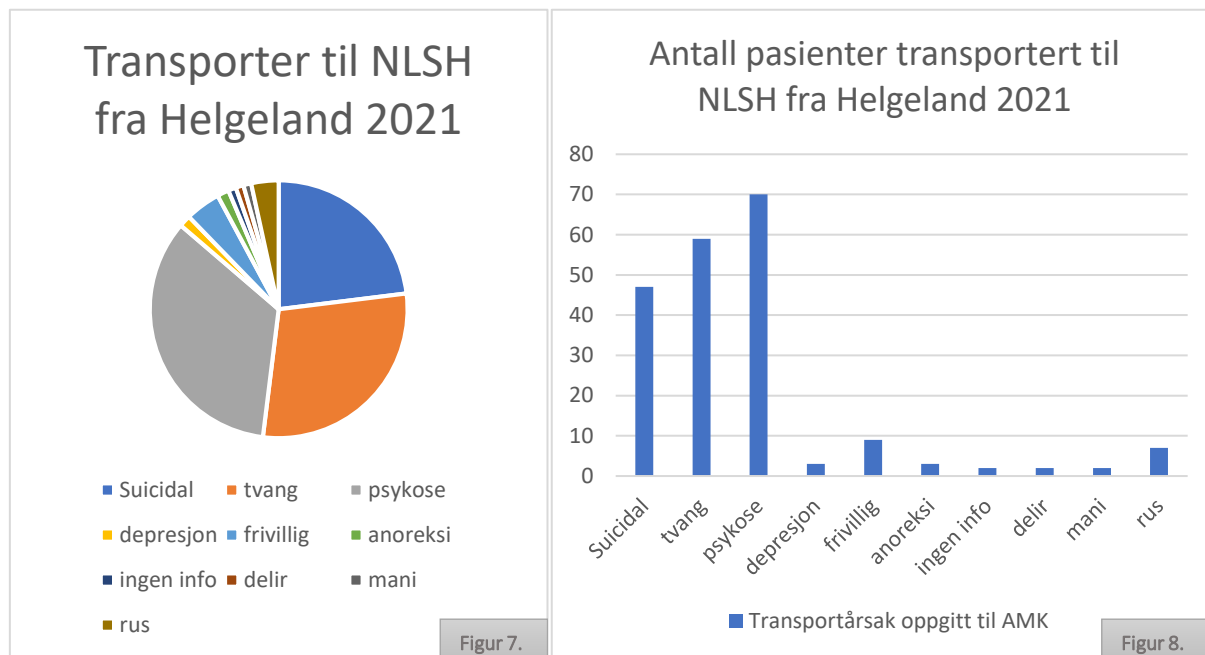
Diagnosene illustrert i figur 4 over er ICD-10-diagnoser gitt ved utskrivelse fra avdeling, og ikke innleggelsesårsak. Selvmordstanker/forsøk vil da klassifiseres som depressivt symptom, dvs enten under stemningslidelser (F30-39) eller tilpasningsforstyrrelser (F40-49). Dette var kun frivillige innleggelses da begge avdelingene på Helgeland kun tar imot pasienter på frivillig grunnlag. 58 prosent av pasientene innlagt i 2021 lokalt på Helgeland var kvinner, og 42 prosent menn. Omtrent 20 prosent av pasientene som blir, er innlagt for første gang, mens omtrent 80 prosent har vært innlagt tidligere en eller annen gang. Disse tallene er ganske stabile både mellom de to avdelingene på Helgeland, og over flere år, som illustrert i figur 6.



AMK har registrert årsak til transport på pasientene som de har transportert til akuttpost ved Nordlandssykehuset i 2021, og kategorisert dem i kategoriene «suicidal», «tvang», «psykose»,



«depresjon», «frivillig», «anoreksi», «transport», «delir», «mani» og «rus». Noen transporter hadde flere kategorier, f.eks. «rus-psykose» eller «suicidal-tvang». Av de 147 registrerte transportene, var 48 prosent kategorisert som psykose, 40 prosent kategorisert som tvang og 32 prosent kategorisert som suicidal. De andre kategoriene var alle godt under 10 prosent, som illustrert i figur 7 og 8. Også her ser man at psykosene utgjør den største gruppen pasienter.



3.1 Transport

Ventetid på transport har over år vært en stor utfordring når det gjelder akutte innleggelses for pasienter fra Helgeland til NLSH. Tidligere har en stor del av transportene til akuttpsykiatriske innleggelses i Bodø blitt gjennomført med ambulansfly. Ambulansflyene koordineres fra Flykoordineringssentralen i Tromsø, og prioritering av oppdrag for ambulansfly baseres på somatisk hastegrad. Dette medfører at psykiske lidelser nedprioriteres systematisk i forhold til bruk av fly, og det har vært lange ventetider. I tillegg er det behov for politifølge på en del av innleggelsene. Siden transporten til Bodø ofte tar lang tid, trenger også politiet tid til å finne personer som kan bistå. Politieskorte i påvente av og under transport har ofte vært gjennomført av politi som ikke er i vakt, for å sørge for at det fortsatt er tilgjengelig vakt/patrulje selv om det gjennomføres en transport. Dette kan ta noe tid å organisere. Kombinasjonen av ventetid på følge og ventetid på selve transporten har i perioder medført lange ventetider for sårbare og alvorlig syke pasienter.

I 2018 sendte en rekke fastleger og legevaksleger en bekymringsmelding vedrørende det akuttpsykiatriske tilbudet på Helgeland, hvor uverdigheten i ventetiden ble tatt opp som et viktig poeng. Statens Helsetilsyn gjennomførte et tilsyn av ambulansflytjenesten i 2020-2021. Dette tilsynet avslørte meget kritikkverdige forhold knyttet til flytransport av psykisk syke pasienter. De mente at mangel på en felles og omforent praksis for transport ble funnet å skape lang ventetid for mange pasienter. Dette skapte krevende og uverdige situasjoner, blant annet med bruk av nødrett og tvang i ventetiden.



Prehospital klinikk har etter dette tilsynet innført en ny rutine hvor transport av pasienter fra Nord-Helgeland primært skjer landeveis ved bruk av ambulanse, og det er et mål at flest mulig transporter skal starte innen 2 timer fra saken er meldt. Med unntak av når det er dårlig vær, klarer de å nå dette målet. Med dette kvalitetsforbedringsprosjektet som prehospitaltjenester har satt i gang, er ventetiden nå betydelig forkortet for de fleste pasienter. Men det tar fortsatt mange timer fra pasienter er undersøkt av lege til pasienten er ankommet akuttavdeling, med alle utfordringer som det medfører for alvorlig syke pasienter. For pasientene fra nordre del av Helgeland tar det tid å komme seg til akuttavdeling med bilambulanse, og dette understreker at de er langt unna familie, nettverk og det lokale hjelpeapparatet. For pasientene fra Sør-Helgeland gjennomføres fortsatt majoriteten av transportene med flyambulanse, da bilambulanse vil ta svært lang tid å gjennomføre. Og bruk av ambulansedy prioritert fortsatt etter somatisk hastegrad, da dette er noe som vi ikke kan påvirke.

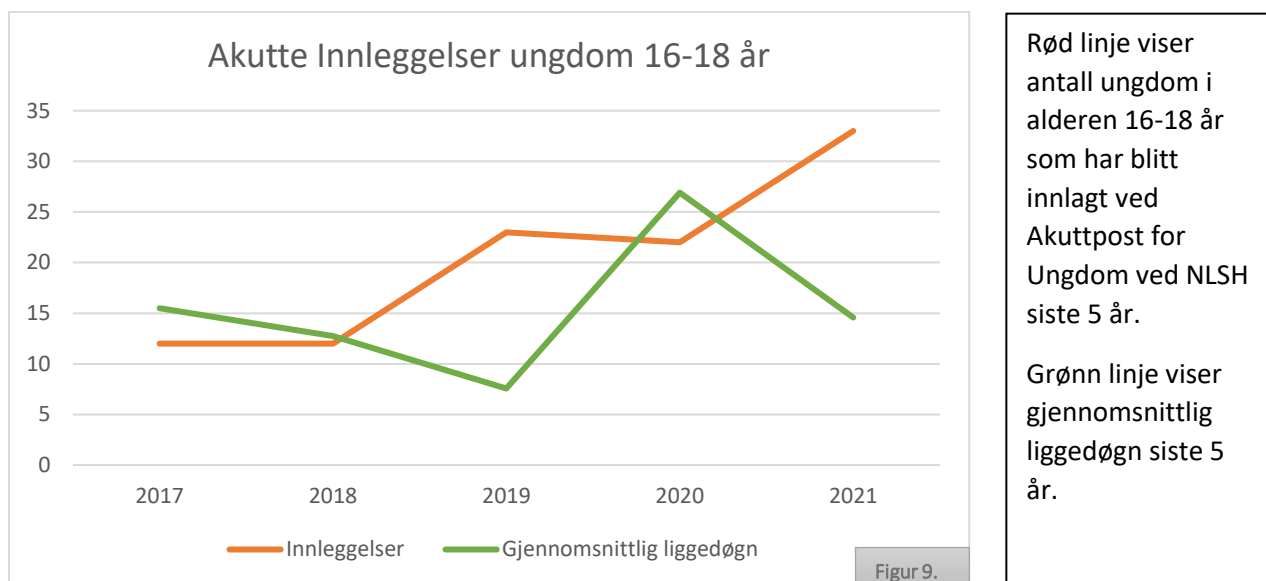
Transporter med bilambulanse koster Helgelandssykehuset en del både i kostnader, i overtid og i AML-brudd. Hver biltransport varer i snitt 10 timer, og av og til må personalet overnatte i Bodø grunnet arbeidstidsbestemmelser. Dette svekker Ambulanseberedskapen på Helgeland, og kan dermed skape utfordringer for andre som har behov for ambulanse i denne perioden. Innleggelses og transporter er ikke jevnt fordelt utover året. Det kan være 3 som skal legges inn samme dag, med flere dagers venting til neste. Det å passe på å ha en beredskap tilgjengelig samtidig som ventetid på transport ikke skal bli for lang, kan være særlig utfordrende når det er flere innleggelses samme dag. Med godt over 100 transporter i året er dette også en klimamessig utfordring. Spesialisthelsetjenestens klimamål er å redusere CO₂-utslipp med 40% innen 2030, og mange og lange bilturer skaper mye CO₂-utslipp. Med økende dieselpriiser er dette også en økonomisk utfordring.

4. Konsepter

Dette kapitlet gjennomgår de ulike konseptene fra 1.3 og hvordan prosjektgruppen stiller seg til disse. Spesialisthelsetjenesten er organisert i Helseforetak som løser behandlingsbehovene for de pasientene som bor i deres opptaksområde. Desentraliserte spesialisthelsetjenester organiserte under Distriktpsikiatriske sentre (DPS) dekker behov for utredning, behandling og akutt helsehjelp for de aller fleste, mens utredning og behandling av tilstander som har behov for spesialisert kompetanse ofte skjer på sykehusnivå og omtales heretter som Sykehustjenester. Dette omfatter blant annet alderspsykiatri, psykoselidelser spiseforstyrrelser, sikkerhets- og akuttpsykiatri. Helgelandssykehuset er et lite Helseforetak, og vi har i dag fullt utviklete tilbud på DPS-nivå, mens vi kjøper alle Sykehustjenester fra Nordlandssykehuset. Konseptet i alternativ 1 handler om å utvikle tilbud om akuttpost, noe som er en Sykehustjeneste, innenfor eget Helseforetak. Konseptene i alternativ 2, 3 og 4 handler om å vurdere om det kan være hensiktsmessig å samtidig utvikle et tilbud innenfor en eventuell akuttpost for andre pasientgrupper hvor Helgelandssykehuset i dag kjøper tjenester fra NLSH. Alternativ 2,3 og 4 vil derfor beskrives før alternativ 1.

Alternativ 2: opprettelse av en lukket akuttavdeling, som også opererer som akuttavdeling for ungdom 16-18 år

For ungdom under 18 år, finnes det hverken et akuttpsykiatrisk tilbud eller et subakuttpsykiatrisk tilbud om innleggelser lokalt på Helgeland. Planlagte innleggelser ivaretas i dag av Døgnavdeling for barn og ungdom i Mosjøen. Akutte innleggelser ivaretas i dag av akuttpost for ungdom ved Nordlandssykehuset. Antall akutte innleggelser til ungdomspsykiatrisk akuttavdeling har de siste årene vært stigende, fra 12 innleggelser i året i 2017 og 2018, til 33 innleggelser i 2021. Ungdom har noe lengre gjennomsnittlig liggetid sammenlignet med innleggelser ved akuttpost for voksne.



Antallet innleggelser til akuttpsykiatrisk ungdomsavdeling er totalt sett lave, selv om de har vært økende over de siste årene. Det er vanskelig å vite om økningen er midlertidig trend, eller en endring som kommer til å fortsette. Det er uansett ikke snakk om høye tall i forhold til innleggelser, omtrent fra 1 til 3 per måned. Dette betyr at å inkludere ungdom fra Helgeland i en eventuell akuttpsykiatrisk avdeling for voksne, ville innebære at de aller fleste ville måtte forholde seg til voksne med akutt sykdom eller være skjermet for seg selv, noe som innebærer å ha ingen eller minimal kontakt med andre medpasienter. Det å endre lokalisering av akuttavdeling som tar imot pasienter kan endre terskel for å søke om innleggelse hos henvisere, både for de under og de over 18 år. For ungdom under 18 år er det vanligvis bare de mest alvorlige tilstandene som trenger akuttinnleggelse, men det er fortsatt viktig at de som trenger innleggelse, får det. Endrede terskler for innleggelser, kan da få potensielt få negative konsekvenser for pasientpopulasjonen, uavhengig av hvilken vei endringen skjer.

Alvorlige tilstander responderer på de samme behandlingsmetodene uavhengig av om ungdommen er 17 eller 19 år. Det å samle akuttpsykiatrisk kompetanse på et sted kan være en positiv ting i forhold til at det kvalitetssikrer akuttkompetansen hos de som skal behandle, men det kan også øke risikoen for at ungdommene blir behandlet som voksne. Ungdommer har rett på å ha pårørende sammen med seg under innleggelsen, ofte vil dette medføre at foreldre legges inn sammen med ungdommen. Ungdommer behandles med mindre medisiner enn voksne, og det settes inn mer psykososiale og nettverksbaserte tiltak. Dette innebærer at det vil være nødvendig å få denne



kompetansen inn i en avdeling som behandler ungdommer. Dette er en kompetanse som kan være heldig å benytte seg av, også i behandlingen av pasienter over 18 år. Det å kombinere den kompetansen som i dag finnes i barnefeltet med akuttkompetanse, kan bli en heldig kombinasjon for hele pasientgruppen. Men det kan være utfordrende å få til i en nyoppstartet avdeling, og den potensielle gevinsten i dette vil stå imot de potensielle utfordringene i mulige endringer av terskel for innleggelse og det å ha ungdom innlagt sammen med voksne akuttinnlagte pasienter. Kontrollkommisjonen på Helgeland har også gitt oss tydelig tilbakemelding om at vi ikke kan planlegge å legge ungdom under 18 år regelmessig inn på en avdeling sammen med voksne. Alt i alt ser prosjektgruppen at alternativ 2 ikke er mulig å gjennomføre.

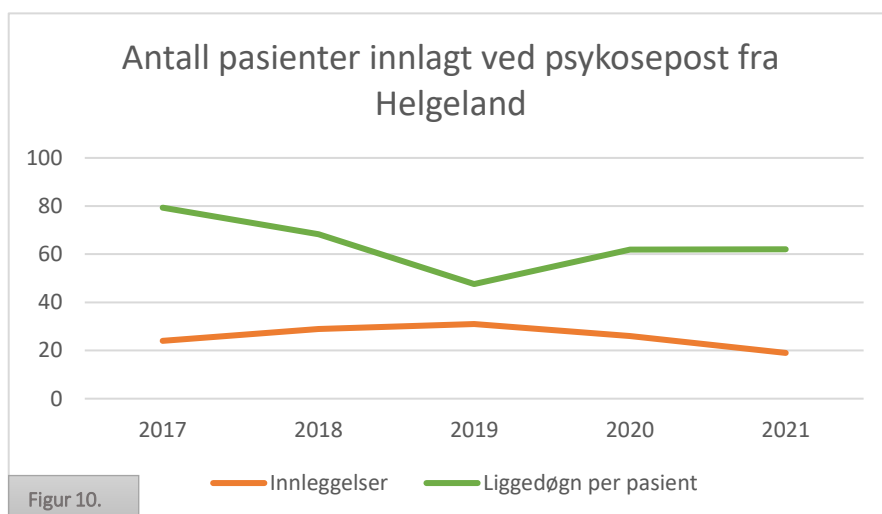
Alternativ 3: Opprettelse av en lukket akuttavdeling, som også kan behandle spesifikke pasientgrupper som i dag ivaretas i spesialavdelinger.

HSYK kjøper i dag tjenester for spesifikke pasientgrupper ved følgende spesialavdelinger ved NLSH: Regional Enhet for Psykoser, Regional Enhet for Spiseforstyrrelser og Alderspsykiatrisk enhet. Vi kjøper også tjenester ved Enhet for Sikkerhetspsykiatri, men dette er ikke for diagnosespesifikke pasientgrupper.

Psykoser

Pasienter med akutt psykosedebut og akutt behandling av pasienter med psykoselidelser skjer i dag ved akuttpostene, mens utredning av førstegangpsykose skjer ved Regional Enhet for Psykoser (Refp) ved Nordlandssykehuset. De er regionalt kompetansesenter for psykoser, og de utreder

nye tilstander og bistår også det lokale hjelpeapparatet i forbindelse med behandling av kjente psykosetilstander. Det foreligger i dag et samarbeid mellom Refp og de lokale døgnavdelingene, hvor pasienter med lokal tilhørighet ofte overføres til lokal døgnpost mot slutten av innleggelsen, slik at den siste delen av behandlingen som inkluderer påkobling av det lokale hjelpeapparatet kan skje lokalt. Dette er et samarbeid som fungerer godt i dag. Antall pasienter fra Helgeland som legges inn ved psykosepost ved NLSH er ca 20-30 pasienter i året. Figur 10. viser antall innleggelses og gjennomsnittlig liggetid for de siste 5 årene.



Figur 10.

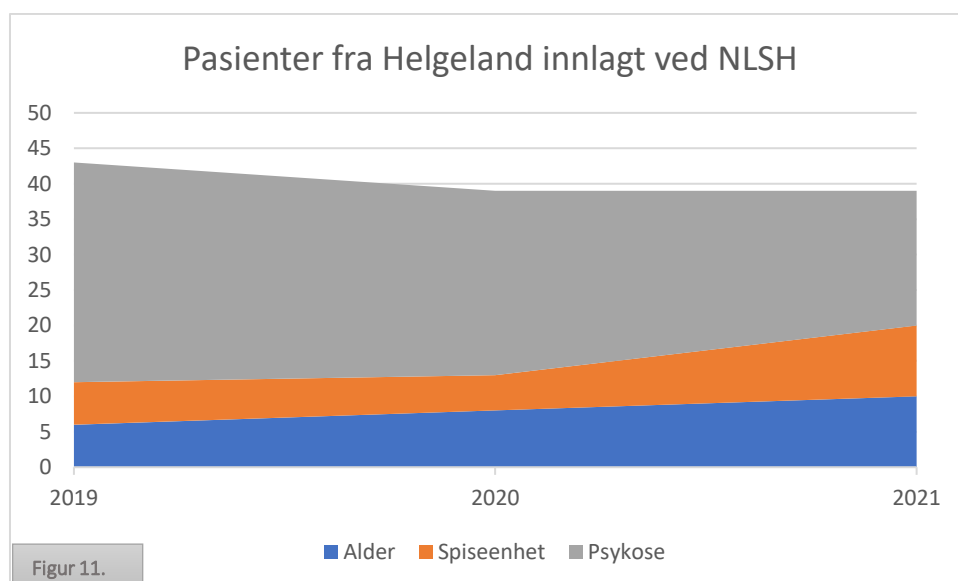
Regional enhet for psykoser gjør en god faglig jobb i forbindelse med utredning av primære psykoselidelser, også kalt nysyke. Dette er en tilstand som både er sjelden og som man trenger



mengdetrening for å bli god på. Både utredning og behandling tar tid, og det er ofte snakk om langvarige innleggelse. Noen er frivillig innlagt, mens andre er innlagte på tvang. Den løsningen som eksisterer i dag vurderes å være god, og vi ser ingen grunn til at en lokal akuttpost skal prøve å ta over den funksjonen som Resp har i dag. Samtidig bør en lokal akuttavdeling fortsatt ha behandlingsansvar for akutt behandling av psykoselidelse. Vi vurderer det som positivt at vi har et samarbeid med Regional Enhet for psykoselidelse, og det er mulig å jobbe videre lokalt med å behandle en større del av sykdomsperioden eller et større spekter av psykoselidelsene lokalt i Helgelandssykehuset, ikke bare innenfor en evt akuttavdeling.

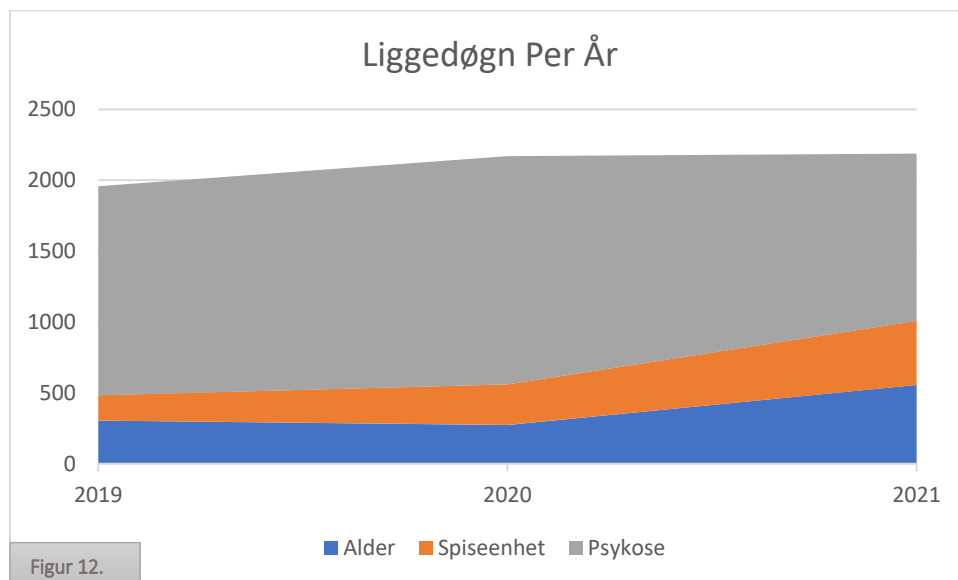
Spiseforstyrrelser og Alderpsykiatri

Pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser blir i dag behandlet ved Regional Enhet for Spiseforstyrrelser (RESSP) ved Nordlandssykehuset. De siste tre årene har gjennomsnittlig 7 pasienter fra Helgeland fått et tilbud fra RESSP per år. Disse pasientene har i gjennomsnitt fått 305 liggedøgn totalt eller 44 liggedøgn per pasient ved RESSP. Alderpsykiatrisk enhet ved Nordlandssykehuset er et fylkesdekkende tilbud til personer over 65 år som har behov for utredning eller behandling av psykiske lidelse. De dekker over et vidt spekter av problemstillinger, men da de som er spesifikke for eldre pasienter. De siste tre årene har gjennomsnittlig 8 pasienter fra Helgeland fått et tilbud fra Alderpsykiatrisk enhet ved Nordlandssykehuset per år. Disse pasientene har i gjennomsnitt fått 378 liggedøgn totalt per år, eller 46,8 liggedøgn per pasient. Både RESSP og Alderpsykiatrisk enhet tar relativt få pasienter fra Helgeland som krever særlig kompetanse for å behandle og som krever omfattende behandling. Begge avdelingene har i dag en særlig funksjon for hele fylket, og har bygd opp spesialkompetanse for akkurat disse pasientgruppene. Det vurderes som lite sannsynlig at det skal være hensiktsmessig å bruke ressurser på å bygge opp slik spesialkompetanse for så få pasienter i en akuttavdeling, men HSYK kan utrede mulighetene for å utvikle kompetansen for disse pasientgruppene innenfor de ordinære døgnavdelingene.





Figur 11. er et stablet arealdiagram som viser hvor mange pasienter fra Helgeland som har vært innlagt ved Henholdsvis Alderspsykiatrisk enhet, RESSP og Regional Enhet for Psykose de siste tre årene, og figur 12 viser hvor mange liggedøgn dette tilsvarer totalt sett.



Figur 12.

Som figur 11 og 12 illustrerer sender vi relativt få pasienter med psykose, spiseforstyrrelser eller alderspsykiatrisk problematikk til Nordlandssykehuset i dag, men de pasientene som vi sender trenger lang og ressurskrevende behandling. Nordlandssykehuset har bygd opp særlig kompetanse i forhold til alle disse områdene. Det er selvsagt mulig å gjøre dette også lokalt, men få pasienter gjør at det kan bli vanskelig å bygge stabile fagmiljøer, og vi ser at dette vil bli både ressurskrevende og særlig utfordrende å bygge opp samtidig som man starter en akuttavdeling. Det er derfor prosjektgruppas anbefaling at vi har hovedfokus på å bygge opp en akuttavdeling, så kan man vurdere å utvikle særlige kompetanser innenfor andre områder senere. Kommunene melder inn at det er mulig at få pasienter sendes til Nordlandssykehuset fordi tilbudet oppfattes som lite tilgjengelig, og ikke fordi det er lite behov for tilbudet. Dette gjelder særlig alderspsykiatrisk avdeling som i dag har lang ventetid. Ut fra den nasjonale framskrivningsmodellen¹ kan vi forvente en større andel eldre i befolkningen til Helgelandssykehuset i framtiden. Her vurderer vi at det er viktig å se på Helgelandssykehusets døgntilbud totalt sett.

Felles for de tre pasientgruppene psykose, spiseforstyrrelser og alderspsykiatri er at det er få pasienter i året som legges inn ved NLSH fra Helgeland, at hver pasient trenger mange innleggelsesdøgn i avdeling og at det trenger særskilt kompetanse for å behandle disse tilstandene, noe NLSH har bygd opp over år. Lange innleggelse er vanskelig å kombinere på en god måte med drift av en akuttavdeling, og prosjektgruppa anbefaler derfor ikke konsept 3. Men vi anbefaler å se på muligheter for å videreutvikle tilbud til disse pasientgruppene innenfor rammene av sykehusets andre døgnposter.

Alternativ 4: en kombinasjon av alternativ 2 og 3

Alternativ 4 innebærer en kombinasjon av alternativ 2 og alternativ 3, dvs opprettelse av en lukket akuttavdeling som både opererer som akuttavdeling for ungdom 16-18 år, og som kan behandle



spesifikke pasientgrupper som i dag ivaretas i spesialavdelinger. Da prosjektgruppen har kommet fram til at alternativ 2 ikke er gjennomførbar, vil alternativ 4 heller ikke være gjennomførbar.

Alternativ 1: Opprettelse av en ren lukket akuttavdeling for voksne

Alternativ 1 innebærer opprettelse av en ren lukket akuttavdeling for voksne. Prosjektgruppen ønsker å utdype hvordan en slik akuttavdeling kan se ut.

Dimensjonering

Hvor mange senger en avdeling trenger å ha tilgjengelig, er avhengig av hvor mange pasienter som blir lagt inn og hvor lenge de er innlagte. Det er ulike måter å organisere det akuttpsykiatriske behandlingstilbudet på. Ifølge Sintefs multisenterstudie av akuttpsykiatri² varierer akuttavdelingene i Norge i hvordan de er organiserte med bruk av poster som kan differensieres som mottaksposter, akuttposter og subakuttposter. Jo flere senger som er tilgjengelige for overføring for de pasienter som har behov for lengre behandling i avdeling, desto raskere frigjøres sengeplasser i den avdelingen som har en mottaksfunksjon. Der avdelingen har under 20 døgnplasser, består den vanligvis av en post. På Helgeland vil vi foreslå å planlegge en akuttpsykiatrisk døgnavdeling med under 20 døgnplasser, og vi anbefaler derfor at denne organiseres som en avdeling, og at alt inntak av pasienter – dvs mottaksfunksjonen skjer via denne avdelingen. Det vurderes som hensiktsmessig å anbefale fleksibel bruk av antall senger i forhold til mottak/avklaring og akutt behandling.

Pasienter som etter mottak vurderes å ha behov for videre døgnbehandling og ikke lengre har behov for behandling på akuttavdeling, kan raskt overføres til en av de lokale døgnavdelingene så lenge det er plass og kapasitet for dette slik avdelingene er organiserte i dag. Kriterier for overføringer og hvilke pasienter som skal overføres hvor, burde utvikles videre med de respektive avdelingene. Per i dag er det ingen av de lokale døgnavdelingene som er godkjente for tvang, og pasienter som vurderes å fortsatt ha behov for behandling på tvangsparagraf kan dermed ikke overføres til andre avdelinger slik døgnstrukturen på Helgeland ser ut i dag. Alle akuttavdelingene vi har vært i kontakt med understreker viktigheten av å kunne overføre pasienter videre for å få til en god pasientflyt, dette inkluderer også pasienter som har behov for videre behandling på tvangsparagraf. Det finnes ikke akuttavdelinger i Norge i dag som ikke er samlokaliserte med og har anledning til å overføre pasienter til avdelinger som er godkjente for tvang. Avdelingene selv sier at driften ikke hadde gått rundt dersom dette ikke hadde vært mulig.

Sammenlignbare akuttavdelinger

Ved Nordlandssykehuset i dag er det 10 senger og 2 skjermede enheter tilgjengelig ved akuttpost Sør for å ivareta pasientene fra Helgeland, men Nordlandssykehuset har også anledning til å legge inn pasienter ved en av de andre to akuttpostene ved sykehuset dersom akutt Sør skulle være full. NLSH rapporterer at de over tid har en gjennomsnittlig beleggprosent på 85-90 prosent. Dette innebærer at de i perioder har overbelegg og flere pasienter innlagt enn det de har tilgjengelige rom.



Akutteneheten rapporterer selv at de på det meste i fjor hadde 18 pasienter fra Helgeland lagt inn på akuttpostene sine samtidig.

Akuttenehet Salten ved NLSH tar imot pasienter fra Saltenområdet, dvs en populasjon på ca 55 000 mennesker. De er dimensjonerte med 12 senger og 3 skjermede enheter. De er som akuttpost Sør samlokaliserte med to andre akuttposter i tillegg til psyko-sepost og andre spesialenheter. Akuttposten i Helse Førde har ca 110 000 mennesker i sitt opptaksområde. De er ikke samlokalisert med andre akuttposter, men er samlokalisert med en allmennpsykiatrisk DPS døgnpost som er godkjent for tvang, en DPS døgn-psyko-sepost som er godkjent for bruk av tvang og en sikkerhetspsykiatrisk post med 3 senger. De har 16 senger og 3 skjermede enheter. Akuttposten i Namsos har 40 000 mennesker i sitt opptaksområde, dvs ca halvparten av populasjonen på Helgeland. De er samlokalisert med en allmennpsykiatrisk post som er godkjent for bruk av tvang, en psyko-sepost som er godkjent for bruk av tvang i tillegg til en alderpsykiatrisk sengepost. De har totalt 8 senger, som inkluderer 2 skjermede enheter og et smitterom. Da sistnevnte rom ikke telles med i tilgjengelige senger, regner de seg å ha 7 senger. De har felles stue/uteområde for de skjermede enhetene, noe som i praksis innebærer at de kun kan ha 1 person på skjermet om gangen.

Akuttposten i Levanger har ca 97 000 mennesker i sitt opptaksområde. De har totalt 12 sengeplasser, og dette inkluderer 4 intensivplasser, hvorav to og to er organiserte sammen med felles stue og uteplass. De har sett at dette innebærer i praksis at de ikke kan ta to pasienter på samme område samtidig, noe som innebærer at de kan ha maks 2 pasienter på skjerming om gangen.

OUS Ullevål har regnet på deres sannsynlighet for overbelegg ut fra beleggsprosent ut fra deres historiske tall over flere år. De fant at ved en utnyttelsesgrad eller beleggsprosent på rundt 75 % (regnet over en periode på 2 uker), hadde de en risiko for overbelegg i 25 % av dagene. Med en utnyttelsesgrad eller beleggsprosent på 85 %, hadde de en risiko for overbelegg i 95 % av dagene. Dvs at sammenhengen mellom beleggsprosent og risiko for overbelegg var eksponentiell. Ullevål har ca 1000 innleggelse i året og en mottakspost som er dimensjonert med 7 senger, og en gjennomsnittlig liggetid på litt over et døgn. De er samlokaliserte med flere akuttposter som tar imot pasienter fra mottaksposten.

Det er flere likheter mellom måten akuttavdelingene og de ulike helseforetakene som vi har vært i kontakt med forteller om sin måte å håndtere de pasientene som kommer inn og sørge for en god pasientflyt: alle snakker om viktigheten av å kunne overføre videre de pasientene som har en slik tilstand at de kan overføres videre. Dersom en akuttavdeling skal måtte ferdigbehandle alle pasientene, vil det skape propp i systemet, overbelegg og dårlig flyt. De pasientene som skal ha lengre behandling må overføres videre til andre avdelinger for å få dette så snart de ikke lengre har behov for å være på en akuttavdeling. Dette gjelder både frivillige overføringer og overføringer på tvang. Flere av avdelinger forteller også om omfattende bruk av innleie og oppbemanning dersom de har flere pasienter inne med omfattende problematikk, og viktigheten av kontinuerlig opplæring og personlig egnethet for å kunne jobbe i en akuttavdeling.

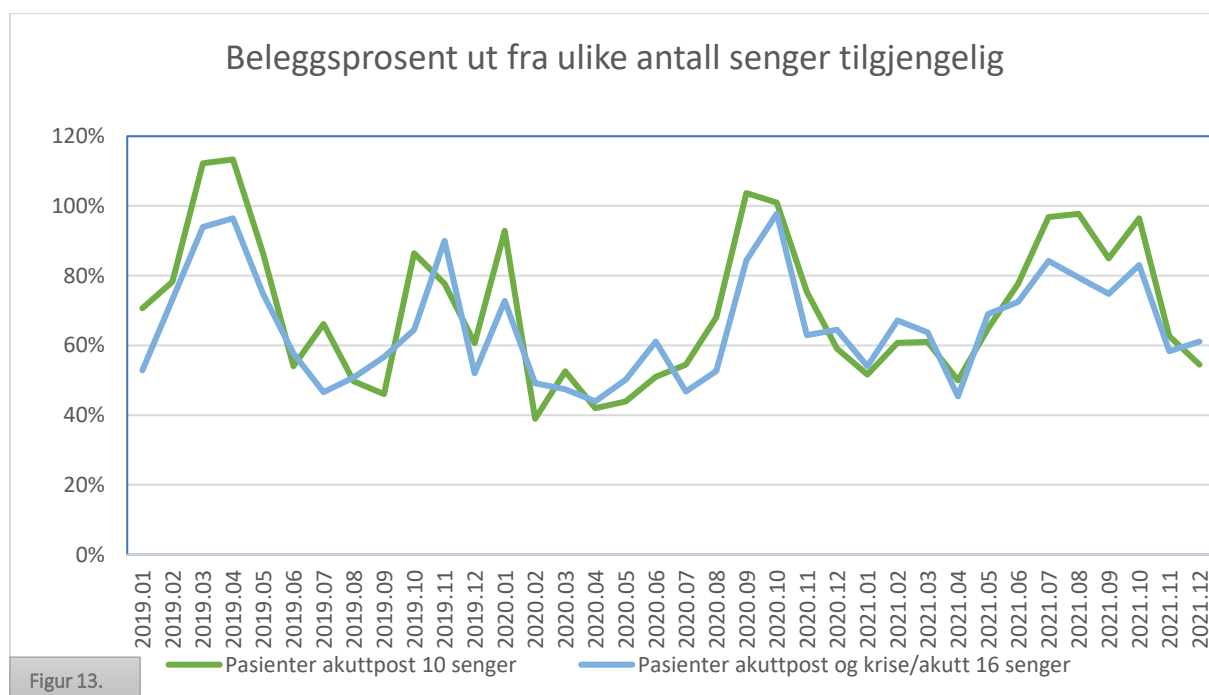
AHUS har i sin mottakspost i tillegg til vanlige rom både skjermingsenheter og mellom-skjerm. Mellom-skjerm er organisert slik at rommene kan brukes som vanlige oppholdsrom, men de er også bygd slik at de fyller de bygningsmessige kravene til skjerming. Dette innebærer at pasienter kan oppholde seg på disse enhetene uten å være skjermet fra resten av avdelingen, men de kan omgjøre rommene til skjermingsenheter dersom det viser seg at pasientene trenger det. AHUS sier selv at de



benytter disse rommene dersom pasienter kommer inn hvor de er usikre på om de kommer til å trenge skjerming eller ikke, eller ved oppheving av skjerming, for å teste ut om pasientene er i stand til å komme ut av skjerming. Denne måten å fleksibelt kunne benytte seg av romkapasitet på virker som en god løsning, og en god måte å sikre av en eventuell avdeling har nok skjermingskapasitet, når avdelingen ikke skal samlokaliseres med andre akuttavdelinger. Akuttposten i Levanger har i sitt nybygg plassert 2 av rommene slik at de kan åpnes opp til resten av avdelingen med å låse opp en dør, dvs sammenlignbart med det AHUS kaller for mellomskjerm. De pasientene som er her, kan velge å gå ut i åpen avdeling, og velge å trekke seg tilbake til eget område. De har aktivt brukt disse rommene for å åpne opp fra skjerming tidlig eller gi et alternativ til skjerming, noe som innebærer at de har fått ned tallene sine ift tvangsbruk i avdeling. Ved behov for skjerming på flere rom, kan døren låses, og da er det en fullverdig skjermingsenhet. De har kun bygd 1 stue per 2 rom, noe som innebærer at de ikke kan ha to pasienter på skjerming samtidig på disse rommene, noe som har vist seg uheldig i etterkant.

Kapasitetsbehov på Helgeland

Vi har regnet ut månedlig beleggprosent ut fra innleggelser akuttavdeling og innleggelser krise/akutt-senger ut fra tilgang på 10 senger (det som er tilgjengelig på akuttpost i dag), 16 senger (det som er tilgjengelig i akuttpost + lokale krise/akuttsenger) for de siste 3 årene. Linjediagrammet under viser dagens situasjon, dvs med tilgang på 10 senger for kun pasienter akuttpost og 16 senger for både pasienter i akuttavdeling og på lokal krise-/akuttseng. Her ser man at summen aldri går over 100 prosent for alle pasientene, selv om den gjør det for kun pasientene på akuttpost i perioder.

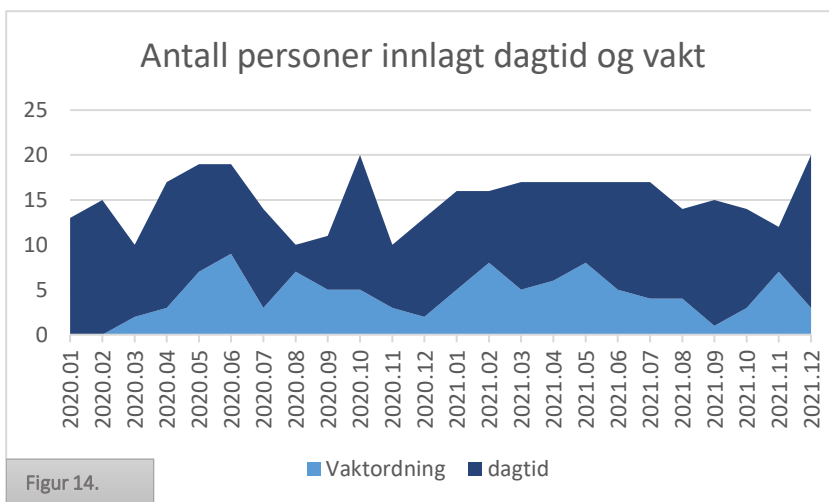




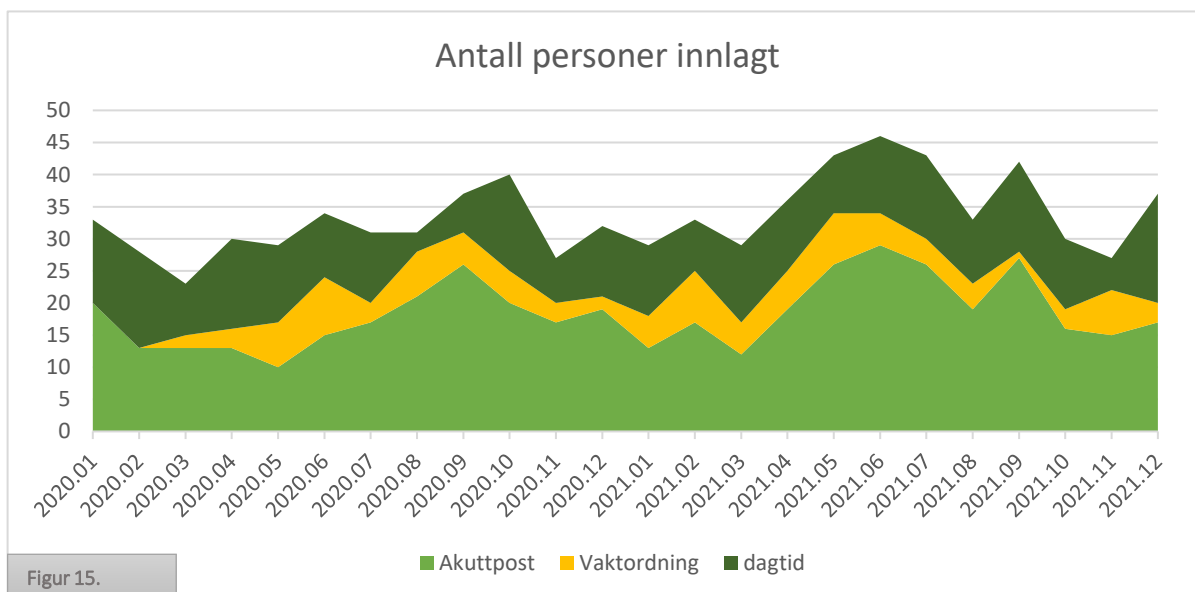
Med en vei inn på ettermiddag, natt, helger og ferier betyr det at alle innkomster ville måtte håndteres av en akuttavdeling i disse tidsperiodene, noe som vil innebære en økning i antall innkomster ut fra dagens akuttavdeling ved NLSH. Dette er ikke det samme som at hele innleggelsen skal håndteres av akuttavdelingen eller at alle innleggelser skal håndteres av en akuttavdeling uavhengig av når innleggelsen skjer. Dette mener vi ikke er nødvendig, da en del av pasientene kan og bør være innlagt på de lokale døgnavdelingene. Hvis vi ser på andel av pasienter som har kommet inn via vaktordning sammenlignet med på dagtid, ser vi at de fleste pasientene som har kommet inn på lokal avdeling, har

kommet på dagtid. Figur 14 er et stablet arealdiagram som illustrerer hvor mange pasienter som har blitt lagt inn på lokal krise/akutt-seng som har blitt tatt imot innenfor ordinær arbeidstid og av vakt. Figur 15 er også et stablet arealdiagram, hvor pasientene innlagt på akuttpost også har blitt tatt med. Den gule linja gir et realistisk bilde på hvilke

pasienter som ville blitt lagt inn på en lokal akuttavdeling, gitt at vakthavende kun har en lokal akuttavdeling å legge inn på. Dette sier dog ikke noe om hvor mange av de pasientene som blir lagt inn på dagtid som ville blitt lagt inn på akuttavdeling dersom denne hadde vært tilgjengelig lokalt.



Figur 14.



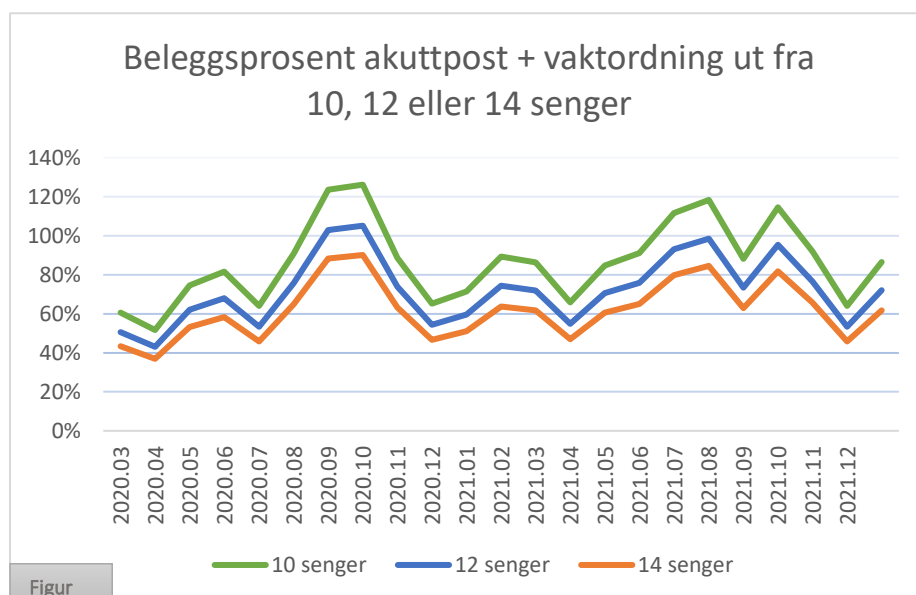
Figur 15.

Hvis vi ser på de innleggelsene som har skjedd lokalt via vaktordning, og legger de til innleggelsene på akuttpost med den gjennomsnittlige liggetiden som akuttposten hadde måned for måned i samme periode, blir en tenkt beleggspersent ut fra tilgjengelige 10, 12 eller 14 senger illustrert i figur 16. Her ser vi at gjennomsnittlig beleggspersent ut fra 14 tilgjengelige senger blir 62 prosent, hvor den månedlige beleggspersenten varierer fra 37 prosent og til 90 prosent, dvs at en akuttavdeling med 14



tilgjengelige senger ville ha vært overdimensjonert i forhold til behovet. En gjennomsnittlig beleggsprosent ut fra tenkte 12 tilgjengelige senger blir 72 prosent, hvor den månedlige beleggsprosenten varierer fra 43 til 105 prosent. En gjennomsnittlig beleggsprosent for 10 senger blir 87 prosent, hvor den månedlige beleggsprosenten varierer mellom 52 og 126 prosent. Ut fra dette kan det se ut som om at 10 senger vil være en underdimensjonering av behovet, og at det med 12 tilgjengelige senger av og til vil bli rett over 100 % belegg. Men dette er ut fra antall innleggelser og liggetid som har vært i eksisterende modell med akuttavdeling lokalisert i Bodø. Disse tallene tar ikke hensyn til om behovet for akutte innleggelser kan endre seg i populasjonen når tilbudet endres. Dette mener prosjektgruppen er sannsynlig, da Helgeland som andre områder som har avstand til sin akuttavdeling har færre prosentvise innleggelser ut fra sin populasjon sammenlignet med områder som har akuttavdeling i sitt nærområde. Et godt eksempel på dette er at akuttenhet Salten ved NLSH er dimensjonert større enn akuttenhet Sør, selv om de har færre mennesker i sitt opptaksområde. NLSH rapporterer

selv at de opplever en lavere terskel for innleggelser i sitt nærområde og at de ser flere tilstander sammenlignet med områdene som ligger lengre unna. De har f.eks. betydelig flere rusutløste psykoser på akutt Salten enn på akutt nord og akutt sør, en tilstand som ofte krever kortere ivaretagelse i akuttpost.



Spesialistene ved akuttpost Sør fikk spørsmål fra prosjektgruppen om hvor mange senger og skjermede enheter de ville ønsket seg dersom de skulle serve den pasientgruppen de server i dag uten hjelp fra de andre akuttpostene, men med samme mulighet for overføring til andre avdelinger. Svaret vi da fikk, var 12 senger og 3 skjermede enheter. Det er også mulig at en lokal akuttavdeling vil kunne medføre at det er lettere å overbevise pasienter til en frivillig innleggelse, noe som igjen vil kunne medføre at pasienter kan bli lagt inn tidligere i sykdomsforløpet og dermed trenger kortere innleggelser når de først blir innlagt.

Overføringer lokalt og innenfor samme helseforetak vil være lettere å få til enn overføringer til et annet foretak som ligger langt borte. Både fordi pasientene ikke trenger å være like stabiliserte og fordi nærhet og kommunikasjon gjør at man bedre kan utnytte den kapasiteten som er tilgjengelig. Dette er både sant i forhold til overføringer innenfor NLSH og innenfor HSYK, noe som innebærer at det kan bli noe mer utfordrende å overføre pasienter videre til spesialavdelingene i NLSH, mens det samtidig kan bli lettere å overføre pasienter til de lokale døgnavdelingene. Spesialavdelingene i NLSH har dog regional funksjon, og vil dermed ta imot pasienter fra en lokal akuttavdeling på samme måte som de tar imot pasienter fra andre avdelinger. Akuttpostene ved NLSH sier selv at det er en utfordring for dem i dag å få til overføringer til andre avdelinger for pasienter som de vurderer er



tilstrekkelig behandlet i akuttavdeling, men fortsatt har behov for videre døgnbehandling. Denne utfordringen vil også en akuttpost opprettet på Helgeland få. Det vurderes dermed som svært viktig å jobbe med gode avtaler både lokalt til de andre døgnavdelingene på Helgeland, og til spesialavdelingene lokalisert ved NLSH. De akuttavdelingene som prosjektgruppen har snakket med som forteller at de har fått til en god pasientflyt, forteller om gode avtaler mellom avdelingene hvor overføring fra akuttpost alltid prioriteres basert på avtaler gjort på ledernivå som gjennomføres i praksis i det daglige arbeidet. Dette sørger for en god flyt fra akuttposten videre til andre avdelinger, og sørger for at akuttavdelingen ikke får overbelegg.

Ved en eventuelt nyetablert akuttavdeling på Helgeland, er det viktig å planlegge godt for hvordan avdelingen skal håndtere det dersom det blir lagt inn flere pasienter enn avdelingen har tilgjengelige rom. Som demonstrert i vedlegg 1, viser pasientstatistikken at det varierer mye hvor mange pasienter som blir lagt inn hver måned i dagens akuttavdeling, krise/akuttsenger og også i elektive senger, og at det er færre innleggelser på alle tre typer innleggelser i samme perioder mens det også er flere pasienter som legges inn på alle tre typer innleggelser i samme perioder. Dette betyr at dersom man dimensjonerer en avdeling for å håndtere de travleste periodene, vil avdelingen være overdimensjonert 90 prosent av tiden. Alternativet er å dimensjonere avdelingen slik at det i perioder kommer flere pasienter enn det er tilgjengelige senger. Det er da det er viktig at avdelingen har gode avtaler med andre avdelinger om overføring av pasienter som kan overføres, samt gode rutiner for forsvarlig utskrivelser av de pasientene som kan det. Alle andre akuttavdelinger i Norge har mulighet til å overføre pasienter på tvang til andre avdelinger, og det å ha dette tilgjengelig er en direkte anbefaling fra de akuttpostene vi har vært i kontakt med. Per i dag har Helgelandssykehuset ingen andre avdelinger som er godkjente for bruk av tvang. Det er prosjektgruppens anbefaling å se på om det er mulig å søke godkjenning for tvangsbehandling på en av de døgnavdelingene som er i Helgelandssykehuset i dag dersom det vedtas å opprette en akuttavdeling, for å kunne sikre ivaretagelsen av pasientflyt i akuttavdelingen.

Utvikling nasjonalt og regionalt

Behandling av psykiske lidelser er i kontinuerlig utvikling, og det er derfor viktig å ha oversikt over metoder og måter denne behandlingen er i utvikling for å forutse framtidige behov på en god måte. Prosjektgruppen har vært i kontakt med akuttavdelinger over hele landet og fått informasjon om hvordan moderne akuttavdelinger drives og hvilke utfordringer og utviklinger innen akuttarbeid de ulike avdelingene opplever. Alle avdelingene rapporterer om endringer over de siste årene i forhold til pasientene som blir innlagte. De rapporterer om generelt sett dårligere pasienter, mer tvang, mer psykose, mer rus, mer vold og utagering, mer suicidalitet og tiltak ift dette, mer skader på inventar og personale og mer bruk av tvangstiltak i avdeling. Også NLSH som ivaretar Helgelandssykehusets pasienter i dag rapporterer om dette. Tradisjonelt sett har pasienter med volds- og utageringsproblematikk blitt overført til sikkerhetspost ved NLSH. Men plassene på sikkerhetsposten har de senere årene stort sett vært fylt opp av pasienter som er dømt til tvungen behandling, noe som innebærer at akuttpostene må ivareta de tradisjonelle sikkerhetspasientene. Dette innebærer mer vold og utagering, mer tvangstiltak, mer skader og HMS-avvik og krever mer spesialkompetanse i personalgruppen. Ifølge ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹ har antall dommer økt betraktelig de siste årene på landsbasis, og halvparten av alle sikkerhetsplassene i Norge var i 2019 brukt av domfelte pasienter. Dersom trenden i økning av antall



nye dommer fortsetter å øke slik den har, kommer vi ikke til å ha kapasitet til å ivareta antall domfelte i de tilbudene som eksisterer i dag. Akuttavdelingene i Namsos og Levanger forteller at de har måttet ivareta pasienter på dom i akuttavdeling over tid på grunn av manglende kapasitet på sikkerhetspost. Ifølge Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025³ skal Helse Nord øke kapasiteten innen sikkerhetspsykiatrien med fem nye plasser fordelt på lokalisasjonene ved Nordlandssykehuset og UNN. Dette innebærer at en eventuelt nyetablert akuttavdeling på Helgeland bør planlegge å kunne ivareta og behandle pasienter med høy voldsrisiko selv. Det vil også være gunstig å ha klare og tydelige avtaler med NLSH og deres sikkerhetspost i forhold til hvilke pasienter som kan overføres dit.

En akuttavdeling vil per definisjon være en avdeling som tilbyr øyeblikkelig hjelp, dvs tar imot pasienter samme dag som de blir henvist til innleggelse. Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹ beskriver en nasjonal trend i perioden 2016-2019 hvor antall opphold og personer er stigende per innbygger på nasjonalt nivå for øyeblikkelig hjelp-innleggelser, samtidig som andre typer innlegger reduseres både i antall personer, antall innleggelser og antall liggedøgn. Modellen beskriver en forskyvning av kapasitet fra elektive innlegger til øyeblikkelig hjelp, parallelt med en økning i mer alvorlig tilstander som blir innlagt, økt antall pasienter henvist på tvangsparagraf, samt reduksjon i andelen med mild depresjon, uspesifiserte lidelser og andre lidelser. Denne utviklingen forventes å fortsette, samtidig som det forventes økt behov for akutte tjenester til pasienter med rus- og avhengighetslidelser. Modellen framskriver at antall liggedøgn innenfor psykisk helsevern for voksne fra Helgelandssykehuset totalt sett vil gå ned med 4 % mot 2040. Lidelser som psykose, rusutløst psykose og spiseforstyrrelser vil totalt sett ha en betydelig økning, mens reduksjonen er størst i forhold til personlighetsforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser, LAR og andre psykiske lidelser. Dette innebærer at tilstander som vanligvis krever akuttavdeling forventes å øke fram mot 2040, mens det reduseres på andre typer innleggelser. Denne utviklingen rapporterer også Nordlandssykehuset og andre akuttavdelinger som prosjektgruppen har vært i kontakt med: det rapporteres mer psykose, økt grad av suicidalitet, flere pasienter med spiseforstyrrelser, flere eldre og mer rusrelatert problematikk. Flere avdelinger vi har vært i kontakt med rapporterer at de opplever at deres hovedutfordringer er i forhold til bruk av mekanisk tvang og å ha tilstrekkelig kapasitet til behandling av psykosepasienter. Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹ anbefaler økt kapasitet til døgnbehandling av pasienter med ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser med 15%.

Prosjektgruppas anbefaling

Prosjektgruppa anbefaler at en eventuell nyetablert akuttavdeling på Helgeland blir dimensjonert med 10 senger, 2 skjermede enheter med hver sine stuer og uteområder og 2 mellomskjermrom, dvs rom med egen stue og uteområde som fleksibelt kan brukes til skjerming ved å låse dør til resten av avdeling eller åpne opp og bruke den som en del av avdelingen. Det er ønskelig at disse to rommene kan brukes som et alternativ til skjerming og for å åpne opp fra skjerming etter kortere tid, slik at bruk av tvangsvedtak kan holdes så lavt som mulig.

Med 14 senger totalt tilgjengelig, er det et spørsmål om avdelingen offisielt skal være dimensjonert for å ta imot 10, 12 eller 14 pasienter om gangen. Noen akuttavdelinger som for eksempel



akuttavdelingene ved NLSH, regner ikke skjermede enheter med i sitt sengetall. De skal da ha ledig kapasitet på andre rom om pasienter er på skjerming. Det som da kan skje i praksis er at dersom det er sprengt kapasitet og mange pasienter, blir pasienter lagt inn på skjermet enhet uten låst dør. De har da et større område til disposisjon, men er ikke på skjerming. Dersom dette skjer regelmessig vil det medføre overbelegg og at flere pasienter vil være innlagt enn det avdelingen er dimensjonert for, noe som vil medføre behov for å leie inn ekstra personale, som kan være mindre kvalifiserte enn de faste ansatte. Ut fra de tallene som beskrives i vedlegg 3, er det vanskelig å forsvare en dimensjonering på 14 senger, da dette vil medføre en svært lav beleggsprosent store deler av året. På samme måte vil den dimensjonering på 10 senger medføre overbelegg såpass ofte at det kan påvirke kvaliteten i tilbudet som gis. Ut fra tidligere bruk, ser det ut som om 12 senger vil være en tilstrekkelig dimensjonering for en lokal akuttavdeling. Men det ligger noe usikkerhet knyttet til hvordan det å opprette et lokalt tilbud kan påvirke bruken av avdelingen i tillegg til at det ligger nasjonale føringer i forhold til å øke tilbud til pasienter med ROP-lidelser, alvorlig psykisk lidelse og spiseforstyrrelser med 15 %. 12 senger vil være en økning på 20 % ut fra dagens tilgjengelige 10 senger ved akutenhet Sør ved NLSH. Det er prosjektgruppas anbefaling at de to rommene med fleksibelt bruk anbefales å brukes som en del av sengetallet, men de to skjermede enhetene anbefales å ikke gjøre det, slik at avdelingen da offisielt får 12 senger. Det anbefales også å gjøre en evaluering av drift og bruk av avdelingen etter at den har vært åpen og i full drift en stund.

Bemanning

Det er ulike måter å regne på hva som er nødvendig og tilstrekkelig personale for å drifte en avdeling. Sintef hadde i 2006² en omfattende gjennomgang av alle akuttavdelinger i Norge, hvor de blant annet har beskrevet hvordan disse var bemannet. Dette gir oss en indikasjon på hva som er vanlig bemanning i akuttavdelinger.

Tabellen viser Sintef² sine funn i forhold til typisk bemanning av ulike typer akuttposter:

Bemanningsfaktorer (bemanning pr døgnplass) for ulike personalgrupper i ulike typer akuttposter									
	Mottakposter			Akuttposter			Subakuttposter		
Kolonne1	Snitt	Min	Maks	Snitt	Min. 3	Maks4	Snitt5	Min. 6	Maks7
Legefaktor	0,4	0,3	0,4	0,3	0,2	0,6	0,3	0,2	0,5
Psykologfaktor	0,1	0	0,1	0,1	0	0,2	0,1	0,1	0,1
Lege+psykolog	0,5	0,4	0,5	0,4	0,2	0,7	0,4	0,3	0,6
Miljøpersonalfaktor	3,2	3	3,5	2,9	1,2	4,6	2,5	1,6	3,4
Personalfaktor	3,6	3,5	3,9	3,3	1,6	5,3	2,8	1,8	4

For en akuttavdeling med 12 senger innebærer dette 2-7 leger, 1-2 psykologer, og 14-55 miljøpersonell. Til sammenligning har krise/akuttavdelingen i Mo i Rana, 1 overlege, 1 psykologspesialist, og to LIS-stillinger. Det gir 4 behandlerstillinger, som er akkurat gjennomsnittet på en subakuttpost ifølge tabellen. I en akuttavdeling anbefaler vi 2 overlegestillinger, 1



psykologspesialist, 2 LIS3, 2 LIS1 og 1 psykolog i spesialisering. Dette er den samme bemanningen som Akutt Sør har ved NLSH fordelt på 10 senger + 2 skjermede enheter, men som også deltar i vakt. Den tilbakemeldingen vi får fra akuttpostene vi har vært i kontakt med er at det er såpass mye fravær på dagtid pga vakt at det må være så mange behandlere ansatt for at det skal være mange nok på jobb til å få hverdagen til å gå rundt. Det er mulig å ta inn 3 LIS1 dersom det ikke lar seg gjennomføre at den tredje får tjenesten sin i annen avdeling på samme lokalisasjon. De andre akuttavdelingene vi har snakket med har av og til 3 LIS1, og av og til 2. Den tredje ruller mellom flere avdelinger. Det vil være heldig for vaktordningen å ha 3 stk LIS1 på samme lokalisasjon dersom dette er mulig å få til. Anbefalingen vår vil fordelt på 12 senger gi en legefaktor på 0,5, en psykologfaktor på 0,17 og en lege+psykologfaktor på 0,67 per seng, noe som er i det høyere sjiktet men under det Sintef² har beskrevet som maks bemanning i 2006.

Alle akuttavdelinger som finnes rundt omkring i Norge er samlokaliserte med andre avdelinger. De avdelingene som ikke er samlokaliserte med andre akuttposter, er samlokaliserte med andre døgnavdelinger, som for eksempel Førde, Levanger og Namsos. Med dette kan de ha støtte fra andre avdelinger for eksempel i forbindelse med voldsalarm, at antall personer som kommer til alarmsituasjoner kan fordeles på flere avdelinger. De kan også bistå hverandre for eksempel ved sykdom. I stedet for å leie inn ekstra sykepleier i forbindelse med kontrasignering av medisinaldeling, kan avdelingene bistå hverandre, eller behandlere kan hjelpe til på andre avdelinger ved sykdom, uforutsette hendelser eller uvanlig mye aktivitet. Det kan også benyttes felles vikar/ekstravaktlister for å sikre tilgjengelig kvalifisert personale. På en akuttpost vil driften i stor grad være varierende og uforutsigbar, og det vil regelmessig være behov for å tilføye ressurser til avdelingen for å håndtere de utfordringene som hverdagen bringer. Ved å samlokalisere en eventuell akuttpost med en av de andre døgnavdelingene på Helgeland, vil avdelingene kunne samarbeide om ressurser, noe som innebærer mindre kostnader og bedre forsvarlighet i driften av akuttavdelingen.

I forhold til antall personer som trenger å være tilgjengelig for en alarmsituasjon, opererer ulike akuttavdelinger med ulik praksis. Ved NLSH er det slik at alle som har mulighet til det, løper til alarm. Dette kan være rundt 10 personer. Alarmer kan forekomme døgnet rundt, og uavhengig av ferietid, helg og helligdager. Ved AHUS (som er Norges største med 2700 akuttinnleggelse i året) er det 6 personer (to stk fra 3 ulike avdelinger) som har alarmvakt på hvert skift, dvs at dersom en alarm går, er det de som løper til alarmen. Dette gjør driften av avdelingen som står i beredskap mer forutsigbar. I tillegg reduserer det tid før noen ankommer alarmsituasjonen, fordi det ikke må avklares hvem som løper og hvem som blir igjen i egen avdeling. Namsos er Norges minste akuttavdeling. De har 4 nattevakter på akuttavdelingen, men 2 på andre avdelinger. Ved både Namsos og Levanger, løper alle nattevakter på «huset» til en alarmsituasjon med mindre de står i en situasjon som ikke kan forlates andre steder, dvs at de andre avdelingene midlertidig blir uten nattevakt. De sier begge at det er viktig med mange nok personer til stede i en alarmsituasjon, og at de er raske til å sende mennesker tilbake der de kom fra dersom/når det ikke er behov for dem. Det har aldri oppstått noen uheldige situasjoner pga nattevaktene fra de andre avdelingene midlertidig forlater avdelingene sine. Ut fra anbefalinger og erfaringer fra andre Helseforetak, virker det som om man minimum må være 6 mennesker på jobb, døgnet rundt og året rundt for å bistå ved alarmsituasjoner. Ved samlokalisering, kan noen av disse 6 komme fra andre avdelinger. De må dog ha den samme kompetansen og opplæring i håndtering av vold uavhengig av hvilken avdeling de



jobber på. Dette innebærer at dersom samlokaliserte avdelinger skal bistå i alarmsituasjoner, må alle ansatte der få samme opplæring som de som jobber i akuttavdelinger i forhold til håndtering av aggresjon og vold.

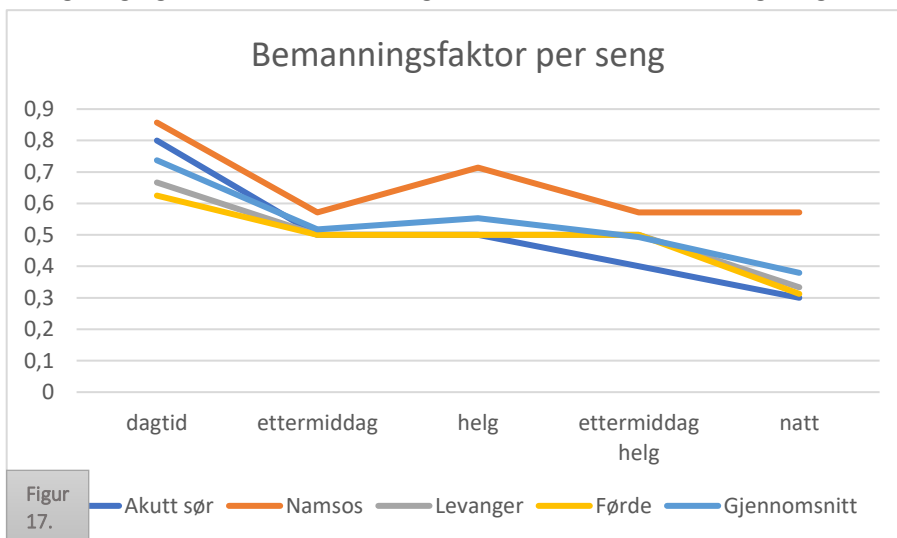
Da det ikke eksisterer en akuttavdeling på Helgeland i dag, vil sannsynligvis de fleste av mulige søkere ikke ha erfaring fra å jobbe i en akuttavdeling. Det vurderes derfor som viktig å ha en plan for opplæring av ansatte, også de som jobber i andre avdelinger dersom disse skal bistå ved alarmsituasjoner. Dette innebærer kursing i håndtering av vold og deeskalering av potensielle voldsepisoder, samt bruk av tvangsmidler som for eksempel beltelegging. Hospiteringsordninger hos eksisterende akuttavdelinger anbefales, i tillegg til opplæring i anerkjente metoder for deeskalering av potensielle voldsepisoder, for eksempel MAP. I tillegg til opplæring i forkant av oppstart, er det behov for kontinuerlig opplæring på disse områdene. Levanger og Namsos setter opp ukentlige sesjoner med scenariotrening hvor alle ansatte kan møte. De krever oppmøte minst en gang i måneden for akuttpost og 4 ganger i året for andre. De bruker også VR-briller både til øving på scenarioer og til opplæring i spesifikke tema. Alle akuttavdelinger vi har vært i kontakt med har regelmessig trening på hvordan håndtere vold og aggresjon, i tillegg til regelmessige refleksjonsmøter ift håndtering av tvang.

Nordlandssykehuset forteller om omfattende bruk av innleie og oppbemanning dersom de har flere pasienter inne med omfattende problematikk – grunnbemanning skal dekke ekstra oppfølging av 2 pasienter. Dersom det er flere innlagt som trenger fotfølging, har utageringsproblematikk osv, så må de bemanne opp avdelingen. Dette koster mye, men er nødvendig for å forebygge både utstrakt bruk av tvang, skader på personalet og for å sørge for trygghet både for pasienter og ansatte. Nord-Trøndelag har en noe lavere beleggsprosent både på akutt og på de andre avdelingene, og flytter først og fremst mennesker som allerede er på jobb internt. De bruker noen ressurser for å hele tiden ha oversikt over hvor behovene er størst og hvem som kan avsees, men dette innebærer også at de har et betydelig mindre behov for innleie og overtid sammenlignet med NLSH. Dette virker som en bedre modell både i forhold til belastninger på enkeltpersoner og økonomi. NLSH snakker også åpent om hvordan ikke alle kan jobbe i en akuttavdeling, og at rekruttering av personell handler om å finne de menneskene som klarer å stå i vanskelige situasjoner. Dersom en person backer ut når noe blir vanskelig, kan situasjonen bli farlig for kollegaene. Andre avdelinger vi har vært i kontakt med har et lignende budskap, men Levanger snakker mer om hva som skal til av opplæring for å gjøre personell trygge nok og kompetente nok til å stå i arbeidshverdagen i en akuttavdeling, og noe mindre om at de må ha en egnethet i bunnen. Både formalkompetanse, erfaring og personlig kompetanse påvirker dermed hvor mange mennesker som må være på jobb på en gang, og det virker å være viktig å ha fokus på både å velge ut rett personell samtidig som vi gir tilstrekkelig opplæring og kompetansebygging både før en evt oppstart av en avdeling og videre i den kontinuerlige driften.

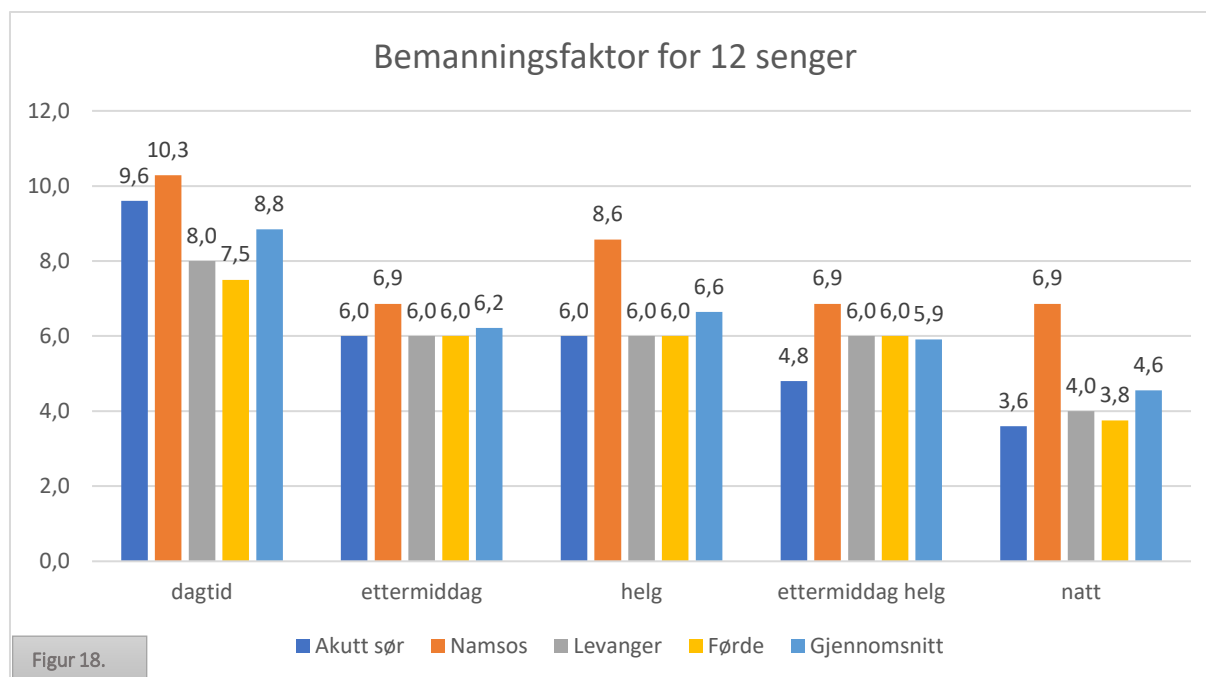
I forhold til miljøpersonell må bemanning sikre forsvarlig drift, forsvarlig ivaretagelse av ulike typer situasjoner og nok personell til å bistå ved alarmen. Det må også være tilstrekkelig personell til å ivareta alle situasjoner som oppstår i en akuttavdeling. NLSH har tre akuttavdelinger med 10 senger. De har 8 personer på dagtid, 5 ettermiddag og 5/4 helg, og 3 på natt. Men her kan avdelingene bistå hverandre, da særlig i alarmsituasjoner. Levanger har 8 på dagtid, 6 på ettermiddag og helg og 4 stk på natt fordelt på 12 senger. De er også samlokaliserte med to andre avdelinger. Namsos har 5/6 på dag, 4 ettermiddag og 4 på natt, men da fordelt på 7 senger. Førde har 10 personer på dagtid, 8 ettermiddag og helg, og 5 personer på natt, dette er fordelt på 16 senger. Dersom man deler antall



personer på jobb på antall tilgjengelige senger, finner vi bemanningsfaktorene per dagtid, ettermiddag, helg, ettermiddag helg og natt for akuttavdelingene i Bodø, Namsos, Levanger og Førde og et gjennomsnitt av disse. Resultatene vises i Figur 17 til høyre. Ved en evt. nyetablert akuttavdeling på Helgeland, er det som tidligere nevnt prosjektgruppas anbefaling at denne skal dimensjoneres for 12 senger. Ved å bruke bemanningsfaktorene funnet i Figur 17 over og gange dette med 12 senger, kan man finne hva bemanningen ville ha vært for 12 senger med den bemanningsfaktoren som de har på Akutt Sør i Bodø, akuttavdelingene i Namsos, Levanger og Førde samt et gjennomsnitt av disse 4. Resultatene vises i Figur 18 under.



Figur 17. Ved å bruke bemanningsfaktorene funnet i Figur 17 over og gange dette med 12 senger, kan man finne hva bemanningen ville ha vært for 12 senger med den bemanningsfaktoren som de har på Akutt Sør i Bodø, akuttavdelingene i Namsos, Levanger og Førde samt et gjennomsnitt av disse 4. Resultatene vises i Figur 18 under.



Figur 18. For en avdeling på Helgeland med 12 tilgjengelige senger anbefaler vi en bemanning på 9 stk på dagtid, 6 på ettermiddag, helg og helligdager, og 4 stk på natt. Den gjennomsnittlige bemanningen på de akuttavdelingene som vi kan sammenligne oss med er som illustrert i figur over 8,8 på dagtid, 6,2 ettermiddag, 6,6 helg, 5,6 ettermiddager helg og 4,6 natt. Den bemanningen som prosjektgruppa anbefaler, tar kun utgangspunkt i bemanning for håndtering av selve akuttavdelingen. Dette betyr at en slik bemanning forutsetter at det er minst en annen nærliggende avdeling som kan bistå i tilfelle



alarmer, og som man kan samarbeide med i forhold til bemanning dersom det er mye som skjer i avdeling. Uten samarbeidende avdeling, bør bemanning økes med 1 person på dagtid, og 2 ettermiddag, helg og natt. På miljøsidan anbefaler vi at det skal være minst 2 sykepleiere/vernepleiere natt, minst 3 ettermiddag og helg og minst 4 på dagtid i grunnbemanning. Vi anbefaler også at det skal være minst 2 menn på hver vakt. En bemanning med 9+6+4 på miljøsidan, gir behov for 29,5 årsverk. Om nattevakter går hver tredje helg med 66 % stilling, gir dette behov for 12 ansatte nattevakter. Det gir resterende 21,5 årsverk til fordeling på D/A/Helg-stillinger.

	MAN	TIRS	ONS	TORS	FRE	LØR	SØN
D	9	9	9	9	9	6	6
A	6	6	6	6	6	6	6
N	4	4	4	4	4	4	4

Utfordringen med utforming av bemanningsplanen er helgene. Dersom de ansatte skal jobbe hver 4 helg, gir det behov for flere småstillinger for å få turnusen til å gå rundt og flere ansatte totalt sett. Med jobb hver 4. helg trenger vi totalt sett 48 ansatte for å få helgene til å gå rundt, med jobb hver 3. helg, trenger vi 36 ansatte for å få helgene til å gå rundt. Det er også mulig å planlegge «langvakter» i helgene. Dette praktiseres ved flere av de mindre akuttavdelingene, og reduserer behovet for småstillinger for å få helgeturnusen til å gå opp.

Prosjektgruppas anbefalinger oppsummert

Dersom Helgelandssykehuset velger å opprette en fullverdig akuttavdeling i eget helseforetak, er prosjektgruppas anbefalinger at denne avdelingen dimensjoneres med 10 vanlige senger, 2 fullverdige skjermede enheter, og 2 rom som fleksibelt kan brukes som skjermede enheter og vanlige rom. Vi anbefaler at avdelingen offisielt er dimensjonert med 12 senger, og bemannes deretter. Vi anbefaler at det ansettes 2 overleger, 2 lis3, 1 psykologspesialist, 1 psykolog, 2/3 lis1, der den tredje kan jobbe i annen avdeling ved samme lokalisasjon og en miljødekning på 9 + 6 +4. For at denne bemanningen skal være forsvarlig, er det en forutsetning at akuttavdelingen er samlokalisert med en annen døgnavdeling, og vi anbefaler grundig opplæring i håndtering av akutte situasjoner, vold og aggresjon til både til ansatte i akuttavdelingen og i samlokalisert avdeling. Dette er en bemanning som er i det høyere sjiktet i nasjonal sammenheng, men sammenlignbar med andre små akuttavdelinger.



5. Konsekvenser og utfordringer

5.1 Rekruttering

For å kunne opprette en ny avdeling og utvide det lokale tilbudet på Helgeland, er det en viktig forutsetning at Helgelandssykehuset kan rekruttere tilstrekkelig kompetent personell, både for å drifte selve avdelingen og for å drifte en vaktordning døgnet rundt. Ifølge Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023⁴ vil det i tiden fram mot 2035 generelt sett være behov for mer helsepersonell enn det er tilgang på. Denne generelle trenden bygger de på SSB sine framskrivningstall, hvor de særlig antar en knapphet på sykepleiere og helsefagarbeidere fram mot 2035. De antar en god tilgang på leger og psykologer framover på nasjonalt nivå, samtidig som de stadfester at det er mangel på fastleger og spesialister i sykehusene. Samfunnsøkonomisk analyse AS⁵ gjorde i 2021 på oppdrag fra den norske legeförening en kartlegging av legesituasjonen på landsbasis. De beskriver en omfattende mangel på fastleger og på spesialister i psykiatri over hele landet, og spesielt i desentraliserte områder, slik som Helgeland er. I Helse Nord bruker 75 prosent av lederne som svarte på undersøkelsen vikarer for å dekke behovet for psykiatere. Samfunnsøkonomisk analyse AS⁵ anbefaler tiltak for å øke rekruttering: opprette flere LIS1-stillinger, bygge større fagmiljø samt rekruttere kandidater med lokal tilhørighet, da spesielt LIS1. NAV gjennomførte i februar og Mars 2022 sin årlige bedriftskartlegging av bedrifter i Nordland fylke, og avdekket da at det er særlig mangel på sykepleiere og helsefagarbeidere. I hele Nordland er det henholdsvis 550 og 380 ubesatte stillinger som sykepleier og helsefagarbeider.

Det er prosjektgruppens vurdering at rekruttering kan bli den største utfordringen med å opprette en lokal akuttavdeling, da både i forhold til rekruttering av personell til selve avdelingen, og ha tilstrekkelige leger tilgjengelig for forsvarlig drift av vaktordning. Det er for tiden legemangel over hele landet og også på Helgeland. Det er mangel på fastleger, og mangel på leger ved sykehusene. Alle lokalisasjoner har flere vakante stillinger for leger, og det oppleves som utfordrende å rekruttere både LIS og overleger. Noe rekruttering skjer, men det er utfordrende å fylle eksisterende legestillinger over tid. Det ble i forbindelse med etableringen av vaktordning på Helgeland i 2020 gjennomført en vurdering av hvor mange mennesker man trenger tilgjengelig for å ha forsvarlig drift av en vaktordning. Det ble da anbefalt minimum 6-delt vakt for både forvakt og bakvakt, noe som krever at minst 6 LIS og overleger deltar i ordningen. Når vi har vært i kontakt med andre akuttavdelinger som ikke er organiserte sammen med flere akuttavdelinger, dvs akuttavdelingene i Levanger, Namsos og Førde har vi stilt spørsmål om hvor mange mennesker de ønsker å ha i vakt for å ha en mest mulig stabil og robust vaktordning. Det svaret vi da har fått at for seg selv ønsker de en minst 10-delt vakt og helst en 12-delt vakt for å sikre en stabil og robust vaktordning.

Menneskers situasjon forandrer seg, noe som gjør at personalfaktoren også endrer seg. For LIS3 trenger de både praksis fra akuttavdeling og psykose, og i dag er NLSH nærmeste sykehus som er godkjent for det. For Helgelandssykehuset, betyr det at flere år av tiden som legene er i spesialisering, vil de jobbe et annet sted. I tillegg vil det alltid være noen utbyttinger og noen som er midlertidig borte fra jobb pga sykdom eller barn. Dette innebærer at for å etablere en mer omfattende vaktordning enn den som eksisterer i dag, og sikre forsvarlig drift av denne uten at dette skal gå ut over enkeltindivider som jobber særlig mye, må det være flere enn 6 leger i både forvakt- og bakvaktssjiktet. Dette for å unngå merbelastning og vakanser ved langtidsfravær eller dersom noen slutter. En måte å sikre tilstrekkelig stabilitet og robusthet i vaktordningen er å legge de samme



føringene på vaktordningen som andre mindre avdelinger legger, dvs å anbefale minst en 10-delt vakt inkludert legene som jobber i akuttpost. Dette vil ikke være lokalisasjonsavhengig eller avhengig av eksisterende vaktordning.

Dersom en lokal akuttavdeling opprettes, kan denne godkjennes som akuttåret for LIS3. Dersom Helgelandssykehuset samtidig jobber med å få FACT-team godkjent for i hvert fall noen av læringsmålene med psykose, innebærer dette at leger i spesialisering kan jobbe større del av spesialiseringen lokalt. Det kan være mulig å gjennomføre all spesialisering lokalt avhengig av hvor mye av psykosekravene i spesialiseringen man kan få godkjent lokalt. Dette er både positivt i forhold til at vi kan benytte oss av deres arbeidskraft under spesialisering, det vil være med å bygge et større fagmiljø (noe som er et poeng i forhold til rekruttering), og det vil være større sannsynlighet for at legene blir ved Helgelandssykehuset som ferdige spesialister dersom de har jobbet lokalt mesteparten av spesialiseringen. Det å vite at man kan gjennomføre hele eller i alle fall mesteparten av spesialisingsløpet på et sted kan i seg selv ha en rekrutterende effekt. Ved opprettelse av en lokal akuttavdeling, betyr dette at vi også må opprette en vaktordning 24-7. Dette kan oppleves som en merbelastning for den enkelte arbeidstaker, og kan således virke dekretterende. Men om dette betyr et større fagmiljø totalt sett og større del av spesialiseringstiden kan brukes lokalt, er det prosjektgruppas vurdering at de positive effektene mest sannsynligvis vil være større enn de negative.

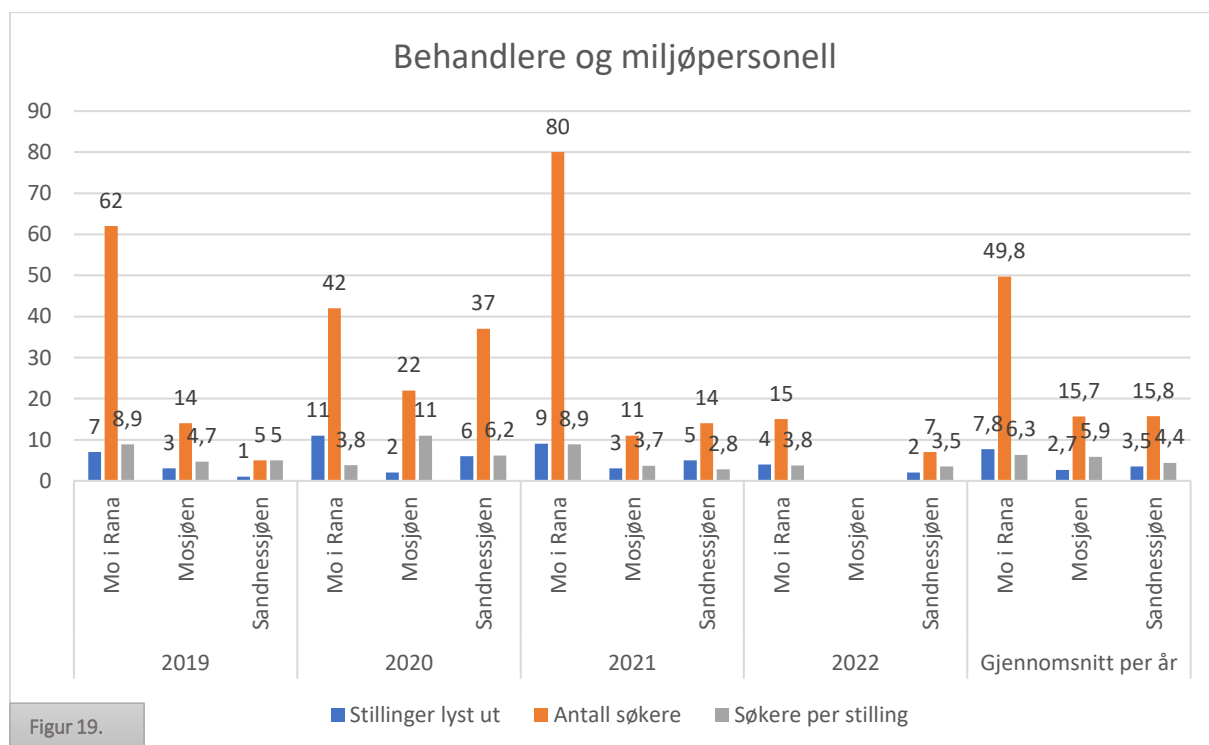
Dersom en lokal akuttavdeling opprettes, vil dette innebære at man blir nødt til å opprette en vaktordning som er mer omfattende enn den vaktordningen som eksisterer i dag – med bakvakt som kan møte opp på avdelingen ved behov. De fleste akuttavdelinger har tilstedevakt for forvakt. Helse-Nord-Trøndelag har hjemmevakt, med utrykningstid på 30 min. Denne ordningen koster mindre, men er også lite populær blant forvaktene. En mer omfattende vaktordning vil kreve mer av både forvaktene og bakvaktene, og man kan kun benytte ansatte ved en lokalisasjon, og ikke bakvakt tilgjengelig via telematikk. Både NLSH og Nord-Trøndelag benytter seg av LIS1 i forvakt, med opplæring i forkant. De sier at dette minsker vaktbelastningen totalt, men det krever også noe mer av bakvaktene sammenlignet med når en erfaren LIS3 har forvakt. Namsos, Levanger, Førde og Bodø har alle til enhver tid 2 stk LIS1 (og av og til 3) som jobber avdeling og går vakt. Dette både minsker belastningen på de andre legene, og er personer som man potensielt kan rekruttere fra. Det er et poeng at en vaktordning forskyver legeressurser fra dagtid til ettermiddag, natt, helger og helligdager. Dette innebærer at det totalt sett vil være mindre tilgjengelige ressurser på dagtid for alle avdelingene på samme lokalisasjon som akuttposten med mindre det rekrutteres flere leger også til de andre avdelingene.

Ved å etablere en lokal akuttavdeling, bør det gjennomføres en vurdering av hvordan dette påvirker andre avdelinger. Dette gjelder særlig de andre døgnpostene på Helgeland og ambulans akutteam. For døgnpostene er det et spørsmål om de skal fortsette slik de fungerer i dag, eller om det skal gjøres endringer i forhold til behandlingsprofil, spesialisering ift behandling av spesifikke grupper, godkjenning for bruk av tvang, osv. For subakuttavdeling blir det et spesifikt spørsmål om de skal fortsette å ta imot pasienter til subakuttinnleggelser, eller om andre pasientgrupper/innleggelsestyper heller bør prioriteres. Med etablering av vaktordning 24/7, blir det et spørsmål om vi skal fortsette med å tilby subakuttinnleggelser på dagen, vil dette i stor grad påvirke ambulans akutteam. Det blir da et spørsmål om ambulans akutteam skal fortsette å jobbe slik de jobber i dag, om de skal jobbe og brukes på en annen måte, eller om de ansatte der skal være

med inn andre avdelinger som for eksempel FACT eller en ny akuttavdeling. Sistnevnte alternativ vil gi et redusert behov for ny rekruttering for akuttavdelingen, men det blir et spørsmål om hvem som skal håndtere de oppgavene og pasientene som AAT håndterer i dag. Prosjektgruppen mener at det er utenfor vårt mandat å si noe om innhold av videre drift av døgnposter og AAT på Helgeland, men vi anbefaler at dette blir sett på dersom Helgelandssykehuset velger å gå videre med å etablere en akuttavdeling.

Miljøpersonell

Helgelandssykehusets døgnavdelinger i Mo i Rana og Mosjøen i tillegg til Rusavdelingen i Mo i Rana rekrutterer i dag miljøpersonalet med kompetanse innenfor rus og psykiatri som kan sammenlignes med behov for kompetanse hos miljøpersonalet i en akuttpost. Alle tre avdelingene rapporterer at rekruttering av kompetent miljøpersonell er enkelt. Det er mange kvalifiserte søkere til hver utlyst stilling, og det er ingen vakante stillinger. Poliklinikkene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen opplever til dels det samme i forhold til rekruttering av behandlere til stillinger i poliklinikk, dette er stillinger som krever utdanning på høyskolenivå og kvalifikasjonene kan sammenlignes med det som trengs for å jobbe som miljøterapeut i avdeling.



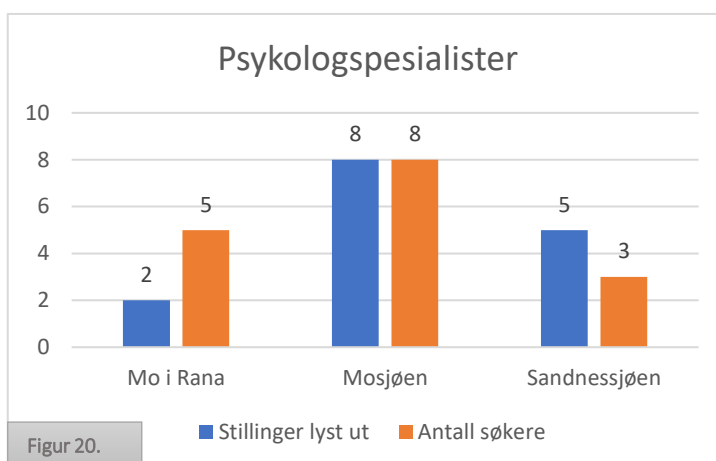
Figur 19 over viser antall utlyste stillinger og antall søkere på behandler og miljøterapeutstillinger i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen de siste 4 årene. I Mo i Rana var det totalt sett 199 søkere på 31 utlysninger disse årene, noe som gir gjennomsnittlig 6,4 søkere per utlyst stilling, og gjennomsnittlig 49,8 søkere per år. I Mosjøen var det totalt sett 47 søkere på 8 utlysninger disse årene, noe som gir gjennomsnittlig 5,9 søkere per utlyst stilling, og gjennomsnittlig 15,7 søkere per år. I Sandnessjøen var det totalt sett 63 søkere på 14 utlysninger disse årene, noe som gir gjennomsnittlig 4,5 søkere per utlyst stilling, og gjennomsnittlig 15,8 søkere per år. Disse tallene sier bare noe om antall søkere, ikke hvor kvalifiserte søkerne var. Men de forteller at det er flere



søkere til alle utlyste stillinger ved alle tre lokalisasjonene. Det er noe høyere antall søkere i Mo i Rana enn ved de andre lokalisasjonene, men det har også vært lyst ut flere stillinger her. Ut fra disse tallene virker det som om Helgelandssykehuset fint klarer å rekruttere behandlere og miljøpersonell. Dette er også i overensstemmelse med beskrivelser og tilbakemeldinger som prosjektgruppen har fått fra ledere ved ulike avdelinger og ulike lokalisasjoner.

Psykologer og psykologspesialister

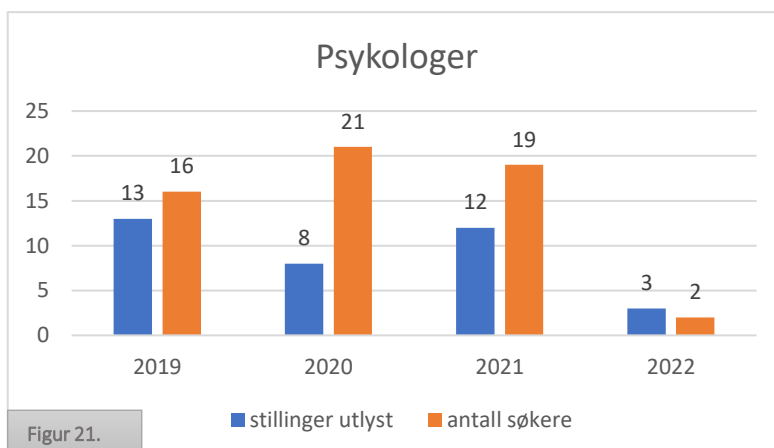
Både poliklinikkene og døgnavdelingene har i dag psykologer og psykologspesialister ansatt. Alle avdelinger har ansatt psykologer i alle stillingene. Lederne rapporterer at det er litt mer utfordrende å rekruttere psykologer enn miljøpersonale, og det er mer utfordrende å rekruttere psykologspesialister enn psykologer. Figur 20 til høyre illustrerer antall utlysninger og søkere for psykologspesialister i henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen i



Figur 20.

perioden 2019-2022. Det var da 2,5 søkere per utlyste stilling i Mo i Rana, 1 søker per utlyste stilling i Mosjøen og 0,6 søkere per utlyste stilling i Sandnessjøen. Både Mosjøen og Sandnessjøen hadde utlysninger hvor det ikke var noen søkere. Disse tallene viser kun antall søkere, og ikke hvorvidt søkerne var kvalifiserte for jobben de søkte på, eller om noen ble ansatt. Men tallene viser at det er mulig å rekruttere psykologspesialister, selv om det er utfordrende. Både psykologer og psykologspesialister kan ansettes i de samme stillingene. Dette innebærer at psykologer kan fortsette i den stillingen de har når de er ferdige med sin spesialisering. Det innebærer også at vi ikke har noen tall vedrørende hvor mange ansatte psykologspesialister det er vs hvor mange de ulike avdelingene ønsker å ha. Av og til lyses det ut med spesifikt ønske om ferdig spesialist, men som figur 20 over illustrerer, er det få stillinger det er snakk om.

En akuttavdeling vil på lik linje med de to døgnavdelingene som er på Helgeland vil bli godkjent som døgnåret for psykologer i spesialisering, dvs at det vil være mulig å rekruttere internt blant psykologene som allerede er ansatt ved Helgelandssykehuset. Dette vil da igjen påvirke ressursene ved andre avdelinger, og



Figur 21.



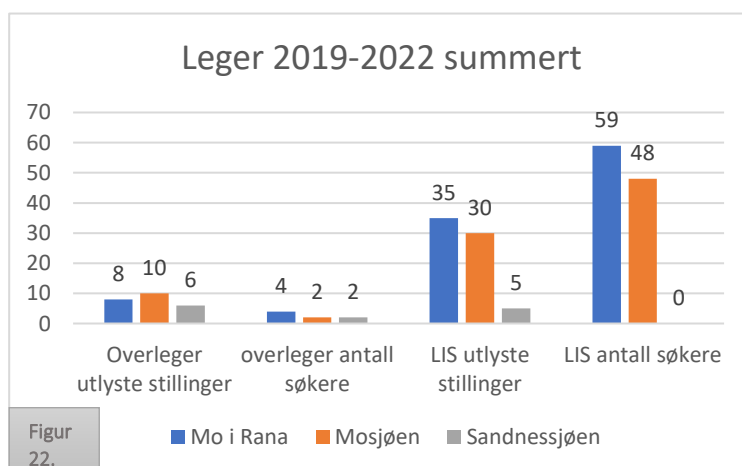
muligens gjøre at andre avdelinger må rekruttere flere. Figur 21 til høyre viser antall stillinger lyst ut og antall søkere på psykologstillinger for Mo i Rana og Sandnessjøen sammenlagt i årene 2019-2022. I Mosjøen har psykologstillinger blitt lyst ut som psykolog/behandler, og det er derfor ikke mulig å se hvor mange psykologer som har søkt på disse stillingene. I 2019 var det 1,2 søkere per utlysning, i 2020 var det 2,6 søkere per utlysning, i 2021 var det 1,6 søkere per utlysning mens det så langt i år har vært 0,7 søkere per utlysning. Det har kun vært lyst ut 3 psykologstillinger så langt i år på Helgeland, så det er små tall, og tallene sier ikke noe om kvalifikasjonene til søkere eller hvorvidt noen av disse ble ansatte. Men de forteller oss at det er søkere til utlyste stillinger, og kun en utlyst psykologstilling på Helgeland har vært uten søkere de siste 4 årene.

Leger

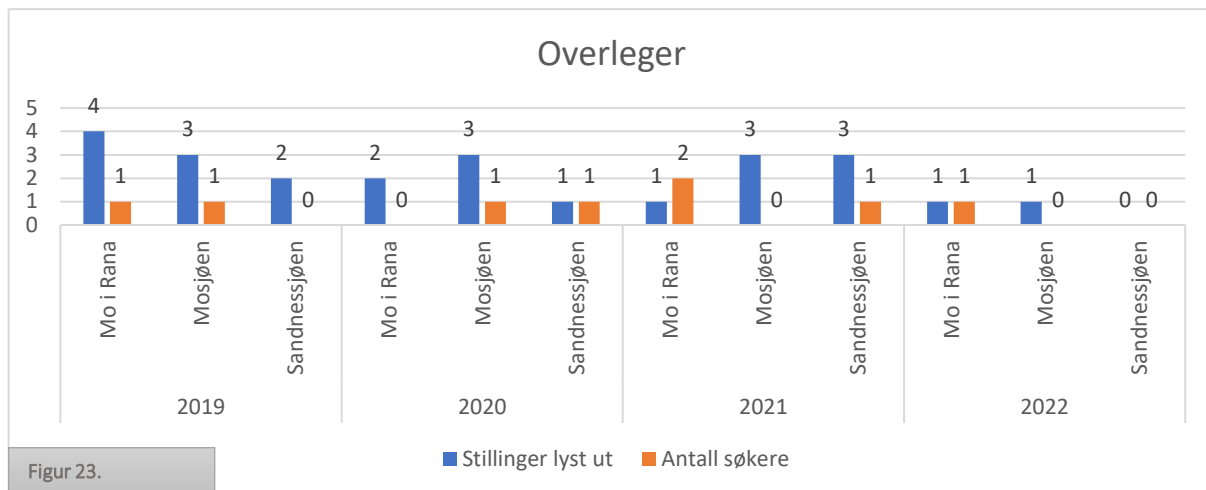
Det er for tiden legemangel over hele landet og også på Helgeland. Det er mangel på fastleger, og mangel på leger ved sykehusene. Alle lokalisasjoner har flere vakante stillinger for leger, og det oppleves som utfordrende å rekruttere både LIS og overleger. Noe rekruttering skjer, men det er ikke slik at Helgelandssykehuset klarer å fylle alle eksisterende legestillinger over tid. Per 18.05.22 er det 17 utlysninger på NAV i forhold til ledige legestillinger på Helgeland, 11 av disse er ledige stillinger ved Helgelandssykehuset, av disse er 4 utlyste stillinger for overleger innen område Psykisk Helse og Rus, fordelt på alle tre lokalisasjonene. Prosjektgruppen har vært i kontakt med andre akuttavdelinger og undersøkt hva de gjør for å rekruttere leger. NLSH rapporterer at de legger mye tid og innsats i å kontakte mulige kandidater for å prøve å rekruttere dem. De rekrutterer fra LIS1, studenter, og andre leger som har tilknytning til regionen. I Nord-Trøndelag har det tidligere vært tilstrekkelig å lyse ut stillinger, men de rapporterer at de nå må rekruttere mer aktivt fra bla LIS1 og studenter. Lederne våre rapporterer at selv om det er søkere på utlyste LIS-stillinger, er det flere av søkerne som ikke er kvalifiserte for den stillingen de søker på. Det er bl.a. flere som søker som ikke er lege eller ikke har autorisasjon, noe som innebærer at de ikke kan ansettes som lege i sykehus. HR i Helgelandssykehuset sier også selv at det ofte må gjøres mer enn å bare lyse ut en stilling for å kunne rekruttere leger. Men vi har likevel sett på tallene for utlyste stillinger både for LIS og overlege. I forhold til LIS er tallene dog ikke representative for hvor mange som kunne vært ansatt, da flere søkere ikke er kvalifiserte for den stillingen de søker på.

Figur 22 illustrerer antall utlyste stillinger og antall søkere for overleger og LIS ved henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen i perioden 2019-2022 summert. For overleger er det få utlyste stillinger og enda færre søkere til disse stillingene, men det er noen søkere. Figur 23 illustrerer hvordan disse søkerne er fordelt i forhold til tidsperiode, og det er ingen trend eller

utvikling som vises. Det lyses ut stillinger hvert år ved alle lokalisasjonene (det er ikke registrert utlysning i Sandnessjøen enda i år, men det kommer), og av og til er det en søker eller to. Mo i Rana



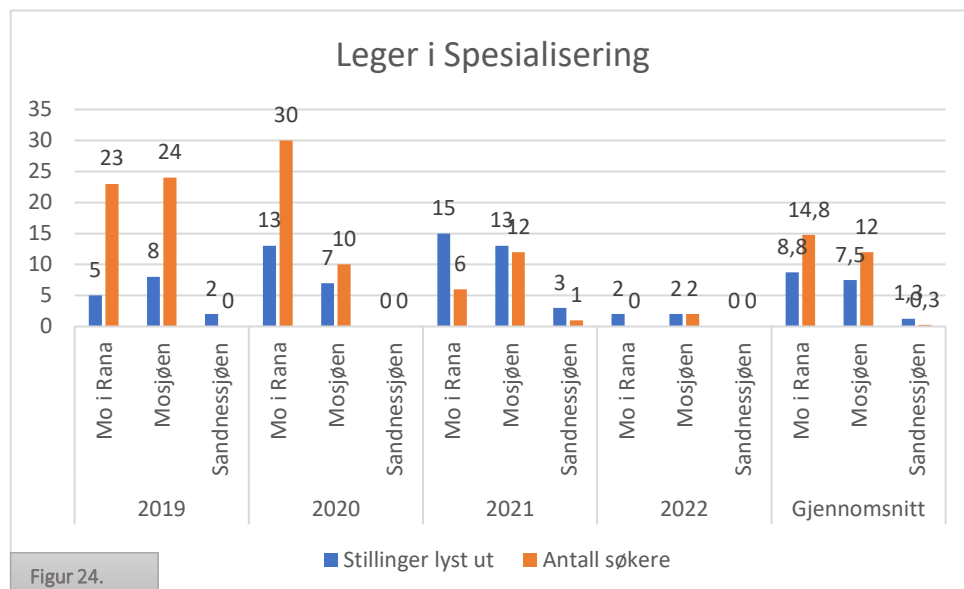
har totalt sett flere søkere enn de andre to lokalisasjonene, men det er utlysninger uten noen søkere ved alle tre lokalisasjonene. Alle lokalisasjonene har hatt minst et år hvor de ikke har hatt noen søkere på utlyste stillinger. Dette oppsummerer det lederne også har kommunisert av sin opplevelse, det er utfordrende å rekruttere spesialister. Vi rekrutterer noen sporadisk, men det ser ikke ut til å



være et mønster i når man lykkes å rekruttere eller når man ikke lykkes.

Helgelandssykehuset tar i dag imot medisinstudenter, men har ikke LIS-1 i klinikk for psykisk helse og rus. Det har vært sporadisk ansettelse av leger som venter på turnustjenester. Sykehuset har noe å hente på å få flere leger til å bli kjente med oss gjennom å bli godkjente for LIS-1 samt ansette leger som venter på turnustjenester. Det kan også legges ned mer systematisk arbeid i å forsøke å rekruttere leger som enten har hatt praksis her eller har annen tilknytning til regionen. Figur 24 under illustrerer antall utlyste stillinger og antall søkere år for år ved henholdsvis Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen.

Det er totalt sett flere utlyste stillinger og flere søkere til stillingene i Mo i Rana og Mosjøen sammenlignet med Sandnessjøen. De siste 4 årene har Sandnessjøen lyst ut LIS-stilling 5 ganger og kun hatt en søker. Til sammenligning



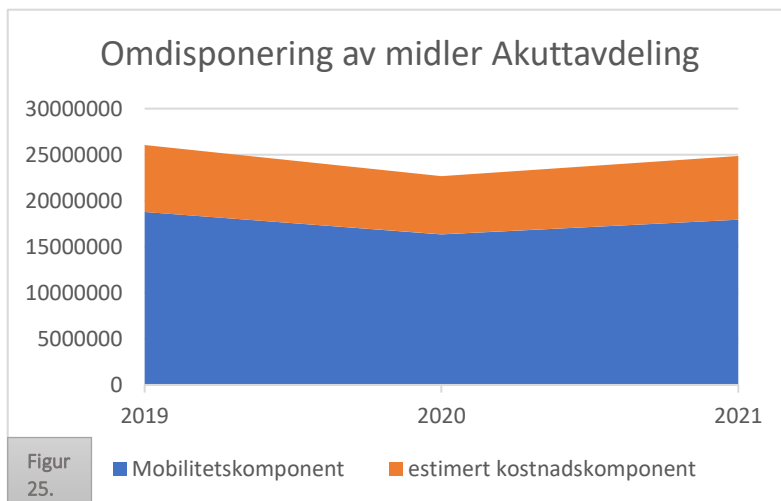
har Mo i Rana hatt 59 søkere på 35 utlysninger og Mosjøen har hatt 48 søkere på 30 utlysninger. Det var betydelig flere søkere i Mo i Rana og Mosjøen i 2019 og 2020 sammenlignet med 2021 og starten av 2022. Dette kan være uttrykk for en nedadgående trend, men det er vanskelig å si sikkert.



Oppsummert kan man si at rekruttering er mulig, men det er krevende. Jo høyere kvalifikasjoner og spesialisering vi ønsker oss fra framtidige arbeidstagere, desto vanskeligere er de å rekruttere. Det er noen forskjeller mellom lokalisasjonene, men det er utfordringer ved alle lokalisasjonene. Den største utfordringen når det gjelder rekruttering, vil nok bli å rekruttere nok leger til å få en stabil vaktordning 24-7. Her er også forskjellen størst i dag i forhold til eksisterende personell ansatt ved de ulike lokalisasjonene.

5.2 Økonomiske forhold

Helgelandssykehuset betaler ikke i dag noen faktura fra NLSH for behandling av pasienter, hverken i akuttavdeling eller andre avdelinger. I stedet omfordeles midler direkte fra Helse Nord til NLSH⁶. Denne omfordelingen er basert på flere ting. NLSH får et fast tilskudd i bunn (kostnadskomponenten) og en aktivitetsavhengig delfinansiering (mobilitetskomponenten). Dette innebærer at Helgelandssykehuset «betaler» gjennom at midler som ut fra populasjon skulle gis hit blir omfordelt til NLSH både per liggedøgn for faktisk aktivitet og for at NLSH har etablert dette tilbudet og har ansvaret som ligger i å tilby definerte behandlinger. Mobilitetskomponenten er i 2022 (basert på aktivitetstall fra 2021) 6850 kr per døgn. I 2021 hadde pasienter fra Helgeland 2617 liggedøgn ved akuttavdeling ved NLSH. Dette utgjør en mobilitetskomponent på ca 18 millioner. Beregningen av kostnadskomponenten er noe mer komplisert, da NLSH i dag får midler for flere avdelinger sammenlagt. Kostnadskomponenten skal kompensere helseforetakene for definerte kostnadsulempet for å ha en tjeneste. Dette innebærer at den summen som NLSH får i dag ikke bare kan deles på antall avdelinger de får penger for, men at hele modellen må vurderes og en ny fordeling bestemmes av Helse Nord. Dersom hele bevilgningen til NLSH skulle fordeles til helseforetakene etter behov og befolkning, ville dette utgjøre 10 millioner ekstra til Helgelandssykehuset i bevilgninger etter kostnadskomponenten. Helse Nord sier selv at disse tallene er usikre, og anbefaler at vi regner med en total bevilgning på 9500 kr pr døgn, som er døgnprisen for nasjonale gjestepasienter for



2022. Dette vil gi en minstesum for bevilgninger vi kan forvente dersom Helgelandssykehuset skulle opprette Akuttpost i eget helseforetak, totalt ca 25 millioner i året. Dette er illustrert i figur 25. Å bruke totalsummen 9500 per døgn vil for 2021 gi en noe lavere estimert kostnadskomponent enn de ca 10 millionene som Helse Nord selv sier kan forventes omfordelt ut fra befolkning og behov. Den endelige summen vil uansett være opp til Helse Nord.



Transport

Helgelandssykehuset bruker betydelige midler for å transportere pasienter fra Helgeland og til akuttavdeling slik situasjonen er i dag. Ambulansefly bekostes i dag ikke av HSYK selv, men av Luftambulansetjenesten HF, mens bilambulanse, politiledsagere og sivile ledsagere bekostes av Prehospitale tjenester i Helgelandssykehuset. I 2021 var de årlige kostnadene 4,2 millioner for transport til akuttavdeling ved NLSH, og med økende dieselpriiser kan man regne med at dette tallet er økende. Transport vil selvsagt være nødvendig uavhengig av hvor en akuttavdeling er lokalisert, så disse utgiftene vil ikke gå i null, men de kan reduseres betydelig ut fra dagens nivå dersom en akuttavdeling hadde vært lokalisert på Helgeland. Lang oppdragstid gir økt timespris pga dette utløser overtid for både politi og ambulanspersonell. Transport lokalt innenfor Helgeland ville på den måten utløse langt lavere kostnader.

Vaktordning

Prosjektgruppen har fått assistanse fra Helgelandssykehusets rådgivere til å regne ut lønnskostnader og kostnader knyttet til utvidet vaktjeneste. Helgelandssykehuset har i dag en begrenset vaktordning med åpningstider 16-23 hverdager, 12-20 helg/helligdager. Forvakt har 4 timer aktivtid og resten passiv. Denne vakten er 6-delt. Forvakt har 1 avspaseringsdag i løpet av hver 6-ukersperiode. Bakvakt har 2 timer aktivtid, resten av vakta er passiv. Denne vakten er for tiden 8-delt. Bakvakt har 1 avspaseringsdag i løpet av hver 8-ukersperiode. I tillegg har noen en avspaseringsuke i året. Dette gir noe redusert behov for kjøp av utvidet arbeidstid. Både forvakt og bakvakt har vakt hele helga når de har helg, og avspaseringsdag tas ut i forbindelse med helgevakt. Dette for å ivareta arbeidsmiljølovens krav om en fridag hver uke. Avspaseringsdagene betaler legene for selv ved at det trekkes fra betalt utvidet arbeidstid.

Ved opprettelse av en akuttpost vil det være behov for å ha vakt tilgjengelig døgnet rundt, og bakvakt må kunne rykke ut til avdeling ved behov. Pasientstatistikk og antall innleggelser har blitt presentert tidligere i rapporten. Ut fra tidligere tall virker det ikke å være behov for å ha en vakt tilgjengelig i aktiv tid hele døgnet. Andre avdelinger som kun har en akuttavdeling har innført noe av vakten som passiv, med utrykningstid på 20-30 minutter (det varierer mellom avdelinger), og rapporterer at dette er noe som fungerer. Da både akuttavdeling og fullverdig vaktordning vil være nytt på Helgeland, vil det være noe usikkert hvor mye aktiv tid det vil være behov for. Dersom dette skaleres for lavt, vil det bli mer utrykning i passiv-tiden, noe som gir mer slitasje på de ansatte og mer kostnader. Dersom dette skaleres for høyt, vil også dette gi mer slitasje på de ansatte og mer kostnader. Vi vet ikke enda hvordan det å etablere en akuttavdeling på Helgeland vil påvirke bruken av avdelingen sammenlignet med når den er lokalisert i Bodø. NLSH rapporterer om en del innleggelser på natt, men både ventetid på transport og tidsbruk ift gjennomføring av transport gjør at mange pasienter ankommer avdelingen mange timer etter at bestemmelsen om innleggelse er tatt. Vi foreslår å starte en vaktordning med et visst antall aktive timer med en anbefalt evaluering innen 6 måneder. Dette for å sikre at ordningen ivaretar både de ansatte og pasientene på en best mulig måte. Både ledere og de som skal gå vakt bør få anledning til å uttale seg spesifikt om hvordan en utvidet vaktordning skal organiseres og hvor mange timer aktiv tid det er behov for før ordningen innføres.

Innføring av en utvidet vaktordning i tillegg til ordinær stilling vil medføre flere arbeidstimer i uken, måneden og året for den enkelte ansatte som går vakt. Denne ekstra arbeidstiden kan avlønnnes med



økt lønn, avspasering eller en kombinasjon av begge. Arbeidsmiljøloven har generelle vernebestemmelser, men åpner for tariffavtaler. Legeforeningens tariffavtale innebærer at den enkelte lege innenfor rammene i en tjenesteplan kan arbeide inntil 19 beregnede timer per vakt døgn, at ingen arbeidsuke skal overstige 60 timer, at hver enkelt arbeidsuke skal inneholde minst 28 timers sammenhengende fritid, og at det mellom to arbeidsperioder skal være en arbeidsfri periode på minst åtte timer⁷. Dette betyr at leger som skal gå vakt både lørdag og søndag, må avspasere en annen dag den uken. Det betyr også at det ved en utvidet vaktordning vil være behov for å kompensere ytterligere vakttimer med mer avspasering sammenlignet med dagens vaktjeneste. Vi foreslår at den legen som går vakt avspaserer dagen etter vakt. Dette vil fylle kravet om 8 timers arbeidsfri. Det er mulig å gi ytterligere avspasering enn dette. Det kan dermed forhandles fram en løsning som flest mulig blir fornøyd med. Dersom andel aktiv-tid per vakt blir mer enn seks timer, kan de som går vakt også avspasere arbeidshverdag før vakt. Ved mindre enn 6 timers aktiv tid per vakt, vil avspasering både før og etter vakt medføre for få timer i jobb per uke til å fylle en 100 % stilling.

Mer avspasering vil koste Helgelandssykehuset mindre i utgifter til kjøpt utvidet arbeidstid. Mer avspasering betyr også mer fravær fra ordinære arbeidsoppgaver, noe som vil påvirke den avdelingen hvor legen har sine ordinære arbeidsoppgaver i mer. Prosjektgruppen har regnet på kostnader for å drive en utvidet vaktordning med ulike løsninger i forhold til aktiv tid og avspasering dagen etter vakt, og sammenlignet dette med eksisterende vaktbudsjett som er basert på midler tildelt fra Helse Nord for å etablere og drive vaktordning. Kostnadene for en utvidet vaktordning 24/7 er av en slik størrelsesorden at de kan dekkes av eksisterende vaktbudsjett.

Utgifter

Dersom Helgelandssykehuset skal opprette en egen akuttavdeling i eget helseforetak, vil det ligge utgifter både i det å opprette avdelingen (den skal kanskje både bygges og innredes, folk skal rekrutteres og læres opp) og det å drive den. Den største utgiften knyttet til å drive en døgnavdeling er lønnsutgifter. For to overleger, to LIS 3, to LIS 1, en psykologspesialist, en psykolog, en leder og 28,51 årsverk miljøpersonell vil de totale kostnadene til lønnsutgifter være ca 29 millioner. Dette inkluderer faste tillegg, individuelle lønnstillegg, pensjon og arbeidsgiveravgift, men ikke overtid, innleie eller vikarer. Uten at avdelingen er planlagt mer detaljert, er det vanskelig å sette opp et detaljert driftsbudsjett, for mye vil være usikkert. Men driftskostnader, overtid og innleie/vikarer kan koste fra to millioner og opp mot fem, avhengig av hvordan driften organiseres. Som nevnt tidligere er det nøyaktige beløpet som vi kan forvente i bevilgninger fra Helse Nord noe usikkert. Men om vi legger på andre driftskostnader på de totale lønnsutgiftene, kan vi forvente at utgiftene ligger litt i overkant av hva vi kan forvente å få i bevilgninger.

Tjenestene internt på Helgelandssykehuset er organisert i dag ut ifra at vi ikke har en akuttpsykiatrik avdeling i eget helseforetak. Dette innebærer at lokal krise/akuttavdeling bruker mye tid og ressurser på å behandle de pasientene som kan behandles lokalt, og at AAT bruker mye tid og ressurser på å vurdere hvilke pasienter som må sendes til Bodø, og hvilke som kan behandles lokalt. Dersom Helgelandssykehuset velger å opprette en lokal akuttavdeling, vil det være naturlig å se på disse andre avdelingene og vurdere hvilke funksjoner de skal ha videre. Ved opprettelse av en ny avdeling er det også mulig å vurdere hvorvidt noen ressurser kan flyttes fra eksisterende avdelinger. Det er da



viktig å da ta hensyn til at alle avdelingene ved den lokalisasjonen hvor akuttavdelingen opprettes vil måtte frastå fra ressurser som de har i dag i forbindelse med vakt og avspasering pga vakt.

Økonomi oppsummert

Dersom Helgelandssykehuset skulle opprette akuttavdeling i eget helseforetak, kan vi forvente å få bevilgninger fra Helse Nord på minst 25 millioner. Det å drive en akuttavdeling vil koste ca 29 millioner i lønnsutgifter alene. Bevilgningene fra Helse Nord vil altså alene vil ikke være tilstrekkelig for å drive en akuttavdeling. Hvis vi kombinerer forventede bevilgninger fra Helse Nord med mulighet for å flytte på ressurser internt, vil Helgelandssykehuset få et budsjett som er stort nok til å drive en akuttavdeling. Utgifter til vaktordning kan dekkes av eksisterende vaktbudsjett.

5.3 ROS

Prosjektgruppen har gjennomført en ROS-analyse for å kartlegge viktige momenter og risiko knyttet til en evt opprettelse av en lukket akuttavdeling på Helgeland. Det ble gjennomført en analyse, og denne var lokalisasjonsuavhengig. Vi hadde fokus på å få fram hvilke momenter som var viktig for en akuttavdeling uavhengig av hvor denne evt skulle vært plassert. Ut fra mandat og tema hvor gruppen opplever at det er risiko involvert, ble 7 delmål definert. Gruppemedlemmene har først skåret sannsynlighet og risiko hver for seg. Tallene ble samlet inn og gjennomgått samlet, og gruppen kom fram til en enighet rundt hvert enkelt punkt.

Mål 1: Avdelingen er rett dimensjonert.

Dette målet ble definert da det i prosessen med å definere dimensjonering av avdeling kom fram to ulike alternativer: dimensjonere avdelingen for 12 senger (Risiko 1) eller 14 senger (Risiko 2). Dersom avdelingen offisielt dimensjoneres med 12 senger, gir dette en risiko for overbelegg og underkapasitet i behandlingsbehov og da underdimensjonering av antall miljøterapeuter på jobb. Prosjektgruppen vil uansett anbefale at det er 14 rom i avdelingen, så det vil bli mulig å legge inn flere pasienter enn avdelingen er dimensjonert for bemanningsmessig dersom den dimensjoneres med 12 senger. Prosjektgruppen anser det som lite sannsynlig at en dimensjonering med 12 senger vil medføre overbelegg, underkapasitet og underdimensjonering ut fra historiske innleggelsestall. Om det skulle skje, vurderes konsekvensen å være moderat. Det er mulig å leie inn ekstravakter, men disse vil ha noe lavere kompetanse enn de fast ansatte. Ut fra historiske tall kan det forekomme overbelegg men svært sjeldent og i korte perioder. Dette gir totalt sett et risikobilde på middels eller gult nivå.

Å dimensjonere avdelingen med 14 senger gir risiko for lav beleggsprosent og dårlig ressursutnyttelse. Ut fra historiske tall virker det som mer sannsynlig at 14 senger gir lav beleggsprosent og dårlig ressursutnyttelse enn at 12 senger gir overbelegg. Prosjektgruppa har vurdert sannsynlighet til å være moderat og konsekvens alvorlig. Dette gir totalt sett et risikobilde på rødt eller høyt nivå.

Tiltak: Ut fra denne risikovurderingen anbefaler prosjektgruppen å dimensjonere avdelingen med 12 senger. Pga middels risikonivå på dette alternativet anbefaler også prosjektgruppa en evaluering



etter oppstart. Dette vil kunne fange opp om bemanning er rett dimensjonert, og vurderes dermed å være tilstrekkelig tiltak for å møte vurdert risikonivå.

Mål 2: Ha tilstrekkelig personalressurser for å etablere vaktordning

Dette målet er definert i prosjektmandatet, og prosjektgruppen anser det å ha en stabil og fungerende vaktordning er en kritisk suksessfaktor i forhold til å kunne drive en lukket akuttavdeling. Prosjektgruppen anbefaler minst en 10-delt vakt med forvakt- og bakvaktssjikt. Vaktordning er en forutsetning for å drive akuttavdeling, og hvis vi ikke klarer å etablere en vaktordning på en lokalisasjon, vil det både bli svært dyrt (pga behov for innleie) og vanskelig å drive en akuttavdeling. Med 2 overleger, 2 LIS3 og 2 LIS1 ansatt i akuttavdeling og 1 til LIS1 i enten akuttavdeling eller samlokalisert døgnavdeling, er det behov for å ha minst 8 overleger og 5 LIS ansatt på samme lokalisasjon som kan gå vakt. Lokalisasjonsuavhengig vurderer prosjektgruppen at det er stor sannsynlighet for at det ikke allerede er ansatt nok leger ved andre avdelinger ved samme lokalisasjon, og konsekvensen dersom det ikke er tilstrekkelige leger ved samme lokalisasjon vil være alvorlige. Dette gir et rødt eller høyt risikonivå. Sannsynligheten for å ha tilstrekkelige leger ansatt ved samme lokalisasjon er dog ikke lokalisasjonsuavhengig, da det er forskjeller i hvor mange ansatte leger de ulike lokalisasjonene har i dag. Mo i Rana har i dag 8 overleger og 5 LIS3. Sandnessjøen har 2 overleger og 1 LIS3. Mosjøen har 1 overlege og 1 LIS3. Dette innebærer at det vil være betydelig høyere risiko for å ikke få etablert en stabil og fungerende vaktordning i Sandnessjøen og Mosjøen enn det vil være i Mo i Rana.

Mål 3: Ha en forståelse for hvordan det å etablere en vaktordning 24/7 påvirker andre avdelinger

Prosjektgruppen har identifisert to potensielle risikoområder som handler om hvordan etablering av en mer omfattende vaktordning enn den vi har i dag kan påvirke andre avdelinger enn en akuttavdeling. Ved innføring av en vaktordning vil alle leger som jobber ved samme lokalisasjon være pliktig å delta, både LIS og overleger. Dette medfører at en del av arbeidskapasiteten til leger som jobber i andre avdelinger blir flyttet til vakt, og at behandlingsressurser flyttes fra dagtid til vaktordning. Dette gir en risiko for lavere behandlingsskapasitet på dagtid for de legene som deltar i vaktordning. Prosjektgruppa mener at det er stor sannsynlighet for at risiko vil inntreffe, og hvis den inntreffer vil risikoen få alvorlige konsekvenser. Dette medfører at vi vurderer risikonivået til å være høyt eller rødt. Tiltak: det er mulig å kartlegge hvor mye ressurser som blir overført til vaktordning fra den enkelte avdeling. Dersom noen avdelinger «mister» såpass mye av sin behandlerkapasitet at det går utover ordinær drift, anbefaler vi å se på mulighet for å opprette flere stillinger her.

Den andre risikofaktoren som har blitt identifisert, er at utvidet vaktordning 24/7 er noe nytt i Helgelandssykehuset, og at det å innføre dette påvirker arbeidshverdagen til de berørte. Risikoen her er at det å innføre vaktordning kan virke demotiverende for leger som jobber i andre avdelinger enn akuttavdelingen. Det eksisterer i dag en vaktordning ettermiddag og Helg i Mo i Rana, men ikke ved de andre lokalisasjonene. Det har blitt rekruttert leger etter innføring av vaktordning. Prosjektgruppe har ikke intern enighet rundt vurderingen av risikonivået her. Den gjennomsnittlige skåren er at risikoen vurderes å ha liten sannsynlighet for å inntreffe, og ha moderat konsekvens dersom den inntreffer. Dette gir et gult eller middels risikonivå. Det nevnes at legene som jobber i



Helgelandssykehuset i prosjektgruppa skårer både sannsynlighet og konsekvens høyere enn resten av gruppa.

Mål 4: Det er tilstrekkelige støttefunksjoner rundt avdelingen

Dersom en akuttpost skal etableres i Helgelandssykehuset, anbefaler prosjektgruppa at denne blir samlokalisert med en eksisterende døgnavdeling, og at den samlokaliserte døgnavdelingen blir godkjent for å behandle pasienter på tvangsparagraf. Dette for å kunne overføre pasienter som ikke lenger trenger akutt behandling, men som trenger videre tvangsbehandling. Vi anbefaler også at personell i samlokalisert døgnavdeling får opplæring i håndtering av alarmsituasjoner, og at det utvikles et samarbeid med samlokalisert avdeling i forhold til håndtering av daglig drift.

Prosjektgruppen har identifisert 5 forskjellige risikoområder som vi har analysert:

Risiko 1: uten samlokalisering med annen døgnavdeling, må de ansatte i akuttavdeling håndtere alarmer uten rask bistand fra andre. Dette gir en risiko for farlige situasjoner for både pasienter og ansatte. Prosjektgruppa vurderer at det er svært stor sannsynlighet for at denne risikoen kan inntreffe dersom akuttavdeling ikke samlokaliseres og at den får svært alvorlig konsekvens dersom den inntreffer. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler samlokalisering

Risiko 2: Uten samlokalisering med annen døgnavdeling, må en akuttavdeling håndtere daglig drift uten samarbeid og bistand fra andre. Dette kan f.eks. gjelde tilgang på medisiner, personal, osv. Dette gir en risiko for at pasientene mottar dårligere behandling og uten kompenserende tiltak også risiko for farlige situasjoner. Prosjektgruppa vurderer at det er svært stor sannsynlighet for at denne risikoen kan inntreffe dersom akuttavdeling ikke samlokaliseres og at den får alvorlig konsekvens dersom den inntreffer. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler samlokalisering

Risiko 3: Dersom personale i samlokalisert avdeling skal bistå i håndtering av alarmer, krever dette at personalet får tilstrekkelig opplæring og kompetanse i forhold til håndtering av slike situasjoner. Om de ikke får det, skaper det en risiko for at det kan oppstå situasjoner som er farlige for både personell og pasienter. Prosjektgruppa vurderer at det er svært stor sannsynlighet for at denne risikoen kan inntreffe dersom akuttavdeling ikke samlokaliseres og at den får alvorlig konsekvens dersom den inntreffer. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler at personell i samlokalisert avdeling får den samme opplæring som personell i akuttavdeling.

Risiko 4 og 5: Prosjektgruppen vurderer at det er viktig for en akuttavdeling å ha mulighet for å overføre pasienter som ikke lenger trenger akutt behandling, men som trenger videre behandling i døgnavdeling til andre avdelinger. Også pasienter som har behov for behandling på tvangsparagraf. Dersom det ikke er mulig å overføre pasienter videre til andre avdelinger, gir dette en risiko for dårlig pasientflyt, overbelegg og utilstrekkelig kapasitet til å ta imot nye pasienter. Det gir også en risiko for at pasienter som trenger behandling i avdeling over lengre tid må være lenge innlagt på akuttpost. Dette kan oppleves som belastende. Prosjektgruppa vurderer at det er svært høy sannsynlighet for at begge disse risikoene inntreffer dersom det ikke er mulig å overføre pasienter, også på tvang. Konsekvensen vurderes å være alvorlig for risiko 4, og moderat for risiko 5. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå for begge risikoene. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler avtaler med eksisterende døgnavdelinger som sikrer mulighet for overføring, også på tvang.



Mål 5: Vi kan rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell til å drive en akuttavdeling

Prosjektgruppa har identifisert 7 ulike risikoområder som vi har analysert knyttet til rekruttering. Alle vurderingene er gjennomført lokalisasjonsuavhengig.

Risiko 1: Prosjektgruppa har anbefalt at man ansetter 2 overleger i avdelingen. Risikoen for at vi ikke klarer å rekruttere 2 overleger. Prosjektgruppa har vurdert at det er stor sannsynlighet for at vi ikke klarer å rekruttere 2 overleger, og svært alvorlig konsekvens dersom vi ikke klarer det. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå for rekruttering av overleger. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler at det jobbes aktivt med rekruttering ut over det å lyse ut stillingene.

Risiko2: Prosjektgruppa har anbefalt at man ansetter 2 LIS 3 i avdelingen. Risikoen for at vi ikke klarer å rekruttere 2 LIS 3. Prosjektgruppa har vurdert at det er stor sannsynlighet for at vi ikke klarer å rekruttere 2 LIS 3, og svært alvorlig konsekvens dersom vi ikke klarer det. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå for rekruttering av LIS 3. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler at det jobbes aktivt med rekruttering ut over det å lyse ut stillingene.

Risiko 3: Prosjektgruppa har anbefalt at man ansetter 2 LIS 1 i avdelingen. Risikoen for at vi ikke klarer å rekruttere 2 LIS 1. Prosjektgruppa har vurdert at det er meget liten sannsynlighet for at vi ikke klarer å rekruttere 2 LIS 1, og alvorlig konsekvens dersom vi ikke klarer det. Dette gir et middels eller gult risikonivå for rekruttering av LIS 1. Tiltak: Prosjektgruppa vurderer at det vil være tilstrekkelig å lyse ut stillinger. Vi anbefaler også å forsøke å rekruttere/ansette LIS med lokal forankring, da dette øker sannsynligheten for å kunne rekruttere til videre spesialisering.

Risiko4: Prosjektgruppa har anbefalt at man ansetter en psykologspesialist i avdelingen. Risikoen for at vi ikke klarer å rekruttere psykologspesialist. Prosjektgruppa har vurdert at det er moderat sannsynlighet for at vi ikke klarer å rekruttere psykologspesialist, og svært alvorlig konsekvens dersom vi ikke klarer det. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå for rekruttering av psykologspesialist. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler at rekrutteringsjobben starter med å lyse ut stillingen. Dersom det viser seg at dette ikke tiltrekker noen kvalifiserte søkere, anbefaler vi at sykehuset jobber aktivt med rekruttering ut over det å lyse ut stillingen.

Risiko 5: Prosjektgruppa har anbefalt at man ansetter en psykolog i avdelingen. Risikoen for at vi ikke klarer å rekruttere psykolog. Prosjektgruppa har vurdert at det er liten sannsynlighet for at vi ikke klarer å rekruttere psykolog, og moderat konsekvens dersom vi ikke klarer det. Dette gir et middels eller gult risikonivå for rekruttering av psykolog. Tiltak: Prosjektgruppa vurderer at det vil være tilstrekkelig å lyse ut psykologstilling.

Risiko 6: Prosjektgruppa har anbefalt at man ansetter 36 miljøpersonell i avdelingen. Risikoen er at vi ikke klarer å rekruttere 36 miljøpersonell med rette kvalifikasjoner. Prosjektgruppa har vurdert at det er moderat sannsynlighet for at vi ikke klarer å rekruttere så mange, og alvorlig konsekvens dersom vi ikke klarer det. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå for rekruttering av miljøpersonell. Tiltak: Prosjektgruppa anbefaler at rekrutteringsjobben starter med å lyse ut stillingene. Dersom det viser seg at dette ikke tiltrekker tilstrekkelige kvalifiserte søkere, anbefaler vi at sykehuset jobber aktivt med rekruttering ut over det å lyse ut stillingene.



Risiko 7: Ved oppstart av en ny avdeling er det behov for å rekruttere mange enkeltpersoner med ulik kompetanse og bakgrunn. Det er en risiko for at det at en akuttavdeling rekrutterer så mange personer samtidig både kan gå ut over rekruttering til andre avdelinger og også ta ressurser fra andre avdelinger ved intern rekruttering. Prosjektgruppa har vurdert at det er stor sannsynlighet for at dette kan skje, og alvorlig konsekvens dersom det skjer. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå for at rekruttering til akuttavdeling kan påvirke andre avdelinger. Tiltak: Noe intern rekruttering vurderes å både være ønskelig og noe vi må regne med kommer til å skje. Prosjektgruppen anbefaler at det legges en plan i forhold til hvordan de som allerede er ansatt i Helgelandssykehuset skal gå over til å jobbe i akuttavdeling og hvordan de skal erstattes for å unngå at rekruttering til akuttavdelingen går ut over drift og produksjon i andre avdelinger.

Mål 6: Akuttavdelingen har tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse

Prosjektgruppen har identifisert 8 ulike risikoer knyttet til tilgang på somatisk kompetanse som vi har analysert. Dette er gjort lokalisasjonsuavhengig, for å kartlegge hvor viktig de ulike punktene er.

Risiko 1: Prosjektgruppen vurderer tilgang på somatisk undersøkelsesrom med relevant medisinsk utstyr å være en kritisk suksessfaktor. Uten tilgang på dette er det en risiko for at nødvendige somatiske undersøkelser ikke kan gjennomføres, noe som igjen kan føre til fare for liv og helse. Prosjektgruppen har vurdert at det er svært stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe dersom avdelingen ikke har tilgang på somatisk undersøkelsesrom, og at dette vil kunne gi svært alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: prosjektgruppen anbefales at det planlegges/lages et somatisk undersøkelsesrom.

Risiko2: Prosjektgruppen vurderer medisinrom i avdeling med tilgang på relevant psykofarmaka per oral og injeksjonsbruk til å være en kritisk suksessfaktor i forhold til dette målet. Dersom avdelingen ikke har dette, gir det en risiko for at nødvendig behandling ikke kan gjennomføres, noe som igjen kan føre til fare for liv og helse. Prosjektgruppen har vurdert at det er svært stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe dersom avdelingen ikke har tilgang på medisinrom, og at dette vil kunne gi svært alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: prosjektgruppen anbefales at det planlegges/lages et medisinrom.

Risiko 3: Prosjektgruppen vurderer tilgang på laboratorietjenester 24/7 med tilstrekkelig nærhet til at det kan utføres ø.hj.analyser å være en kritisk suksessfaktor. Dersom avdelingen ikke har dette, er det en risiko for at nødvendige undersøkelser ikke kan gjennomføres, noe som igjen kan føre til fare for liv og helse. Prosjektgruppen har vurdert at det er svært stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe dersom avdelingen ikke har tilgang på laboratorietjenester, og at dette vil kunne gi alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: prosjektgruppen anbefales at en akuttavdeling planlegges med tilstrekkelig nærhet til laboratorietjenester til at ø.hj.analyser kan gjennomføres.

Risiko4: Prosjektgruppen vurderer tilgang på billeddiagnostikk som CT, MR og ultralyd å være en kritisk suksessfaktor. Dersom avdelingen ikke har dette, er det en risiko for at nødvendige undersøkelser ikke kan gjennomføres, noe som igjen kan føre til fare for liv og helse. Prosjektgruppen har vurdert at det er svært stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe dersom avdelingen ikke har tilgang på billeddiagnostikk, og at dette vil kunne gi alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller



rødt risikonivå. Tiltak: prosjektgruppen anbefales at en akuttavdeling planlegges med tilstrekkelig nærhet til billeddiagnostikk til at dette kan gjennomføres ved behov. Det trenger ikke å være i umiddelbar nærhet til en avdeling.

Risiko 5: Prosjektgruppen vurderer tilgang på anestesikompetanse og overvåking å være en kritisk suksessfaktor. Dersom avdelingen ikke har dette, er det en risiko for at det ikke er mulig å gjennomføre ECT-behandling. Prosjektgruppen har vurdert at det er svært stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe dersom avdelingen ikke har tilgang på anestesikompetanse og overvåking, og at dette vil kunne gi moderate konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: Vi anbefaler at akuttavdeling planlegges nært nok anestesikompetanse og overvåking til at det er mulig å sende pasienter dit for behandling. Dette er mulig å gjennomføre selv om det er noe reisetid.

Risiko 6: Prosjektgruppen vurderer tilgang på EEG og nevrolog å være en kritisk suksessfaktor. Dersom avdelingen ikke har dette, er det en risiko for at det ikke er mulig å gjennomføre ønskelige undersøkelser, noe igjen kan føre til risiko for dårligere pasientbehandling og at pasientens tilstand ikke avklares i løpet av innleggelsen. Prosjektgruppen har vurdert at det er stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe dersom avdelingen ikke har tilgang på EEG og nevrolog i løpet av innleggelsen, og at dette vil kunne gi lave konsekvenser. Dette gir et moderat eller gult risikonivå. Tiltak: Vi anbefaler at akuttavdeling planlegges nært nok EEG og nevrolog til at det er mulig å sende pasienter dit. Dette er mulig å gjennomføre selv om det er reisetid.

Risiko 7: Prosjektgruppen vurderer tilgang på somatisk tilsyn å være en kritisk suksessfaktor. Dersom avdelingen ikke har dette, er det en risiko for at somatiske tilstander ikke oppdages, noe som igjen kan være farlig for liv og helse. Uten tilgang på somatisk tilsyn vurderer prosjektgruppen at det er svært stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe, og at dette kan gi alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: vi anbefaler at en akuttavdeling planlegges med tilstrekkelig nærhet til somatisk avdeling til at somatisk tilsyn kan gjennomføres samme dag.

Risiko 8: Prosjektgruppen vurderer nærhet til stansteam til å være en kritisk suksessfaktor. Uten dette kan avdelingen ikke få høyspesialisert og livbergende bistand ved akutte situasjoner, noe som gir en risiko for at liv kan gå tapt. Vi definerer nærhet som innenfor få minutters avstand. Prosjektgruppen har vurdert at det er svært stor sannsynlighet for at risiko kan inntreffe uten kritisk suksessfaktor, og at dette kan få svært alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Tiltak: Prosjektgruppen anbefaler at en avdeling planlegges med tilstrekkelig nærhet til eksisterende stansteam til at det er mulig å få bistand ved akutte situasjoner.

Mål 7: Personalet som ansettes har eller gis tilstrekkelig kompetanse til å jobbe i en akuttavdeling

Prosjektgruppen har risikovurdert de ulike faggruppene hver for seg i forhold til kompetanse og anbefalte tiltak for å sikre nødvendig kompetanse. For alle faggruppene liger risikoen i at utilstrekkelig kompetanse kan gi redusert kvalitet på vurderinger og behandling, noe som igjen kan føre til fare for liv og helse. Det kan også føre til at pasienter blir utsatt for mer tvang enn nødvendig.

Spesialister: Prosjektgruppen vurderer at det er moderat sannsynlighet at ansatte spesialister ikke har nødvendig erfaring og kompetanse, og at dette vil kunne gi alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Anbefalte tiltak: dersom ansatte spesialister ikke har eller har utilstrekkelig akutterfaring, er det ønskelig med hospitering i akuttavdeling før oppstart.



LIS 3: Prosjektgruppen vurderer at det er moderat sannsynlighet at ansatte LIS 3 ikke har nødvendig erfaring og kompetanse, og at dette vil kunne gi moderate konsekvenser. Dette gir et moderat eller gult risikonivå. Anbefalte tiltak: Alle LIS har krav på og skal delta på veiledning. Prosjektgruppen anbefaler at det utvikles et internt opplæringsprogram for ansatte i akuttavdeling som også LIS 3 er med på.

LIS 1: Prosjektgruppen vurderer at det er moderat sannsynlighet at ansatte LIS 1 ikke har nødvendig erfaring og kompetanse, og at dette vil kunne gi moderate konsekvenser. Dette gir et moderat eller gult risikonivå. Anbefalte tiltak: Det kommer nye LIS 1 tre ganger i året. Vi anbefaler at det utvikles systematisk opplæring som gis til alle som kommer for å sikre at de kan bidra i avdeling og gå i vakt på en forsvarlig måte så raskt som mulig. Bruk av LIS 1 i forvakt vil kreve mer av bakvakt, men regnes som å være forsvarlig så lenge de får tilstrekkelig opplæring.

Psykolog: Prosjektgruppen vurderer at det er moderat sannsynlighet at psykolog ikke har nødvendig erfaring og kompetanse, og at dette vil kunne gi moderate konsekvenser. Dette gir et moderat eller gult risikonivå. Anbefalte tiltak: Alle psykologer har krav på og skal delta på veiledning. Prosjektgruppen anbefaler at det utvikles et internt opplæringsprogram for ansatte i akuttavdeling som også psykolog er med på.

Miljøpersonell: Prosjektgruppen vurderer at det er moderat sannsynlighet at miljøpersonell ikke har nødvendig erfaring og kompetanse, og at dette vil kunne gi alvorlige konsekvenser. Dette gir et høyt eller rødt risikonivå. Anbefalte tiltak: Prosjektgruppen anbefaler at det utvikles et internt opplæringsprogram som går kontinuerlig og ivaretar kompetanse og utvikling av denne hos alle ansatte i akuttavdeling. I tillegg bør det utvikles et opplæringsprogram for ansatte i forkant av at avdelingen starter opp. Denne kan også inneholde noe hospitering i eksisterende akuttavdelinger.

5.4 Risikobildet ved de ulike lokalisasjonene

Det vil være noen likheter og noen ulikheter mellom de ulike lokalisasjonene i forhold til hvordan risikobildet ser ut, da det er noen likheter og noen forskjeller mellom organisering, tilgjengelige ressurser og utfordringer ved de ulike lokalisasjonene. Vi ønsker derfor å beskrive litt mer detaljert hvordan risikobildet ser ut i forhold til å starte en akuttavdeling i henholdsvis Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana i forhold til de målene som er definert i ROS-analysen. Mål 1 som omhandler dimensjonering og mål 7 som omhandler kompetanse vurderes å være lik for de tre lokalisasjonene, og utdypes derfor ikke her.

Sandnessjøen

Mål 2: Prosjektgruppen har anbefalt en 10-delt vaktordning. Sandnessjøen har i dag en LIS, og to overleger. Vi anbefaler en bemanning i akuttavdeling med to overleger, to LIS 3, to LIS 1 i akuttavdelingen og en til LIS 1 som kan være i akuttavdeling eller kan være på samlokalisert avdeling. Det vil være utfordringer knyttet til å rekruttere disse. For Sandnessjøen sin del vil det være behov for å rekruttere ytterligere 4 forvakter og 6 bakvakter, dvs at det totalt sett må rekrutteres 9 LIS og 8 overleger for å kunne ha en 10-delt vaktordning. Det er rekrutteringsutfordringer for leger på Helgeland generelt, og det å ha en fungerende vaktordning er en forutsetning for å kunne drive en



akuttavdeling. Det vurderes å være svært høy risiko knyttet til vaktordning og det å ha tilstrekkelige personalressurser for å etablere en utvidet vaktordning i Sandnessjøen.

Mål 3: Det vil være behov for å rekruttere flere leger for å kunne etablere en vaktordning i Sandnessjøen. Det er svært høy risiko knyttet til rekruttering av disse. Men dersom det lykkes å rekruttere flere leger til de andre avdelingene i Sandnessjøen, vil dette totalt sett øke den medisinskfaglige kompetansen ved disse avdelingene, og kunne være en positiv påvirkning. De legene som rekrutteres må også jobbe ved samme lokalisasjon når de ikke går vakt. Det skaper et spørsmål om hvordan dette skal organiseres. Dersom det ikke lykkes å rekruttere tilstrekkelig mange leger, vil de som er ansatte måtte gå vakt oftere, og det er svært høy risiko for at dette vil bruke en stor andel av arbeidskapasiteten til leger ansatt ved andre avdelinger. Dersom det ikke lykkes å rekruttere tilstrekkelig mange leger, er det også høyere risiko for at vaktbelastning i seg selv kan virke demotiverende for den enkelte lege.

Mål 4: Sandnessjøen har i dag ikke noen døgnbehandling innenfor psykisk helse og rus, noe som innebærer at det med dagens struktur ikke er mulig å samlokalisere en akuttpost med en annen døgnavdeling. Samlokalisering vil være viktig i forhold til å håndtere daglig drift, og den dimensjoneringen og bemanningen som vi har anbefalt, er anbefalt i forhold til en samlokalisert avdeling. For å kunne samlokalisere, må en av de andre døgnavdelingene på Helgeland flyttes til Sandnessjøen. Utfordringene og risikoene med å flytte en eksisterende døgnavdeling, vil være mange. Det å flytte en avdeling betyr ikke at man flytter eksisterende personell og kompetanse. Den eksisterende avdelingen må legges ned og må bygges opp på nytt på en ny lokalisasjon. Det å opprette to avdelingen har betydelig større risikobilde totalt sett enn å opprette en.

Mål 5: ROS-analysen gruppen har gjennomført viser betydelige risikoer knyttet til rekruttering av personell til akuttavdeling. Det vil være risikoer knyttet til rekruttering uavhengig av lokalisasjon, og konsekvensene vil være store dersom man ikke lykkes med å rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell. Risiko knyttet til rekruttering vil bli ekstra høy i Sandnessjøen sammenlignet med de to andre lokalisasjonene, da man ved å flytte en avdeling vil måtte rekruttere til samlokalisert avdeling i tillegg til akuttavdelingen.

Mål 6: ROS-analysen viser at det er viktig å planlegge en avdeling slik at den har tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse. Dette innebærer at det planlegges et somatisk undersøkelsesrom og et medisinrom i avdelingen. I tillegg må avdelingen planlegges med tilstrekkelig nærhet til laboratorietjenester og billediagnostikk slik at dette kan gjennomføres ved behov. Det bør også være mulig å ha tilgang på anestesikompetanse og overvåkning for ECT samt EEG og nevrolog, dette trenger ikke å være i umiddelbar nærhet. Det bør også være tilgang på somatisk tilsyn innenfor samme dag og vi anbefaler kort avstand til stansteam. Somatisk avdeling i Sandnessjøen har de elementene som etterspørres, og det vurderes å være lav risiko knyttet til tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse dersom en akuttavdeling skulle opprettes i Sandnessjøen.

Ut i fra dagens struktur og tilgjengelige ressurser er det en svært høy risiko knyttet til å etablere en akuttavdeling i Sandnessjøen. Dette er særlig knyttet til to punkter: det er i dag ikke en etablert døgnavdeling i Sandnessjøen som man kan samlokalisere en akuttavdeling med, og det er i dag få leger som jobber ved andre avdelinger som kan delta i vakt.



Mosjøen

Mål 2: Prosjektgruppen har anbefalt en 10-delt vaktordning. Mosjøen har i dag 1 LIS og 1 overlege. Fra høsten 2022 vil de ha 3 overleger og 3 LIS. Vi anbefaler en bemanning i akuttavdeling med to overleger, to LIS 3, to LIS 1 i akuttavdelingen og en til LIS 1 som kan være i akuttavdeling eller kan være på samlokalisert avdeling. Det vil være utfordringer knyttet til å rekruttere disse. For Mosjøen vil det da være behov for å rekruttere ytterligere 2 forvakter og 5 bakvakter, dvs at det totalt sett må rekrutteres 7 LIS og 7 overleger. Det er svært utfordrende å rekruttere både LIS 3 og overleger. Det vurderes å være svært høy risiko knyttet til vaktordning og det å ha tilstrekkelige personalressurser for å etablere en utvidet vaktordning i Mosjøen. En fungerende vaktordning er en forutsetning for å drive en akuttavdeling.

Mål 3: Det vil være behov for å rekruttere flere leger for å kunne etablere en vaktordning i Mosjøen. Det er svært høy risiko knyttet til rekruttering av disse. Men dersom det lykkes å rekruttere flere leger til de andre avdelingene i Mosjøen, vil dette totalt sett øke den medisinskfaglige kompetansen ved disse avdelingene, og det kan bli positivt. Alle legene vil fortsatt bruke en del av sin arbeidskapasitet til vakt. Dersom det ikke lykkes med å rekruttere tilstrekkelig mange leger, vil vaktbelastningen bli høy på den enkelte lege. Dette gir økt risiko for at en større del av arbeidskapasiteten til den enkelte lege brukes på vakt, og for at vaktbelastning i seg selv kan bli demotiverende.

Mål 4: Mosjøen har i dag både døgnavdeling for voksne og for barn og unge i tillegg til familieavdeling med døgnbemanning. Det er mulig å planlegge en samlokalisering med disse. For at en døgnavdeling skal kunne være godkjent for bruk av tvang, må de ha tilgang på vakt 24/7. Dersom en vakttjeneste opprettes for akuttavdelingen, kan denne også være tilgjengelig for døgnavdelingen. Slik vil kriteriene for å bli godkjent for tvang være oppfylte. Det er mulig å planlegge samarbeid med overføring av pasienter samt samarbeid i forhold til opplæring av personell, slik at personell ved de andre døgnenhetene kan bistå ved akutte situasjoner. Det er også mulig å samarbeide i forhold til håndtering av daglig drift. Mosjøen har da i dag en struktur av et slik omfang at det er lagt til rette for å ha tilstrekkelige støttefunksjoner rundt avdelingen, noe som gir lav risiko i forhold til mål 4 dersom en akuttavdeling skulle etableres i Mosjøen.

Mål 5: ROS-analysen gruppen har gjennomført viser betydelige risikoer knyttet til rekruttering av personell som skal jobbe i akuttavdeling lokalisasjonsuavhengig. Dette vil også være tilfelle for Mosjøen. Dersom det skal være mulig å rekruttere tilstrekkelig personell for å drive en akuttavdeling, krever dette at Helgelandssykehuset jobber aktivt med rekruttering ut over det å lyse ut stillinger. Det må brukes tid og ressurser for å kunne få det til. Om det lykkes, vil rekruttering av så mange på en gang, kunne påvirke personellsituasjonen ved andre avdelinger. Det er mange risikoelementer og ingen garantier knyttet til temaet rekruttering. Dersom dette skal lykkes, må det planlegges godt og brukes tilstrekkelige ressurser for å få det til.

Mål 6: ROS-analysen viser at det er viktig å planlegge en avdeling slik at den har tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse. Dette innebærer at det planlegges et somatisk undersøkelsesrom og et medisinsrom i avdelingen. I tillegg må avdelingen planlegges med tilstrekkelig nærhet til laboratorietjenester og billeddiagnostikk slik at dette kan gjennomføres ved behov. Dette er noe som kan planlegges ved en etablering av en akuttavdeling i Mosjøen. Det bør også være mulig å ha tilgang på anestesikompetanse og overvåking for ECT samt EEG og nevrolog, dette trenger ikke å være i umiddelbar nærhet. Det er da mulig å gjennomføre ECT i Mo i Rana eller Sandnessjøen selv om en



akuttavdeling planlegges i Mosjøen, men det vil bli noe mer tungvint i hverdagen og det vil brukes mer ressurser på å frakte syke pasienter mellom avdeling og behandling. Dette gir et noe høyere risikobilde enn ved å ha det i umiddelbar nærhet. Det er mulig å avtale samarbeid om somatisk tilsyn, men det vil være vanskeligere å ha nærhet til stansteam. Det er flere akuttavdelinger rundt omkring i Norge som ikke har nærhet til stansteam, og det er mulig å planlegge en akuttavdeling uten denne nærheten. Det vil dog gi et noe større risikobilde ved akutte situasjoner. Det er totalt sett et noe høyere risikobilde knyttet til tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse ved en etablering av en akuttavdeling i Mosjøen sammenlignet med de to andre lokalisasjonene.

Mosjøen har i dag tilstrekkelige støttefunksjoner for en samlokalisering, noe som gir en noe lavere risiko sammenlignet med Sandnessjøen ved en etablering av en akuttavdeling. Det er noe forhøyet risiko knyttet til tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse sammenlignet med de to andre lokalisasjonene. Det er betydelig risiko knyttet til rekruttering av personell til avdelingen. Den største risikoen ved etablering av en akuttavdeling i Mosjøen, er rekruttering av personell til vaktordning. Det er i dag få leger som jobber ved andre avdelinger som kan gå vakt, noe som gir en svært høy risiko knyttet til dette.

Mo i Rana

Mål 2: Prosjektgruppen har anbefalt en 10-delt vaktordning. Mo i Rana har i dag 5 LIS 3 og 8 overleger ansatte ved ulike avdelinger. Prosjektgruppens anbefaling for ansatte leger i selve akuttavdelingen er lokalisasjonsuavhengig: med to overleger, to LIS 3, to LIS 1 i akuttavdelingen og en til LIS 1 som kan være i akuttavdeling eller kan være på samlokalisert avdeling. Det er da behov for 5 forvakter og 8 bakvakter som har sitt daglige arbeidssted på en annen avdeling enn akuttavdelingen. Dette innebærer at det ut ifra dagens situasjon i Mo i Rana ikke vil være behov for å rekruttere ytterligere leger for å kunne ha en 10-delt vaktordning. Man trenger da fortsatt å rekruttere de legene som skal jobbe i akuttavdeling, og dersom det er leger fra andre avdelinger som ønsker å jobbe på akuttavdeling, må det rekrutteres erstattere for dem. Men gitt at man klarer å rekruttere til de stillingene som opprettes i akuttavdelingen, vil det da være tilstrekkelige ressurser til stede i Mo i Rana slik situasjonen er i dag for å opprette en utvidet 10-delt vaktordning. Dette gir et betydelig lavere risikobilde i forhold til etablering av vaktordning sammenlignet med de to andre lokalisasjonene.

Mål 3: Det finnes i dag en vaktordning i Mo i Rana, men denne har begrenset åpningstid og det brukes overleger også fra de andre lokalisasjonene til bakvakt. En utvidet vaktordning vil innebære at en større del av arbeidskapasiteten til den enkelte lege brukes til vakt og avspasering i forbindelse med vakt, noe som innebærer at det er mindre ressurser tilgjengelige til ordinære arbeidsoppgaver i den avdelingen som legen jobber i til daglig. Det er en høy risiko for at dette kan påvirke drift ved andre avdelinger. Dette kan medføre at andre avdelinger må rekruttere mer personell for å ha tilstrekkelig med ressurser til ordinær drift i tillegg til vakt. Det er også en risiko for at en utvidet vaktjeneste vil gi en større vaktbelastning for den enkelte lege, og at dette kan oppleves som demotiverende for allerede ansatte leger ved lokalisasjon Mo i Rana. Det vurderes totalt sett å være en høy risiko for at etablering av vaktjeneste vil kunne påvirke ordinær drift ved andre avdelinger ved samme lokalisasjon dersom en akuttavdeling skulle etableres i Mo i Rana. Det vil være behov for tiltak ift dette dersom en akuttavdeling blir etablert her.



Mål 4: Mo i Rana har i dag både døgnavdeling for voksne og rusavdeling med døgnbemanning. Det er mulig å planlegge en samlokalisering med disse. For at en døgnavdeling skal kunne være godkjent for bruk av tvang, må de ha tilgang på vakt 24/7. Dersom en vaktjeneste opprettes for akuttavdelingen, kan denne også være tilgjengelig for døgnavdelingen. Slik vil kriteriene for å bli godkjent for tvang være oppfylte. Det er mulig å planlegge samarbeid med overføring av pasienter samt samarbeid i forhold til opplæring av personell, slik at personell ved de andre døgnenhetene kan bistå ved akutte situasjoner. Det er også mulig å samarbeide i forhold til håndtering av daglig drift. Mo i Rana har da i dag en struktur av et slik omfang at det er lagt til rette for å ha tilstrekkelige støttefunksjoner rundt avdelingen, noe som gir lav risiko i forhold til mål 4 dersom en akuttavdeling skulle etableres i Mo i Rana.

Mål 5: ROS-analysen som gruppen har gjort er lokalisasjonsuavhengig, og det vil være betydelige risikoer knyttet til rekruttering av personell til en akuttavdeling også i Mo i Rana. Konsekvensene vil være store også her dersom man ikke lykkes med å rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell. Dersom det skal være mulig å rekruttere de man trenger for å drive en akuttavdeling, krever dette at Helgelandssykehuset jobber aktivt med rekruttering ut over det å lyse ut stillinger. Det må brukes tid og ressurser for å kunne få det til. Om det lykkes, vil rekruttering av så mange på en gang, kunne påvirke personellsituasjonen ved andre avdelinger. Det er mange risikoelementer og ingen garantier knyttet til temaet rekruttering. Dersom dette skal lykkes, må det planlegges godt og brukes tilstrekkelige ressurser for å få det til.

Mål 6: ROS-analysen viser at det er viktig å planlegge en avdeling slik at den har tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse. Dette innebærer at det planlegges et somatisk undersøkelsesrom og et medisinerom i avdelingen. I tillegg må avdelingen planlegges med tilstrekkelig nærhet til laboratorietjenester og billediagnostikk slik at dette kan gjennomføres ved behov. Dette er mulig å gjøre i Mo i Rana. Det bør også være mulig å ha tilgang på anestesikompetanse og overvåkning for ECT samt EEG og nevrolog, dette trenger ikke å være i umiddelbar nærhet. Døgnavdelingen i Mo i Rana har i dag et samarbeid med anestesi og overvåkning og gjennomfører ECT-behandling. EEG og nevrolog er i dag ikke tilgjengelig i Mo i Rana slik tjenestene er organisert i dag, men er tilgjengelig på Helgeland. Det er i dag et samarbeid mellom DPS og somatiske tjenester ift somatisk tilsyn, og eksisterende avdeling i Mo i Rana har hatt bistand fra stansteam ved behov. Dersom en akuttavdeling planlegges samlokalisert med eksisterende avdelinger, vil det være svært lave risikoer knyttet til å utvide et eksisterende samarbeid med somatiske tjenester og eksisterende avdeling til å også inkludere akuttavdeling. Det er totalt sett lav risiko knyttet til tilgang på tilstrekkelig somatisk kompetanse dersom en akuttavdeling skulle bli etablert i Mo i Rana.

Mo i Rana har i dag flere leger ansatt enn de andre to lokalisasjonene, noe som gir en betydelig lavere risiko knyttet til etablering av vaktordning og rekruttering av leger til vaktordning. En utvidet vaktordning vil dog kreve en større del av arbeidskapasiteten til legene, og det er sammenlignet med de andre lokalisasjonene større risiko for at dette kan påvirke de andre avdelingene ved samme lokalisasjon negativt dersom det ikke iverksettes tiltak. Det er lav risiko knyttet til tilgang på somatiske tjenester. Den største risikoen vil være knyttet til rekruttering av personell til å jobbe i akuttavdelingen. Det er totalt sett lavere risiko knyttet til etablering av en akuttavdeling i Mo i Rana enn ved de andre to lokalisasjonene.



5.5 Nullalternativet

Null-alternativet innebærer å ikke gjøre noen endringer i forhold til eksisterende organisering. Dvs at vi fortsetter å bruke akuttposten ved NLSH for akutte innleggelser og opprettholder lokal krise-/akuttpost i eget helseforetak. Alle beskrivelsene som er gjennom rapporten av eksisterende organisering vil fortsette å gjelde. Dette innebærer at pasienter vil fortsette å få kvalitetsmessig god behandling, men langt borte fra hjemmet, fra familie og fra resten av pasientens hjelpeapparat. Reisevei og avstand kan gi en høyere terskel for innleggelse, noe som igjen kan føre til mer alvorlige tilstander og lengre innleggelser. De transportmessige utfordringene som ligger i ventetid, kostnader, AML-brudd, redusert beredskap for ambulanse og politi samt CO2-utslippene som all kjøringen til og fra Bodø skaper vil fortsette. På mange måter ligger det mindre risiko knyttet til det å ikke gjøre noen endring. Vi vet hvordan tilbudet da vil se ut. Vi vet hva det vil koste. Status quo vil med det innebære en lavere risiko enn endring. Samtidig vil Helgelandssykehuset gå glipp av en mulighet til å utvikle sitt tjenestetilbud. Vi vil fortsette å sende pasientene fra Helgeland til NLSH, i stedet for å utvikle gode lokale tilbud. Nullalternativet representerer det enkleste og tryggeste alternativet, men samtidig også det alternativet med minst mulighet for gevinst og utvikling.

Visjonen til Nye Helgelandssykehuset er å skape Norges beste lokalsykehus på Helgeland fundert på verdiane kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. Et bra lokalsykehus har en akuttavdeling som fungerer godt uavhengig av hvor den er lokalisert. Det må alltid være den viktigste prioriteringen. Prosjektgruppen er ikke i tvil om at det vil være bedre for både pasientene på Helgeland og fagmiljøet i Helgelandssykehuset å ha en akuttavdeling lokalt i eget helseforetak. Samtidig har denne utredningen gjort det klart for oss at det ligger betydelige utfordringer i gjennomføringen av dette.

Kontrollkommisjonen på Helgeland har uttalt seg vedrørende en opprettelse av en lokal akuttavdeling på Helgeland, denne uttalelsen er i vedlegg 4. Oppsummert mener Kontrollkommisjonen at det sett fra et rettssikkerhetsperspektiv utelukkende er fordeler knyttet til å etablere en lukket akuttavdeling godkjent for tvangsbehandling innenfor Helgelandssykehuset. Pasientene får nærhet til sykehuset i alle faser av tvangsbehandlingen, og det vil i større grad enn i dag sikre kontinuitet og stabilitet i behandlingen. Tvangsbehandling etter psykisk helsevernloven utgjør alvorlige inngrep i pasientenes liv, og det skal kun skje hvor det er helt nødvendig og hvor en frivillig løsning ikke er mulig. Dersom slik behandling kan skje i pasientens nærmiljø og med nærhet til øvrige behandlingstilbud både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten så vil dette medføre færre belastninger for pasientene enn det som er situasjonen med dagens modell. Det vil sikre bedre kommunikasjon mellom enhetene og det vil samlet sett være et tryggere og bedre behandlingstilbud for pasientene under Kontrollkommisjon på Helgeland sitt ansvarsområde.



6. Kilder

1. Regjeringen (2020). Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>
2. Gråwe, R. W., Hatling, T. & Ruud, T. J. S. R. (2006). Akuttpsykiatrisk behandling i Norge – resultater fra en multisenterstudie (Rapport) <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2442757>
3. Helse Nord RHF (2016). Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025 <https://helse-nord.no/Documents/Fagplaner%20og%20rapporter/Fagplaner/Utviklingsplan%20for%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%202016-2025%20endelig%20vedtak.pdf>
4. Meld. St.7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
5. Samfunnsøkonomisk analyse AS: Legebarometeret. Rapport 10-2021
<https://static1.squarespace.com/static/576280dd6b8f5b9b197512ef/t/609842a5cc694952d8474dc6/1620591275151/R10-2021+Legebarometeret.pdf>
6. Helse Nord RHF (2015). Gjennomgang og oppdatering av regional inntektsfordelingsmodell for tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helse.
<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/arr/Documents/Styret/Styresaker%202015/Desember/20151214-15%20Styresak%2089%20Justering%20i%20regional%20inntektsmodell%20psykisk%20helse%20og%20rus%20vedlegg%202.pdf>
7. Kvavik, B. O. (2007). Arbeidstid for leger. Tidsskr Nor Lægeforen. 127:2136
<https://tidsskriftet.no/2007/08/rett-og-urett/arbeidstid-leger>