
Funksjonsutredning ABUP Døgn

Kristiansand 12.09.2022

Arbeidsgruppe

Navn

Sørlandet sykehus HF

INNHOOLD

1.	Prosessens navn	4
2.	Prosesseier	4
3.	Prosessperiode.....	4
4.	Innledning	4
5.	Bakgrunn og overordnede føringer	5
5.1	Faglige føringer på nasjonalt og regionalt nivå	6
5.2	Undersøkelse av psykiske helsetjenester – Riksrevisjonen.....	7
5.3	Kulturkartlegging KPH	7
6.	Kortfattet beskrivelse av virksomheten.....	8
6.1	Kompetanseprofil ABUP Ungdomsklinikken	8
7.	Pasientpopulasjon.....	8
7.1	Døgninnleggelser – Kapasitet ABUP	8
7.2	Døgninnleggelser – barn og unge KPH.....	9
8.	Funksjonsutredningens aktiviteter	11
8.1.1	Interessentanalyse	11
8.1.2	Kommunikasjonsplan	12
8.2	Personaser og GAP-analyse.....	13
8.3	Framskrivning.....	14
8.3.1	Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for Sørlandet sykehus HF 2019-2040	14
8.3.2	Ny modell for framskrivning	16
8.4	Akuttlinjen ABUP Kristiansand, ABUP Lister og ABUP Arendal	18
8.4.1	24/7 innleggelser ved Ungdomsklinikken	19
8.4.2	GAP-analyse	19
8.5	Døgn versus ambulant aktivitet	20
8.6	Kartlegging i ABUP	21
8.7	Funksjonsfordelingsmodeller	22
8.8	Vurderingskriterier og vurderinger.....	23
8.8.1	Vurdering og rangering av alternativene:	23
8.8.2	Måloppnåelse med hensyn til kapasitet	23
8.8.3	Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø	24
8.8.4	Tilbud som speiler Agders befolkningsbehov	25
8.8.5	Driftsøkonomi, investeringskostnader, og økonomisk bærekraft.....	26
8.8.6	Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken.....	27
8.8.7	Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner. .	28
8.9	ROS og tiltak	29
8.9.1	ROS vurdering Alternativ A.....	29
8.9.2	ROS av alternativ B	29
9.	Konklusjon og anbefaling.....	31

9.1	Funksjonsbeskrivelse ABUP Døgn	31
9.1.1	Akutfunksjon	32
9.1.2	Elektiv funksjon.....	32
9.2	Intern rutine ved henvising til elektiv innleggelse	33
9.3	Prioritering av utvikling – skjæringspunkt ambulant og døgn	34
9.4	Akuttlinje – flytdiagram	35
9.5	Retningslinjer og kompetansebehov – behov for utforming og implementering	36

1. Prosessens navn

Funksjonsutredning UK – en utredning av funksjoner og oppgaver tillagt døgnenhet
Avdeling for psykisk helse – barn og unge (ABUP)

2. Prosesseier

Klinikkdirektør Vegard Øksendal Haaland, Klinikk for psykisk helse – psykiatri og
avhengighetsbehandling.

Delegert ansvar til avdelingssjef ABUP Iris Anette Olsen.

3. Prosessperiode

Mandat vedtatt 07.09.22

Prosess utformet 22.08.22 i samarbeid med arbeidsgruppe i oppstartsmøte.

Prosess avsluttes – medio desember 2022.

4. Innledning

Våren 2023 flytter døgnenheten til Avdeling for barn og unges psykisk helse (ABUP) inn i nye lokaler ved Nybygg psykisk helse, i Kristiansand. Nytt bygg, bidrar til et mulighet- og handlingsrom til å tenke nytt – ikke bare om lokaler og bygg, men også om oppgavefordeling og tjenesteutvikling i ABUP generelt og døgnenheten spesielt. Ved å etablere en samlokalisering med Psykiatrisk sykehusavdeling (PSA), vil avdelingens døgnenhet inngå i et større faglig fellesskap. Dette gir et mulighet for kompetanseoverføring og oppgavedeling både internt i avdelingen men også ved å etablere tettere samhandling både med psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Før innflytting i Nybygg psykisk helse, fordrer avdelingen en mer omfattende organisasjonsutviklingsprosess. Denne omfatter en utredning av hvilke funksjoner og oppgaver døgnenheten skal ha.

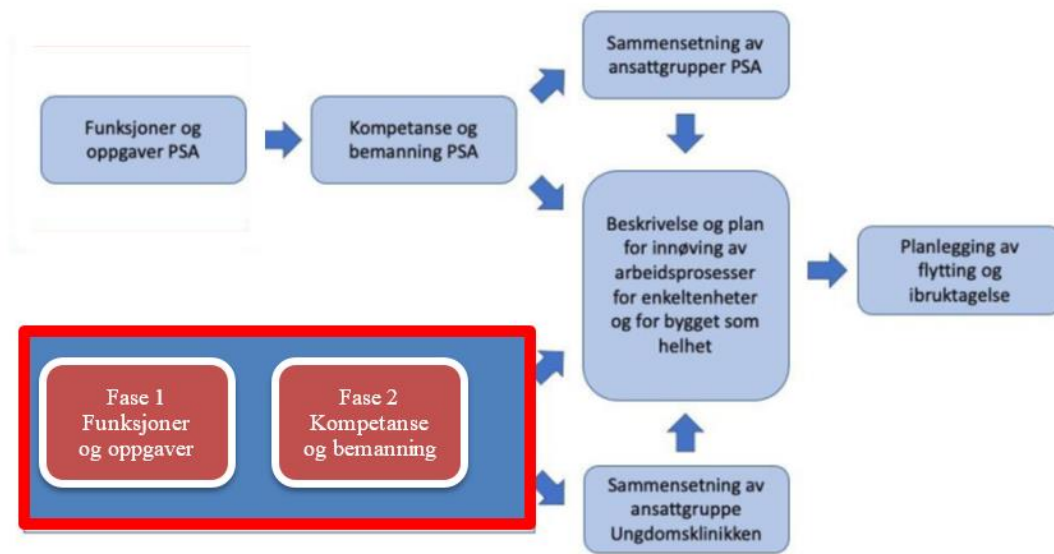
Avdelingen har de siste årene, opplevd en markant økning i henvisninger til avdelingen generelt, men også spesielt til døgnenheten for barn og unge. Dette har utfordret kapasiteten betraktelig, noe som medførte at klinikken høsten 2021 besluttet å utvide kapasiteten fra 6 til 9 døgnplasser. Dette medførte flytting av enheten over i andre, større lokaler. Endring i lokale og antall døgnplasser, medførte en større dekningsgrad og reduksjon i antall innleggelses i PSA, grunnet innleggelses 24/7.

Generelt har døgnplassene på landsbasis innen psykisk helsevern for barn og unge vært relativt stabile over tid, med 296 døgnplasser i 1998 og 301 plasser i 2019¹. Klinikken har imidlertid ligget lavt (under 40 persentilen) når det gjelder døgnforbruk blant Agders befolkning 0-17 år. Dette har vært et bevisst valg fra klinikken, da en har prioritert å dreie tjenestene fra døgn til ambulant og dagtilbud. En dreining som har vært i tråd med de politiske føringene² hvor en primært har ønsket at barn og unge mottar sin helsehjelp på laveste effektive omsorgsnivå (LEON) og nær til hjemmet. Imidlertid har en slik dreining også fordrer en tjenesteutvikling og avklaring av hvilke oppgaver og funksjoner som skal håndteres poliklinisk/ambulant, for slik å bidra til å redusere henvisningsmengden til døgnenheten.

¹ Døgnplasser i det psykiske helsevernet (Samdata spesialisthelsetjenesten)

² Nasjonal helse og sykehusplan

Figur 1 Funksjonsutredning ABUP Døgn

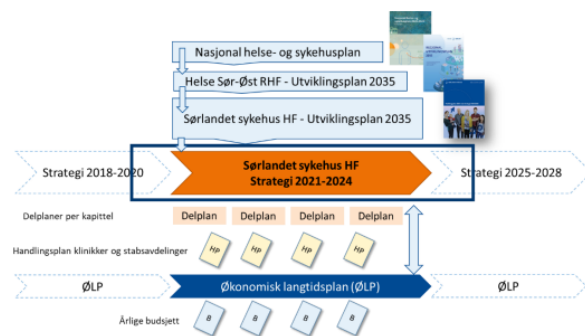


På Agder er det identifisert flere levekårs-³ og sosioøkonomiske utfordringer⁴. Lave levekår, er assosiert med større andel psykisk vansker. På Agder er ca 14% av ungdommene plaget av psykiske utfordringer. I tillegg har Agder⁵ en stor andel med barnevernsinstitusjoner. Forskning viser at ca 76%⁶ av barn- og unge som følges av barnevern, har en underliggende psykisk lidelse. Til tross for en reduksjon i barn- og ungdomspopulasjonen på Agder fremover, indikerer allikevel framskrivningene en forventning i økning i antall liggedøgn for barn og unge⁷.

5. Bakgrunn og overordnede føringer

Funksjonsutredningen skal ta utgangspunkt i nasjonale, regionale føringer, foretakets utviklings- og strategiplan, samt beskrive den ønskede utvikling av klinikkens funksjoner i sykehusavdelingen. Hvilke funksjonsfordeling og oppgavefordeling som anbefales, må sees i sammenheng med de aktuelle føringene som foreligger for tjenesten både nasjonalt og regionalt samt utarbeides i tråd med tiltak og drivere som skal bidra til bærekraftige tjenester.

Hvilke rammeverk som legges til grunn for virksomheten fremkommer i figur 2.



Figur 2 Rammeverk for virksomhetsstyring og planstruktur SSHF

³ Ungdata Agder

⁴ Levekår på Agder – det blide liv på sørlandet

⁵ www.Statsforvalteren.no

⁶ Ny modell for framskrivning psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

⁷ Ny modell for framskrivning psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Av førende dokumentasjon er følgende lagt til grunn i utredningen:

- Nasjonal helse og sykehusplan⁸
- Regional utviklingsplan for Helse Sør Øst
- Regional fagplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Utviklingsplan 2035/2040 for SSHF
- Strategiplan for Sørlandet Sykehus HF 2021-2024
- Samhandlingsmeldingen på Agder
- Barnekonvensjonen
- Nasjonale og regionale faglige føringer

En gjennomgang av aktuelle føringer, foreligger i vedlegg 1.

Kort oppsummert fremkommer det et behov for å styrke tilbudet til barn og unge, og pasienter med alvorlige og sammensatte behov. Det skal etableres bedre psykisk helsevern, med en vridning fra ressursvekst mot teknologi og kompetanse hvor uønsket variasjon i tjenestetilbudet og ugrunnet opphold i pasientforløpene må reduseres. Det skal vris fra økte ressurser til teknologi og kompetanse. Dette anses som svært viktig for å etablere bærekraftige helsetjenester på sikt, hvor tiltakene må være kunnskapsbaserte. Videre løftes spesielt barn og unge frem i den regionale fagplanen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. For barn og unge har Helse Sør Øst identifisert følgende tiltak:

- Etablere en arbeidsgruppe som utarbeider en standard for hvilken kompetanse som skal være tilgjengelig i psykisk helsevern for barn og unge
- Helseforetakene/sykehusene må sikre tilgjengelig tilbud 24/7 for barn og unge innen psykisk helsevern
- Helseforetakene/sykehusene må sørge for at det foreligger en standard for bruk av ambulant virksomhet
- Helseforetakene/sykehusene skal tydeliggjøre og utvikle behandlingsforløp for barn og unge som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen, gjennom helsefelleskapene
- Helseforetakene/sykehusene skal ha skriftlige rutiner for kartlegging av selvskading og tiltak ved selvskading hos barn og unge

I føringene som legges til grunn er også prinsippet om at tjenestene skal til enhver tid ytes på laveste effektive omsorgsnivå (LEON⁹), noe som anses å bidra til både god kvalitet og økonomisk bærekraftige tjenester.

5.1 Faglige føringer på nasjonalt og regionalt nivå

Behandlingslinjer og nasjonale retningslinjer for diagnosegrupper som utgjør en stor andel av pasientgruppen innen PHV-V og TSB skal implementeres i arbeidet med utforming av funksjons- og oppgavefordeling.

Aktuelle pasientforløp som er etablert på EKWeb skal implementeres, eventuelt også revideres dersom det fremkommer mangler med pasientforløpene slik de fremstår p.t. Pasientforløp skal støtte opp om ønsket målsetting i funksjonsutredningen når det gjelder effektmål.

På EkWeb er p.t. følgende pasientforløp:

- Spiseforstyrrelse
- ADHD
- Tourette syndrom
- OCD

⁸ [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

⁹ St.meld. nr 9. Om sykehusbygging m.v. i et regionalisert helsevesen

Funksjonsutredningen skal støtte opp om nasjonal faglige retningslinjene på fagområdet. Dette omfatter følgende:

- [ADHD - Helsedirektoratet](#)
- [Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet - Helsedirektoratet](#)
- [Bipolare lidinger - Helsedirektoratet](#)
- [Forebygging av selvmord i psykisk helsevern – Nasjonal faglig retningslinje.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)
- [Psykoselidelser - Helsedirektoratet](#)
- [Samtidig ruslidelse og psykisk lidelse \(ROP-lidelser\) - Helsedirektoratet](#)
- [Spiseforstyrrelser - Helsedirektoratet](#)
- [Tiltakshåndboken RBUP](#)

I tillegg kommer pakkeforløp¹⁰ innen psykisk helsevern for barn og unge.

5.2 Undersøkelse av psykiske helsetjenester – Riksrevisjonen

Revisjon av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge, viser at nesten hver 3. poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge behandler ikke unge under 18 år med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Følgende rapporteres:

- Manglende fleksibilitet i arbeidshverdagen
- Manglende basiskompetanse om rusmidler og avhengighet, hvor kun en av tre poliklinikker tilbyr samtidig behandling for psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Primært er behandlingen rettet mot den psykiske lidelsen med tradisjonelle behandlingsmetoder.
- 30% av BUP ledere mener at poliklinikken de leder benytter behandlingsmetoder som har for svakt kunnskapsgrunnlag.
- 50% av lederne av BUP opplyser at det ikke stilles krav til hvilke behandlingsformer poliklinikken skal benytte. Flere pasienter er i lange forløp, hvor det er mer effektive behandlingsmetoder tilgjengelig, men ikke ved deres behandlingssted¹¹.

5.3 Kulturkartlegging KPH

I tillegg til føringene, er prosessen i forbindelse med funksjonsutredningen gjennomført og utarbeidet i tråd med kulturkartleggingen som ble gjennomført av PwC i 2020. Denne ble utformet ved hjelp av «Cultural Values Assessment¹²», fra Barret Value Centre, med enkelte lokale tilpasninger. Kartleggingen viste et ønsket kultur hvor det i større grad var fokus på faglig utvikling, kompetanse og tverrfaglig samarbeid. Verdier som respekt og inkludering, samt ansattes engasjement er fremtidige viktige verdier. Dette er derav lagt til grunn når det kommer til hvordan prosess er utformet og gjennomført.

¹⁰ Pakkeforløp endrer tittel til pasientforløp fra 01.01.23

¹¹ Riksrevisjonens undersøkelse av psykiske helsetjenester, 3:13 (2020-2021).

6. Kortfattet beskrivelse av virksomheten

Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP) er en avdeling som omfatter enheter fordelt på tre lokasjoner:

- Lister
- Kristiansand
- Arendal

Tilbudet omfatter både polikliniske tilbud, familietilbud og ambulante tjenester, akutt og døgnenhet. Døgnenheten, Ungdomsklinikken, er i dag organisatorisk plassert i Arendal, i Dydens vei. Frem til høsten 2021 var enheten lokalisert i Sykehusveien. Enheten ble da flyttet til Psykiatrisk sykehusavdeling sine lokaler i Arendal på grunn av høyt belegg og behov for økning i kapasitet. Enheten gikk fra 6 døgnplasser til 9.

Enheten ivaretar:

- Øyeblikkelig hjelp
- Akuttbehandling og stabilisering ved uro/forvirringstilstander



Figur 3 Behandlingsstilbud Agder

Barn opp til 18 år har særskilte juridiske rettigheter knyttet til innleggelse i sykehus. Dette omfatter at pårørende kan være tilstede under innleggelse¹³. Barn har rett til å bli aktivisert og stimulert¹⁴ og til undervisning under innleggelsen i henhold til opplæringsloven¹⁵

6.1 Kompetanseprofil ABUP Ungdomsklinikken

ABUP Ungdomsklinikken tar i dag imot pasienter for innleggelse med bakgrunn i øyeblikkelig hjelp kriteriene (ØH). Enheten har en ledelse som har videreutdanning i Basal Eksponeringsterapi (BET) en overlege som har startet opp denne videreutdanning, to miljøterapeuter som er i gang med BET recovery, hvor komplementær ytre regulering (KYR) er kjernen i miljøterapien som tilbys. BET/KYR er transdiagnostisk og benyttes for det meste ved alvorlige tilstander i døgn. Dagsykepleier og en miljøterapeut har videreutdanning i SEPREP (psykose og ruslidelser).

7. Pasientpopulasjon

7.1 Døgninnleggelser – Kapasitet ABUP

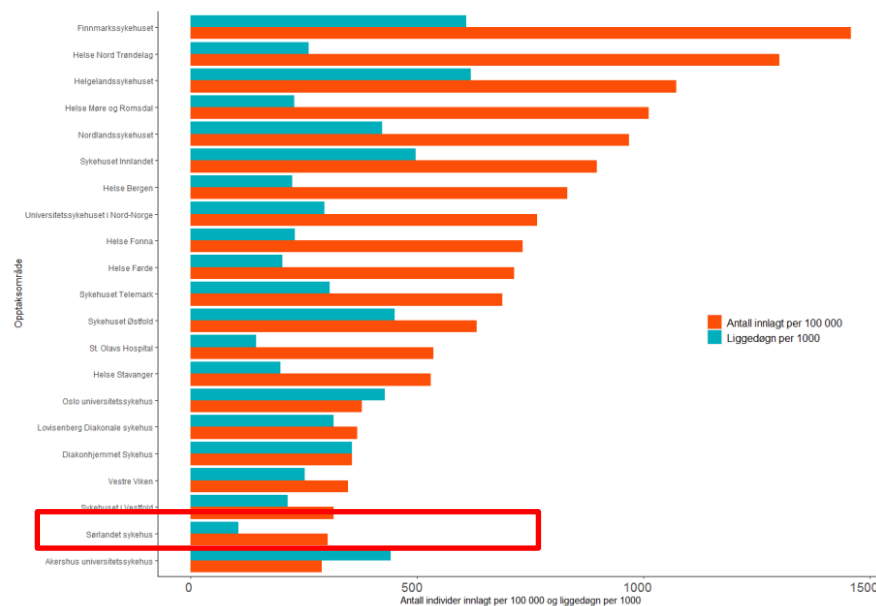
Helsehjelpen til barn- og unge er primært poliklinisk oppfølging. Det er stor variasjon i døgntilbudet i helsenorge.

¹³ Forskrift om barns opphold i institusjon, kap. 2. Samværesrett med foreldre m.m. § 6 1-4 ledd.

¹⁴ Pasientrettighetsloven 6-3.

¹⁵ Lov om grunnskolen og den videregående opplæring (opplæringsloven 13-13 a.)

Figur 3 Antall pasienter innlagt til døgnbehandling i BUP og liggedøgn i perioden 2016-2019 per 100.000 innbyggere 0-17 år.



Antall pasienter som legges inn ved ABUP, er under landssnittet i 2018 og viser et avvik, negativt på 54%.

Tabell 1 Antall pasienter i behandling i BUP 2017-2018

Opptaksområde	Antall pasienter i behandling BUP 2017 og 2018		
	2017	2018	Avvik 2018
Akershus universitetssykehus HF	1,3	1,0	-45 %
Diakonhjemmet Sykehus	1,3	1,2	-33 %
Finnmarksykehuset HF	5,1	4,6	150 %
Helgelandsykehuset HF	3,2	3,0	65 %
Helse Bergen HF	2,6	2,6	43 %
Helse Fonna HF	2,2	2,0	10 %
Helse Førde HF	2,0	2,4	31 %
Helse Møre og Romsdal HF	2,4	2,7	51 %
Helse Nord Trøndelag HF	4,2	3,3	78 %
Helse Stavanger HF	1,8	1,7	-9 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	1,1	1,4	-22 %
Nordlandssykehuset HF	3,1	2,7	48 %
Oslo universitetssykehus HF	1,3	1,4	-22 %
St. Olavs hospital HF	1,4	1,5	-16 %
Sykehuset i Vestfold HF	1,0	1,1	-39 %
Sykehuset Innlandet HF	2,5	2,6	41 %
Sykehuset Telemark HF	2,2	2,1	17 %
Sykehuset Østfold HF	2,0	2,3	26 %
Sørlandet sykehus HF	1,3	0,8	-54 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	2,3	2,4	30 %
Vestre Viken HF	1,0	1,1	-41 %
Totalsum	1,9	1,8	0 %

7.2 Døgninnleggelser – barn og unge KPH

I henhold til resultatmål 1, skal arbeidsgruppen beskrive behov for døgninnleggelser ut fra utvikling og frem til i dag. Dette gjelder både innleggelser akutt og innleggelser knyttet til døgnobservasjon og mer langvarig behandling i døgnpost.

Forbruk av helsetjenester for barn og unge, ligger primært til aldersgruppen 10-19 år. Dette gjenspeiler seg også i profilen til ABUP når det gjelder innleggelse i døgn, for barn og unge. Analyser gjennomført i Helse Sør øst viser at følgende diagnoser i all hovedsak opptar døgnkapasiteten: depresjon, spiseforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser og uspesifisert/mangler (disse to utgjør til sammen 28% av andelen som legges inn i døgn i PHV-BU).

Tabell 2 Diagnostisk fordeling av døgnbehandling BUP 2019

	Antall individer	Antall liggedøgn	Andel av individer	Andel av liggedøgn
ADHD	168	4 390	8 %	5 %
Alvorlig psykisk lidelse	183	9 448	9 %	12 %
Andre diagnostiserte tilstander	45	1 328	2 %	2 %
Andre forstyrrelser	153	4 913	7 %	6 %
Angst	80	2 560	4 %	3 %
Depresjon	296	8 887	14 %	11 %
Fobi	64	3 915	3 %	5 %
Kompleks belastning	14	598	1 %	1 %
Mangler	212	7 043	10 %	9 %
OCD	32	1 309	2 %	2 %
Organisk		30	0 %	0 %
PF	40	1 186	2 %	1 %
Rus	39	293	2 %	0 %
Spiseforstyrrelse	219	17 194	11 %	21 %
Tilpasningsforstyrrelse	270	6 759	13 %	8 %
Uspesifisert	364	2 915	18 %	4 %
Utviklingsforstyrrelse	148	7 454	7 %	9 %
Total	2 068	80 222	100 %	100 %

Dersom en ser dette på ned på helseforetak, ser en at pasientgruppene spiseforstyrrelse, alvorlig psykisk lidelse (dette inkluderer også psykose), depresjon og belastning/traume.

Tabell 3 Alder og diagnose for innleggelse i BUP 2018/2019.

Opptaksområde	Alders og kjønnsstandardiserte verdier for BUP 2018/2019						
	Individer		Total	Spise- forstyrrelse	Liggedøgn		
	Antall individer	døgn-behandling			SMI	Depresjon	Belastning/-Traume
Norge	1 626	70	3 184	635	349	325	301
Helse Sør-Øst	95 %	75 %	111 %	131 %	97 %	102 %	109 %
Akershus universitetssykehus	88 %	51 %	120 %	65 %	97 %	138 %	85 %
Diakonhjemmet Sykehus	124 %	55 %	99 %	38 %	56 %	134 %	327 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	105 %	94 %	172 %	100 %	160 %	325 %	135 %
Oslo universitetssykehus	95 %	79 %	161 %	102 %	125 %	203 %	173 %
Sykehuset i Vestfold	115 %	61 %	84 %	224 %	52 %	8 %	35 %
Sykehuset Innlandet	101 %	119 %	132 %	142 %	147 %	140 %	187 %
Sykehuset Telemark	106 %	114 %	92 %	74 %	100 %	95 %	221 %
Sykehuset Østfold	102 %	114 %	157 %	268 %	58 %	59 %	133 %
Sørlandet sykehus	99 %	42 %	39 %	75 %	31 %	24 %	3 %
Vestre Viken	87 %	63 %	87 %	161 %	131 %	53 %	76 %
Oslo	97 %	71 %	147 %	85 %	119 %	198 %	167 %

ABUP ligger under snittet når det gjelder innleggelser av pasienter med spiseforstyrrelser, selv om dette også er hovedårsaken til innleggelser i døgn. Utviklingstrenden har vist en stadig økning i liggedøgn og individer, med en endring som kan spores tilbake til 2016. Ved behov for døgnbehandling ser en at en stor andel er pasienter med spiseforstyrrelser. Dette er en pasientgruppe som samlet utgjør 11% av populasjonen innen døgnbehandling, men som utgjør bare 2% av polikliniske pasienter.

Tabell 4 Utvikling av antall pasienter med spiseforstyrrelser, gjelder totale opphold (døgn, dag og polikliniske opphold).

År	Individer	Antall		Rate per 100 000 mellom 0 - 17 år	
		Totale opphold	Liggedøgn	Individer	Liggedøgn
2016	1 043	23 297	11 783	93	1 045
2017	1 177	34 234	12 899	104	1 140
2018	1 307	30 141	16 443	116	1 456
2019	1 363	32 622	17 194	121	1 532
Snitt årlig endring				10 %	16 %

Gjennomgang av forbruket ved Ungdomsklinikkens belegg viser at av en samlet pasientgruppe (113 stk i 2022) fordeler den seg på følgende vis:

- 45% akuttinnleggelser 1-3 dager
- 29% langtidsinnleggelser, mer enn 15 dager.

Sistnevnte er primært spiseforstyrrelser. Gjennomsnittlig liggetid i enheten er 20,5 dager. Vedrørende tvang, viser det at et lite antall individer med spiseforstyrrelser trekker opp antall tvangsvedtak ved enheten. Tabellen under viser antall tvangsvedtak fordelt på 2021 og 2022. Klinikken oppgir ikke tall som er 5 eller mindre.

Tabell 5 Tvangsvedtak fordelt pr år og paragraf, samt unike individer.

	Antall vedtak		Unike pasienter	
	2021	2022	2021	2022
Under 18	636	318	9	
Barn og unges psykiske helse	612	318	8	
Arendal	612	318	8	
§4-3 (PH) Skjerming med vedtak	7			
§4-4 (PH) Annen tvangsbehandling				
§4-4 (PH) Ernæring uten eget samtykke	10	11		
§4-5 (PH) Innskrenkinger i forbindelsene med omverdenen				
§4-6 (PH) Undersøkelse av rom, eiendeler samt kroppsvisita	25			
§4-7 (PH) Beslag	8			
§4-8d Kortvarig fastholding	556	294	8	
Psykiatrisk sykehusavdeling	24			
Totalsum	636	318	9	

8. Funksjonsutredningens aktiviteter

Mandat til funksjonsutredningen ble gjennomgått med klinikkdirektør og avdelingssjef i mai 2022. Det ble vedtatt i ledergruppen i august. Arbeidsgruppen ble konstituert i august 2022. Det ble besluttet at lokal tillitsvalgt og verneombud ville ivareta de ansattes interesser i prosessen.

Involvering er oppnådd på følgende måte:

- Arbeidsgruppe
- Lokale workshops – standardiserte
- Survey – kartlegging, sendt til alle ansatte i ABUP
- Drøfting og vurdering gjennomført i arbeidsgruppe supplert med avdelingens ledergruppe

I tillegg er det gitt informasjon i allmøte til samtlige ansatte og det er gitt informasjon i form av nyhetsartikkel på SSHFs intranettside.

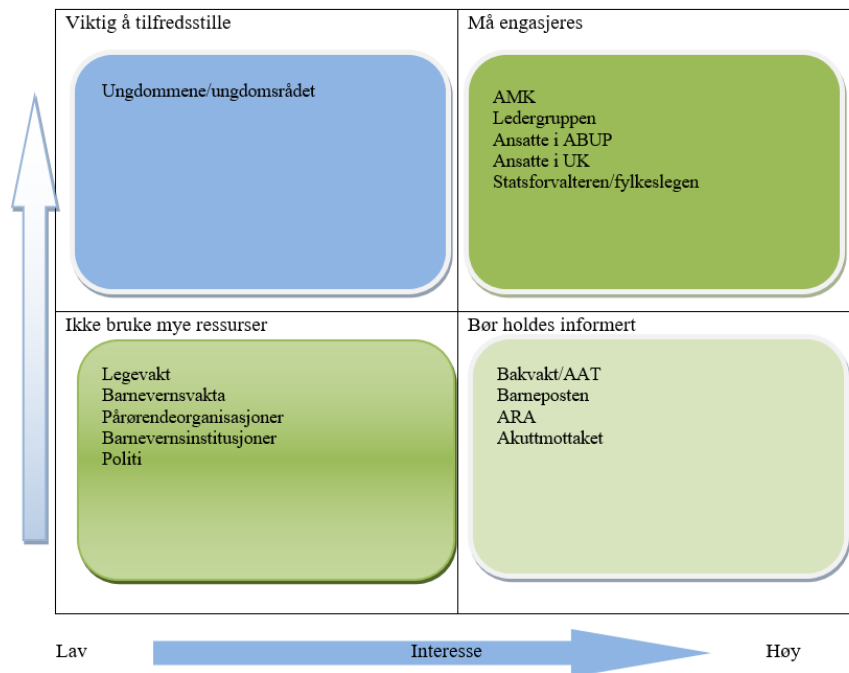
Der det har vært aktuelt, vil det bli kalt inn til samarbeidsmøter for å utforme og etablere retningslinjer for:

- Inntak
- Samarbeid
- Transport

8.1.1 Interessentanalyse

Det er gjennomført en interessentanalyse hvor følgende er blitt identifisert i figur under.

Figur 4 Interessentanalyse



8.1.2 Kommunikasjonsplan

Under følger kommunikasjonsplan for funksjonsutredningen.

Tabell 6 Kommunikasjonsplan

Interessent/ Målgruppe	Begrunnelse interessent/ målgruppe	Interessentens kommunikasjonsbehov	Prosjektets kommunikasjonsbehov	Kanal og form	Frekvens	Ansvarlig
Hvem (hvilke roller) er relevante for prosjektet?	Hvorfor er denne rollen/gruppe en interessent i prosjektet?	Hva vil interessenten vite?	Hva vil prosjektet at interessenten får vite i tillegg?	Hvilke kanaler skal kommuniseres gjennom og på hvilken måte?	Hvor ofte skal det kommuniseres?	Hvem har ansvar for kommunikasjon med interessent?
Ansatte i ABUP	Hensiver til innleggelse ved UK	Status prosess	Planlagte aktiviteter, deres mening	Allmøte, informasjon på intranett Driftsmøter, enhetsledermøte, personalmøte	I løpet av prosessen - 1 gang allmøte. Intranett - 4 ganger (status prosess, planlagte aktiviteter - informasjon ang. høring, status avslutning)	Avdelingsjef
Ansatte i UK	Direkte berørt i prosessen	Status og videre fremdrift, endelig konklusjon	Planlagte aktiviteter, deres mening	Driftsmøter	I løpet av prosessen - 1 gang allmøte. jevnlig, høst saks	Enhetsleder
Ansatte AAE	Samarbeidspartnere	Status og videre fremdrift, endelig konklusjon	Planlagte aktiviteter, deres mening	Driftsmøter	Intranett - 4 ganger (status prosess, planlagte aktiviteter - informasjon ang. høring, status avslutning)	prosessleder
Ansatte AAT ABUP	Samarbeidspartnere	Status og videre fremdrift, endelig konklusjon	Planlagte aktiviteter, deres mening	Intranett	Intranett - 4 ganger (status prosess, planlagte aktiviteter - informasjon ang. høring, status avslutning)	prosessleder
Ansatte AAT voksen	Samarbeidspartnere	Status og videre fremdrift, endelig konklusjon	Planlagte aktiviteter, deres mening	Intranett	Intranett - 4 ganger (status prosess, planlagte aktiviteter - informasjon ang. høring, status avslutning)	prosessleder
ABUP ledergruppen	Ledelse og samarbeidspartnere	Status og videre fremdrift, endelig konklusjon	Involvering og sikre innspill fra ledergruppen, styringsignal	Ledermøte	Jevnlig oppdatering	Avdelingsjef
KPH ledergruppe	Ledelse og samarbeidspartnere	Status og videre fremdrift, endelig konklusjon	Involvering og sikre innspill fra ledergruppen, styringsignal, identifisere mulige fallgruver/overslagseffekter	Ledermøte/styringsgruppe	Jevnlig i ledermøtet	prosessleder(avd.sjef)

I tillegg til aktiviteter som:

- Allmøte
- Intranett
- Survey
- Lokale standardiserte work shops

Vil det gjennomføres arbeidsgrupper for utarbeidelse av retningslinjer for samhandling med andre enheter, avdelinger og klinikker.

Dette være seg:

- AAT voksen
- AAE/AAT i ABUP
- AMK
- PSA – bakvakt

8.2 Personaser og GAP-analyse

Fagpersoner innen relevante områder, har bidratt til utforming av personaser¹⁶. Se vedlegg. GAP-analyser er gjennomført knyttet til workshops og ønsket/suksesskriterier for gode pasientforløp. Fagpersoner har ved lokale work shops og ved arbeidsgruppemøte den 09.11 gjennomgått hva som er tilbudet pr. i dag for pasienter med henholdsvis psykoselidelse, spiseforstyrrelser og selvmordsproblematikk, og hva som er ønsket behandlingstilbud og kjennetegn ved tjeneste.

Hovedtrekkene i GAP-analysen som ble identifisert mellom dagens drift og optimale pasientforløp fremkommer i tabellen under:

Tabell 7 GAP-analyse

Nåsituasjon	Ønsket situasjon
<i>Basis utredning avklart, men mangler kompetanse i rusutredning</i>	<i>Bedre rusutredning.</i>
<i>Lite samhandling mellom ABUP og ARA, uavklart samarbeid.</i>	<i>Etablert samarbeid med ARA og fastlege.</i>
<i>Mangler i utredning, jf. pakkeforløp/pasientforløp</i>	<i>Strukturere utredningene bedre, sikre måloppnåelse jf. pakkeforløp/pasientforløp.</i>
<i>Mangler i den diagnostiske vurderingen</i>	<i>Diagnostisk vurdering – jf. pakkeforløp</i>
<i>Dialektisk atferdsterapiteam i Kr.sand.</i>	<i>Dialektisk atferdsterapi team ved flere lokasjoner (DBT team).</i>
<i>Mangler i behandlingstilbud ved UK</i>	<i>Implementering av BET KYR¹⁷ i UK.</i>
<i>Individuelle vurderinger påvirker oppholdet på døgnpost</i>	<i>Etablere enighet om oppholdet, faglig begrunnet.</i>
<i>Uklarhet i forhold til varighet og innhold i innleggelse, ved flere diagnoser. Usikkert hva som er ønsket måloppnåelse/slutttilstand</i>	<i>Bedre avklaring knyttet til varighet og innhold for innleggelse; inklusjonskriterier og funksjonsbeskrivelse som avklarer utskrivning.</i>
<i>Brudd i behandlinglinjen</i>	<i>Forankring i DBT eller i FACT ung, utfra diangose.</i>
<i>Manger gode behandlingsmetoder for atferdsforstyrrelse (eks. PCIT, PMTO, MST, DBT – C).</i>	<i>Etablerte behandlingsmetoder for atferdsforstyrrelse</i>
<i>Mangler mengdetrening ved psykoselidelser, utredning og behandling</i>	<i>Etablert mer avklart behandlingsforløp, samarbeid med FACT ung.</i>
<i>Ikke implementert kontaktlege/kontaktpsykolog</i>	<i>Kontaktlege og kontaktpsykolog er implementert.</i>
<i>Uklare bestillinger/oppgaver til døgnpost ved innleggelse av psykosepasienter.</i>	<i>Tydlig ansvarsavklaring, retningslinjer for utredning, behandling og samarbeid.</i>
<i>Mangler en klar behandlingsmodell for pasienter med spiseforstyrrelser ved ungdomsklinikken</i>	<i>Etablert behandlingstilbud for barn/unge med spiseforstyrrelse ved ungdomsklinikken (BET KYR/ RO DBT).</i>
<i>Uklarheter med tanke på innleggelsesvarighet og trinnsvis tilnærming (eskalering/deeskalering)</i>	<i>Etablert en tjenestetrapp med eskalering/deeskalering etter klare kriterier.</i>
<i>Mangler i dag flere behandlingstilnærming, kunnskapsbasert, for pasienter med spiseforstyrrelser.</i>	<i>Etablerte behandlingstilnærming, RO DBT, CBT-ED, der FBT ikke har effekt.</i>
<i>Manger monitorering av trekk og utvikling i pasientpopulasjonen, for å kunne ta organisatoriske trekk ved behov.</i>	<i>Systematisk monitorering av utfordringsbildet, hvor tiltak kan settes inn ved behov.</i>
<i>Mangler en behandlingsprofil ved UK.</i>	<i>Implementert og etablert en behandlingsprofil.</i>

¹⁶ Personas er en arketypp, fiktiv pasient.

¹⁷ Komplementær ytre regulering

8.3 Framskrivning

Funksjonsutredningen skal bygge på framskrivinger som foreligger, i henhold til 4.2 i mandatet. Følgende er spesifisert:

- Oppdatert framskrivning utarbeidet i forbindelse med Konsept- og forprosjektrapport til Nybygg psykisk helse.
- Framskrivning gjennomført i forbindelse med UP2040¹⁸
- Ny modell for framskrivning i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling¹⁹.

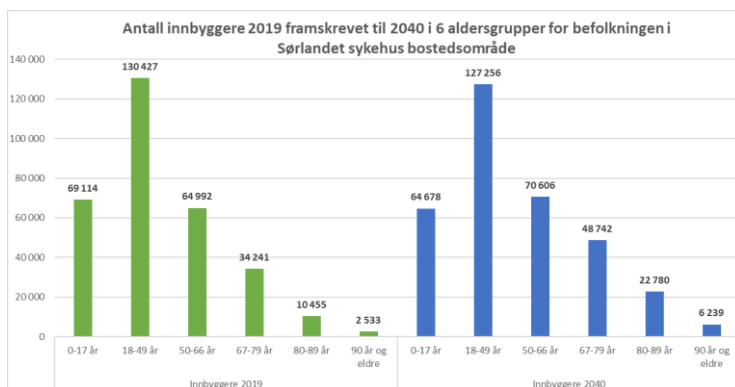
Funksjonsutredningen har i tillegg inkludert driftsdata fra Enhet for virksomhetsdata (EVD), SSHF og analyseavdelingen i HSØ. Det foreligger ingen oppdatert framskrivning fra Konsept- og forprosjektrapport til Nybygg psykisk helse, men ny framskrivning gjennomført av Sykehusbygg i forbindelse med UP2040.

En framskrivning er en prognose som sier noe om antatt behov i fremtiden, og hvilke driver som antas å ville påvirke tjenesten. Hvordan dette faktisk blir, vil avhenge av flere faktorer, også de som er utenfor klinikken, som kommunal samhandling og tjenesteutvikling. Det er en felles avhengighet av flere faktorer og forhold når det kommer til kapasitet og tjenestebehov.

8.3.1 Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for Sørlandet sykehus HF 2019-2040

Sykehusbygg har gjennomført en aktivitets og kapasitetsframskrivning. Denne tar utgangspunkt i de regionale helseforetakenes (RHF-enes) framskrivningsmodell²⁰, men det gjøres tilpasninger i modellen i samarbeid med HF-et for å ta hensyn til spesielle lokale forhold. Modellen benytter demografisk framskrivning basert på siste tilgjengelige framskrivning fra Statistisk sentralbyrå (SSB) i 2020 med verdier på de fire endringsdriverne i befolkningsframskrivningen (MMMM-versjonen)²¹. Demografiske endringer knyttet til en stadig eldre befolkningsgruppe tilsier at man frem til 2035 får en økning i aldersgruppen 0-9 år, mens det er en nedgang i volum i de neste to 10 års gruppene.

Figur 5 Antall innbyggere 2019 framskrevet til 2040



Generelt fremkommer det en prosentvis endring i antall innbyggere i aldersgruppen 0-17 år på 6,4% i opptaksområdet til Sørlandet Sykehus HF. Det er kun 4 kommuner som får en framskrevet økning i befolkningen i alderen 0-17 år. Dette være seg Kristiansand, Bygland, Bykle og Valle.

I tillegg til en aldrende befolkning, en reduksjon i antall innbyggere i 10 av 27 kommuner på Agder, har Agder over lengre tid hatt levekårsutfordringer²², noe som vedvarer når en ser oversikten over antall husstander med definert lavinntekt etter OECD skala over fylker i Norge. Forprosjektrapport knyttet til Bedre levekår på Agder²³ som er et av hovedsatsningsområdene i Regionplan Agder

¹⁸ Utviklingsplan 2040

¹⁹ ny-modell-for-framskrivinger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf (regjeringen.no)

²⁰ En beskrivelse av hvordan RHF-enes framskrivningsmodell er utformet finnes her:

https://sykehusbygg.no/Documents/Veiledere/Beskrivelse_av_Framskrivningsmodellen_2020.pdf

²¹ De fire endringsdriverne er: Fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring.

²² Det blide liv på Sørlandet

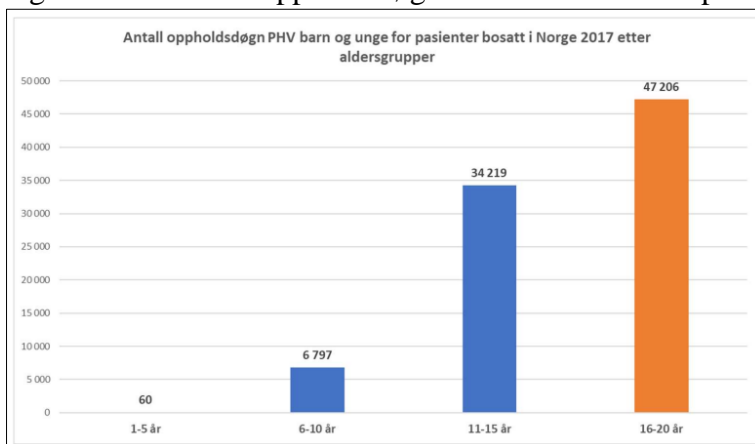
²³ [Bedre levekår på Agder - Agder fylkeskommune \(agderfk.no\)](https://agderfylkeskommune.no/bedre-levek%C3%A5r-p%C3%A5-agder)

2030, viser at Agder skårer lavt på flere levekårsindikatorer. Studier viser at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status, lav utdanning og forekomst av multimorbiditet, både når det kommer til fysisk og psykiske lidelser²⁴. Framskrivning knyttet til PHV-BU viser at økning i behov for liggedøgn og annen aktivitet, vil kreve omlegging av drift ved følgende tiltak:

- Gruppebehandling
- Annen behandling (poliklinikk med og uten ambulant virksomhet samt ambulant virksomhet).
- Dagbehandling, omfatter både aktivitet av dagopphold og poliklinisk aktivitet.

Vedrørende innleggelse i døgn, ser en primært at aldersgruppen 11-15 år og 16-20 år er forbrukerne innen psykisk helsevern for barn og unge. Det er imidlertid få innleggelser i PHV-BU på landsbasis i gruppen 18-20 år. Beregningene basert på 2017 viser at forbruket øker med økende alder.

Figur 6 Viser antall oppholdsdøgn innen PHV-BU for pasienter bosatt i Norge, 2017.



Det antas primært med bakgrunn i befolkningsvekst og framskrivning fra Sykehusbygg en reduksjon i antall liggedøgn fra 2019 til 2040 på 28,9%. Endringen forutsetter endringsfaktorer som nevnt ovenfor. I tillegg til faktorene nevnt ovenfor, antas det at forbruket av døgnplasser vil kunne reduseres som følge av økt samhandling med kommune og pårørende/hjem, samt en faglig utvikling. Dette forutsetter således en økning i gruppebehandling og dagaktivitet med henholdsvis 18,7% og 14,8%. I tillegg beregnes det en økning når det kommer til ambulant aktivitet, selv om volumet med pasienter blir mindre.²⁵

Tabell 8 Aktiviteten – fremskrevet med endringsvaktorer inkludert.

SSHF Arendal Barne- og ungdomspsykiatri	Endring 2019-2025	Endring 2019-2030	Endring 2019-2035	Endring 2019-2040	Pst-endring 2019-2025	Pst-endring 2019-2030	Pst-endring 2019-2035	Pst-endring 2019-2040
Liggedøgn sum	84	-49	-218	-348	7,0%	-4,1%	-18,1%	-28,9%
Dagaktivitet uten gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	1 667	1 369	1 221	1 903	12,9%	10,6%	9,5%	14,8%
<i>Ambulant virksomhet</i>	212	199	192	300	13,7%	12,9%	12,5%	19,5%
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	1 879	1 568	1 413	2 203	13,0%	10,9%	9,8%	15,3%
Gruppebehandling								
Dagbeh og poliklinikk uten ambulant virk	43	30	44	93	8,7%	6,0%	8,9%	18,7%
<i>Ambulant virksomhet</i>	2	3	0	1	10,0%	15,0%	0,0%	5,0%
Dagbeh og poliklinikk med ambulant virk.	43	30	44	93	8,3%	5,8%	8,5%	18,0%

²⁴ <https://bmccmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-020-01543-8>

²⁵ Utviklingsplan 2040

8.3.2 Ny modell for framskrivning

Ny modell for framskrivning har som hensikt å fange opp endringer i befolkningens fremtidige behov for helsetjenester. Modellen tar utgangspunkt i beregninger av estimert prevalens av psykiske lidelser i Norge generelt, GBD (Global Burden of Disease ved Institute for Health Metrics and Evaluation). Antatt prevalens anses som å være relativt stabil over tid. Denne blir videre vurdert opp mot aktivitetsdata (NPR) for å indikere om enkelte grupper per i dag, har udekket behov, det vil si behandlingsgapet. Det er viktig å notere seg at ny modell for framskrivning, er ny, og at det er enkelte usikkerhetsmomenter knyttet til denne.

8.3.2.1 Behov på diagnostisk nivå – døgn og poliklinisk tilbud.

Framskrivningen viser at dekningsgraden i spesialisthelsetjenesten når det gjelder døgn er lav ved følgende tilstander:

- Psykose
- Spiseforstyrrelser
- Rusutløst psykose
- Bipolar lidelse

Disse er forventet å ha en klar vekst når det gjelder døgnforbruk (særsilt i aldersgruppen 15-40 år). For liggedøgn gir modellen en generell vekst for barn og unge, på 14%.

Tabell 9 Standardisert rate liggedøgn

Standardisert rate liggedøgn	2019		Endring
	2019	2040	
TSB	11 284	10 557	-6 %
VOP	19 997	20 430	2 %
BUP	6 139	7 018	14 %
Total	32 787	32 702	0 %

Framskrivningen anbefaler en økning i døgnkapasiteten til pasienter med ROP lidelser, alvorlige psykiske lidelser og spiseforstyrrelser med 15%, hvilket utgjør 11 senger pr. opptaksområde. Den faktiske effekten avhenger igjen av faglige utvikling²⁶. Endringer i behandlingsmodeller og faglig utvikling er tenkt å redusere behovet for døgnplasser samlet sett. Med faglig utvikling vises det til følgende:

- FACT/ACT ev. annen forsterket oppsøkende poliklinisk innsats
- Digital behandling – e-mestring, videokonsultasjoner, hels norge/dialogmelding
- Brukerstyrt poliklinikk
- Tidsintensive behandlingstilbud

Poliklinisk framskrivning tilsier et behov for å særlig øke tilbudet til følgende pasientgrupper:

- Eldre
- Barn og unge
- Spiseforstyrrelser
- Alkoholrelaterte lidelser
- Tilpasningsforstyrrelser og andre nevrotiske lidelser (PTSD)

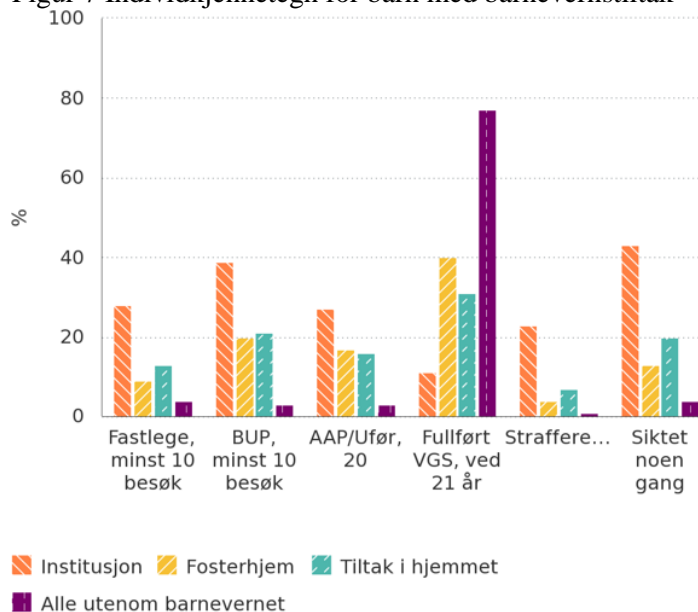
Endringen i polikliniske tjenester er i stor grad en effekt av en ønsket omlegging av tilbudet fra døgn til poliklinisk omsorgsnivå. Dette stiller imidlertid igjen krav til faglig utvikling, som nevnt ovenfor. Dersom ikke en omlegging av tjenesten finner sted, vil kapasiteten bli utfordret og tjenestene vil antas å ikke være bærekraftige. Det er viktig å påpeke at klinikken allerede har tatt ut en stor andel av den ambulerende kapasiteten, som nevnes som eksempler på faglig

²⁶ Ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

utvikling ment å redusere presset på døgn- og polikliniske tjenester i spesialisthelsetjenesten. FACT ung er imidlertid et tiltak som er under utvikling som ikke er fullt prøvd ut p.t. Det fremkommer i dag stor variasjon mellom HF når det gjelder innleggelsesvarighet og rate innleggelse i deres opptaksområde. Variasjonen tilsier at det vil kunne være mulig å følge flere pasienter poliklinisk som i dag legges inn på døgn.

Framskrivningene som gjøres understreker at samarbeid mellom tjenestenivåene må utvides i årene fremover, noe som bidrar til økt poliklinisk aktivitet hos ABUP, og samtidig støtter kommunenes lavterskel tilbud. ABUP har få pasienter i dag med rusproblematikk. Undersøkelser har vist at det foreligger et utfordringsbilde knyttet til dette, i tillegg til at det er høy forekomst av psykiske lidelser blant barnevernsbarn. Dette i seg selv tilsier et økende behov, til tross for en reduksjon i barnepopulasjonen fremover, da tjenesten må tette behandlingsgapet som foreligger.

Figur 7 Individkjennetegn for barn med barnevernstiltak



Sammenliknet med barn uten barneverntiltak, har barn bosatt ved institusjon, større andel oppfølging fra ABUP og fastlege²⁷.

Framskrivning og revisjon av døgnforbruket på Sørlandet viser at ABUP ligger under 40 persentilen når det gjelder liggedøgn forbruk i 2019, samt rate per 100.000 innbyggere 0-17 år. Dersom en legger framskrivningene til grunn vil ABUP ha behov for en 177% endring i forbruket innen døgn for denne pasientgruppen. Med bakgrunn i GBD²⁸ ser en at en i dag, kun tilbyr helsehjelp til 45% av barn og unge med diagnostiserbar psykisk lidelse for alderen 0-9 år, 38% for alderen 10-14 år og 33% for alderen 15-19 år.

Framskrivninger for ABUP Døgn, viser at det vil være behov for økt døgnbasert tilbud som følge av avgiftning og kortvarig rusbehandling, kombinert med behovet for å tette behandlingsgapet for andre tilstander. Ved en 20% økning i kapasitet på liggedøgn, tilsvarer dette for ABUP Døgn 8,4 døgnplasser. Som følge av variasjonsbehovet, ble det beregnet og estimert 10 døgnplasser til ABUP Døgn²⁹. Dette også med bakgrunn i faglig utvikling jmf. Ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

²⁷ [Barn og unge i institusjon \(bufdir.no\)](http://bufdir.no)

²⁸ Global Burden of Disease

²⁹ Nybygg psykisk helse SSK Sørlandet Sykehus HF [Forprosjektrapport febr 2020.pdf \(fisp.no\)](#)

Samlet tilsier erfaringene de senere årene et behov for både akuttinnleggelser og innleggelser, elektive, som forebyggende for å redusere sannsynligheten for tvang ved akutte innleggelser. ABUP ved KPH ligger svært lavt (under 40 persentilen) på landsbasis når det gjelder både innleggelsesdøgn og antall individer som legges inn.

Gitt de samfunnsmessige utviklingene og framskrivning, vil det kunne forventes økt behov både for:

- Utredning og behandling av spiseforstyrrelser
- Behandling av ungdom med samtidig rus og psykiske lidelser.

Arbeidsgruppen vurderer det som sannsynlig at enheten må kunne tilby både elektive innleggelser med døgnobservasjon og kortvarige innleggelser med målrettet behandling der en ikke har lykkes ambulant eller poliklinisk, samt akutt tilbud. Skal kapasiteten være tilstrekkelig i årene fremover, må klinikken ta innover seg et behov for å etablere tjenestene med funksjonsfordeling i samsvar med føringer som foreligger. Det er videre behov for å etablere og utvikle systemer for monitorering av funksjons- og oppgavefordeling samt faglig utvikling fremover. Tjenesteutviklingen i ABUP må ta hensyn til pasientpopulasjon, demografisk utvikling og sykdomsbelastning i befolkning. Dette for igjen å kunne tilpasse tjenesteutviklingen til kunnskapsbaserte tiltak som igjen kan redusere behovet for døgnplasser i barne- og ungdomspopulasjonen. Uten utvikling av tjenesten, vil kapasitetsgrensen rask nås. Behovene som en ser, vil kreve og skape et omstillingsbehov i organisasjonen.

8.4 Akuttlinjen ABUP Kristiansand, ABUP Lister og ABUP Arendal

Ved å endre lokasjon for ABUP Døgn fra Arendal til Kristiansand, vil det være behov for en revisjon og gjennomgang av akuttflyten, jmf. resultatmål punkt 2.

Tabell 10 Akuttflyt ABUP

	ABUP Arendal	ABUP Kristiansand	ABUP Lister
Hverdager 08.00-15.00	Vakttelefon - Henvising - Råd/veiledning - Akuttvurderinger	Vakttelefon - Henvising - Råd/veiledning - Akuttvurderinger	Vakttelefon v/AAE - Henvising - Råd/veiledning - Akuttvurderinger
Hverdager kl 15.00 – 22.00	Vakttelefon til AAE i Kristiansand – veiledning og oppfølging Akuttvurdering fra AAT voksen i Arendal	Vakttelefon - Henvising - Råd/veiledning - Akuttvurderinger Kveldsvakt AAE får bistand fra AAT voksen, ved selvmordsrisikovurderinger	Vakttelefon til AAE i Kristiansand - Henvising - Råd/veiledning - Akuttvurderinger Kveldsvakt AAE får bistand fra AAT voksen, ved selvmordsrisikovurderinger
Alle dager kl 22.00 08-00	Legevakt	Legevakt	Legevakt
Helg og hellig dager kl 08.00-14.00	Vakttelefon til AAT voksen i Arendal	Vakttelefon til AAT voksen i Kristiansand	Vakttelefon til AAT voksen i Kristiansand
Helg og hellig dager kl 14.00-22.00	Vakttelefon til AAE i Kristiansand – veiledning og oppfølging Akuttvurdering fra AAT voksen i Arendal	Vakttelefon til AAE i - veiledning og oppfølging - Akuttvurderinger Kveldsvakt AAE får bistand fra AAT voksen, ved selvmordsrisikovurderinger	Vakttelefon til AAE i Kristiansand - veiledning og oppfølging - Akuttvurderinger Kveldsvakt AAE får bistand fra AAT voksen, ved selvmordsrisikovurderinger

8.4.1 24/7 innleggelser ved Ungdomsklinikken

Det er i dag etablert mulighet for innleggelse ved Ungdomsklinikken 24/7. Ved behov tar AAE³⁰/AAT³¹ direkte kontakt med Ungdomsklinikken. I enkelte tilfeller, unntaksvis, kan ungdom bli lagt inn ved PSA. Dersom pasient blir lagt inn på tidspunkt hvor spesialist ved ABUP døgn ikke er tilgjengelig skal akuttambulanseteam bistå både med paragrafvurdering og tilsyn før overføring til ABUP døgn, ev. ved utskrivning. Dette gjøres etter avtale og etter behov. Det foreligger retningslinje for akuttmottak i ABUP, denne vil også med enkelte revisjoner kunne være gjeldende etter flytting. (<https://ek-sshf.sikt.sykehuspartner.no/docs/pub/dok25326.pdf>)

Dersom AAT voksen har gjort en vurdering på kveldstid/natthelg/helligdag kontaktes ABUP AAT p.t. påfølgende dag for å sikre god informasjonsflyt og videre oppfølging.

Det er etablert et tett samarbeid med AAT voksen i Arendal. Se utklipp nedenfor.

Figur 8 AAT Voksen – Arendal

Informasjon vedrørende AAT voksen Arendal:

AAT i hele Agder-regionen kan nås på tlf 03739. Anrop kobles videre til det aktuelle team i henhold til følgende plan:

- Telefonnummer gjelder hele døgnet, telefonen er definert som vakttelefon, og vil bli besvart umiddelbart.
- Mellom kl 08 – 22 vil telefonen gå til AAT i det fylket anropet kommer fra.
- Mellom 22- 08 vil telefonen settes automatisk over til vaktlege i KPH, i det fylket anropet kommer fra.
- Telefonnummeret skal kun benyttes av personer med henvisningsfunksjon¹. Nummeret kan også benyttes til råd og veiledning. Det forutsettes en henvisning i alle tilfeller hvor AAT skal utføre pasientrettede oppgaver.

8.4.2GAP-analyse

Ved GAP-analyse er følgende ønsket situasjon blitt identifisert:

- Innleggelse 24/7 ved ABUP døgn, uavhengig av tidspunkt for innleggelse og bosted på Agder.
- Transport bør være sikret
- Bakvakt/forvakt må kjenne til handlingsrommet ovenfor ABUP Døgn.
- Redusere sannsynlighet for ventetid ved akuttvurderinger
- Redusere uønskede akuttinnleggelser som følge av at pasienter møter ved innleggessted etter lang reisevei
- Fast kontakt/møtepunkt mellom ABUP Døgn og AAT Arendal/AAE Kristiansand for felles forvaltning av døgnressursene på best mulig måte.

Konkrete tiltak foreslått for å redusere GAP og optimalisere akuttflyten for ABUP:

- Utforme klare retningslinjer for innleggelse ved ABUP Døgn – kriterier for innleggelse
- Retningslinjer for transport med ambulanse og/eller foreldre til ABUP Døgn
- Kompetanseheving bakvakt – vurdering barn og unge
- Revidering av bakvaktshåndboken.

³⁰ Akutt ambulant Enhet - Kristiansand

³¹ Akutt ambulant Team - Arendal

- Konkretisere kontaktperson og akuttflyt – redusere «drøft/diskusjon» der det er behov for vurdering
- Tettere samarbeid og akuttvurderinger ved bruk av digitale verktøy som NHN videokonferanse. Videobistand av spesialist.
- Tydeliggjøre akuttflyt ved hjelp av flytdiagram for samarbeid med ABUP, PSA og DPS.
- Retningslinjer for vurdering, mottak, transport og spesialiststøtte må oppdateres.

8.5 Døgn versus ambulant aktivitet

Funksjonsutredningen skal beskrive skjæringsfeltet mellom døgnbehandling og ambulante tjenester. Arbeidsgruppen skal peke på hvordan disse kan utfylle hverandre og gjennom oppgavedeling og samarbeid sikre kvalitet og sømløs oppfølging av pasienter med behov for begge tjenestene.

Skjæringspunktene for ABUP døgn og ambulant er som følger:

- Observasjon av psykose
- Måltidsstøtte
- Stabilisere pasienter med selvskadingsproblematikk
- Ambulant utredning og behandling
- FACT ung

Det er i dag etablert uformell kontaktpunkt mellom Ungdomsklinikken og AAT i Arendal og AAE i Kristiansand. Dette innebærer telefonkontakt hver morgen for avklaring av innlagte pasienter. Tiltak for å bedre skjæringspunktet mellom døgn og ambulant oppfølging omfatter følgende:

- Formalisert treffpunkter hver morgen
- Avklare oppgavefordeling
- Koordinator/ut – team ved ABUP døgn.

I skjæringspunktet vil det særlig være relevant for ABUP å styrke sine tjenester ambulant og dagtilbud i forhold til følgende oppgaver:

- Dagtilbud spiseforstyrrelser
- Koordinatorstilling
- RO-DBT
- DBT – styrket tilbud
- Intensivert dagtilbud
- Nevroutviklingsforstyrrelser
- Flerforeldregrupper
- Kompetanseheving ved atferdsvansker hos barn/unge

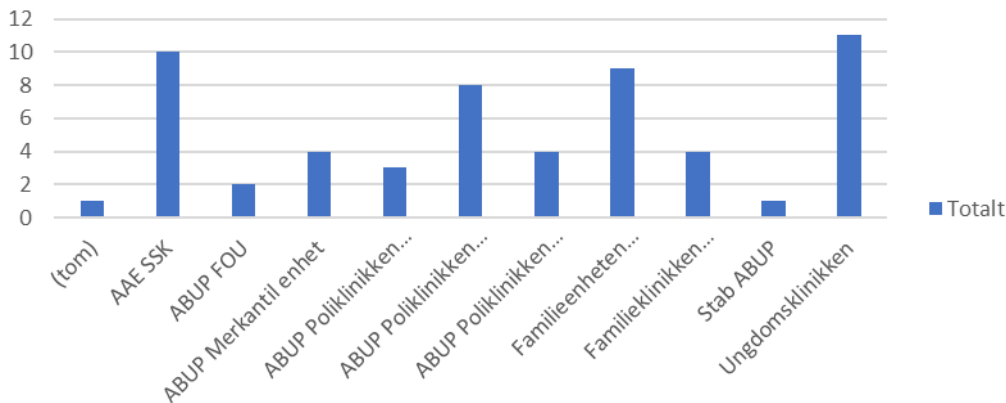
Ved å styrke tilbudet i poliklinikken og implementere kunnskapsbasert behandling for pasienter med spiseforstyrrelser, vil en kunne redusere tilfanget av pasienter med behov for oppfølging ved ABUP Døgn. Kunnskapsbasert tilnærming i form av DBT – RO/ DBT – EAT samt CBT – E vil kunne bidra til mer kostnadseffektive tjenester. Dette vil imidlertid innebære en dreining av tjenestene, hvor en større andel av klinikerne må ha sin spesialisering rettet inn mot spiseforstyrrelser, sammenliknet med hva en ser i dag. Jf. Ny modell for framskrivning av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser, hvor en ser at kun 2% av poliklinisk aktivitet i dag er rettet inn mot pasientgruppen med spiseforstyrrelser. Avdelingen har ved opprettelse av sitt DBT team erfart at økt innsats poliklinisk og ambulant, medfører reduksjon i innleggelser på ved døgnheten.

8.6 Kartlegging i ABUP

Med bakgrunn i arbeid gjennomført i funksjonsutredningen, ble det sendt ut en kartlegging til alle ansatte i ABUP med spørsmål om hva de, som enhetens samarbeidspartnere har behov for.

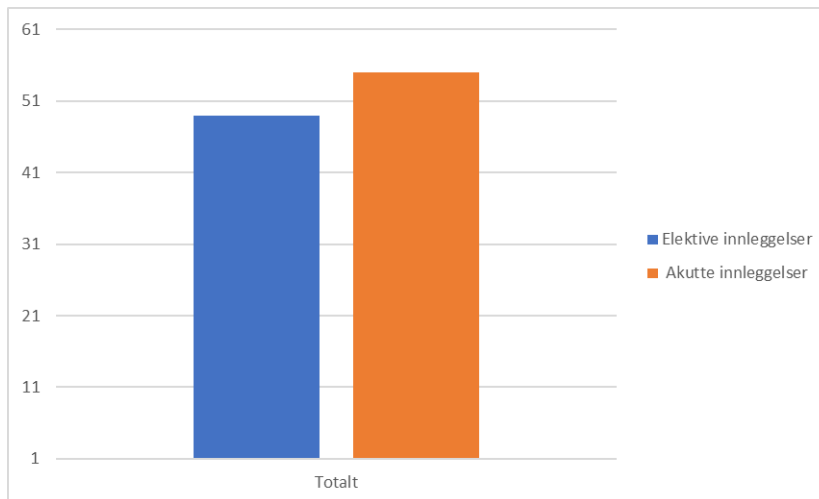
I kartleggingen var det samlet sett 56 personer som svarte ut. De fordelte seg på følgende vis i avdelingenes enheter:

Figur 9 antall personer fordelt på enheter i ABUP



De fleste mente ABUP døgn skal tilby både akuttinnleggelser og elektive innleggelser, hvilke fremkommer i figuren under

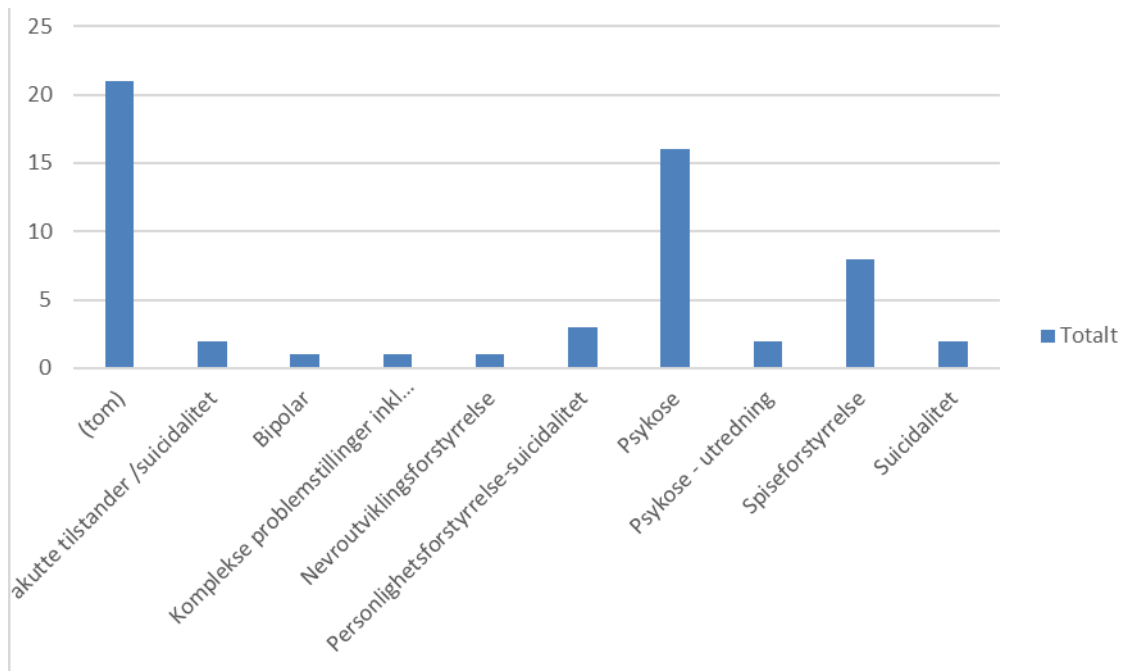
Figur 10 Mener du ABUP døgn skal tilby elektive innleggelser og/eller akutte innleggelser.



Der behandlerne valgte elektive innleggelser, kunne de velge hvorvidt det kun var utredning, behandling eller begge deler. Det store flertallet svarte begge deler (83,7%). I tillegg fremkommer det innleggelse bør være relatert både til diagnose og til funksjonsnivå.

Vedrørende diagnoser enheten bør følges opp, oppgis primært psykoselidelser, spiseforstyrrelse og suicidalitet som førstevalg.

Figur 11 Hvilke pasientgrupper mener du bør få et tilbud ved ABUP døgn.



Ved andre valg fremkommer samme diagnosegrupper; psykoselidelser, spiseforstyrrelser og suicidalitet, samt bipolar lidelse.

Vedrørende funksjonsnivå fremkommer følgende som kriterier for innleggelse:

- Alvorlig funksjonstap
- Tap av funksjoner over kort tid,
- Store vansker med fungering i dagliglivet, være seg f.eks. skole m.m.
- Manglende evne til å ivareta egne behov som mat, søvn og hygiene
- Problemer med nedsatt konsentrasjon, uro/rastløshet
- Selvmordstanker og/eller selvskading
- Alvorlig underernæring, problemer med å ta til seg næring over tid

8.7 Funksjonsfordelingsmodeller

Med bakgrunn i utredningen som er gjennomført har en konkludert med tre ulike alternativer:

0 Alternativet	10 døgnplasser, definert akutt
Alternativ A	10 døgnplasser, <ul style="list-style-type: none"> • Tilby både utredningsplasser og akutt
Alternativ B	10 døgnplasser, <ul style="list-style-type: none"> • Elektive plasser til utredning, behandling og akutt plasser

Avrusning inngår ved samtlige alternativer, som følge av føringer i styringsgruppen. I samarbeid med ARA skal ABUP døgn kunne tilby avrusning til pasienter i aldersgruppen 13-t.o.m. 16 år.

Under følger vurdering av de ulike alternative funksjonsfordelingene ved ABUP Døgn.

8.8 Vurderingskriterier og vurderinger

8.8.1 Vurdering og rangering av alternativene:

For å kunne velge mellom de ulike alternativene utarbeidet i funksjonsutredningen UK, er det i mandatet stilt krav til følgende; *det skal utarbeides en modell og vurderingskriterier for valg av løsning blant de alternativene som utredes.*

Følgende seks kriterier er benyttet for å vurdere de ulike funksjonsfordelingsmodellene:

- Måloppnåelse med hensyn til kapasitet.
- Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø.
- Tilbud som speiler Agder befolknings behov.
- Driftsøkonomi, investeringskostnader, økonomisk bærekraft.
- Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken.
- Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Fremgangsmåte for konkretisering og vurdering av de ulike alternativene bygger på Konseptfaserapportens fremgangsmetode for valg av alternativer. Kunnskapsgrunlaget for de vurderingene som foreligger er hentet fra følgende:

- drøfting gjennomført i team og på enhetsnivå i ABUP.
- analyser gjennomført i arbeidsgruppen
- aktuelle planverk og føringer som er lagt til grunn for arbeidet
- framskrivning gjennomført i forbindelse UP 2030 og UP 2040
- Ny modell for framskrivning i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I likhet med utviklingsplanen og konseptfaserapporten Nybygg psykisk helse v3.1, benyttes det her en poengskala (fra 1 til 5 poeng) for vurderinger, uten at hvert kriterium er vektet kvalitativt. Arbeidsgruppen gir på bakgrunn av dette sitt råd til styringsgruppen vedrørende funksjonsfordeling i ABUP og da hovedsakelig ABUP døgn, men også eventuelle oppgave forskyvninger til andre enheter og avdelinger.

8.8.2 Måloppnåelse med hensyn til kapasitet

Beregninger av fremtidig *kapasitetsbehov* for barne- og ungdomspopulasjonen er basert på Statistisk sentralbyrås prognose (SSB) for befolkningsutvikling, egne vurdering av sykdomsutvikling og faglig utvikling, samt intern omstilling og samhandling med andre deler av helsetjenesten. Til tross for synkende barnetall, vil det være stort behov for å øke den polikliniske aktiviteten for å sikre at spesialisthelsetjenesten understøtter kommunenes aktivitet³² Et økt behov for døgninnleggelse er forventet å håndteres primært gjennom en dreining i faglig utvikling over mot ambulant og forsterket poliklinisk tilbud. Samtidig som det er forventet at en styrker tilbudet til spiseforstyrrelser med 15%³³. I framskrivningen er psykoselidelser forventet en økning i antall liggedøgn på 4%, mens rusutløst psykose har en reduksjon på 2%. Når det gjelder rusrelaterte lidelser er dette p.t. en svært liten gruppe pasienter innen PHV-BU. Dette økte behovet gjelder primært aldersgruppen 15-40 år. Dette er også den aldersgruppen som pr. 5 år, bruker størst andel av døgntilbudet til PHV-BU. Akuttopphold utgjør samlet sett 25% av alle liggedøgn i PHV-BU.

Samlet kapasitet må vurderes med bakgrunn i dette. En må være oppmerksom på at dersom liggedøgn reduseres for en gruppe, vil det forventes en økning i 0,5 polikliniske konsultasjoner for hvert liggedøgn som reduseres for aktuell gruppe³⁴.

³² Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser.

³³ Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser.

³⁴ Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for ruslidelser.

Tabell 11 Vurdering måloppnåelse med hensyn til kapasitet

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	3	Enheten har i dag god kapasitet akutt. Bedre resultat når et barn legges inn. Det er ikke mulighet for elektive innleggelser. Mangler her, påvirker kapasiteten ellers i systemet. Få plasser hindrer en å dekke et behov for elektive innleggelser i dagens system. Pasienter som ikke får sin utredning og behandling lokalt, må sendes ut av nærområdet. Dette bryter med LEON prinsippet og Barnekonvensjonen. Utredning/behandling tar lengre tid når det er behov for å sende de ut av helseregionen og blir liggende «på vent» i eget system på behandling. Det er nulltoleranse for at barn legges inn i PHV- V, og behov for å redusere risikoen for dette. Det er problemer med henvisningene som gjøres pr. i dag. Kapasiteten har også vært utfordret. 2022, 9 døgnplasser – over 20 innleggelser i PHV-V på barn under 18 år.
Alternativ A	4	Alternativ A, kan gi et bedre grunnlag for diagnostisering og behandle. Det er bedre mtp at lange kompliserte forløp kan kortes ned, gitt at en får observert og fulgt barnet/ungdommen tettere i en døgnhet. Dette fortrenger imidlertid akuttkapasiteten. Alternativet gir et redusert akuttbehov, gjennom elektive innleggelser. En utfordring og belastning for spesialister imidlertid å skulle skrive ut pasienter med høy risiko, dersom elektive må skrives ut til fordel for akuttinnleggelser. Bekymring for at de elektive plassene vil fortrenge akutt plassene, som en har behov for.
Alternativ B	4	Fortrenger akutt kapasiteten. Kan også redusere behovet for akutt plasser, jf. spiseforstyrrelser. Bedre utredning og behandling, frigjøre kapasitet i poliklinikk. Må imidlertid både endre kapasitet og kompetanse i poliklinikk. En utfordring og belastning for spesialister å skrive ut pasienter med høy risiko, dersom det blir utfordringer med kapasitet, jf. ovenfor. Problem med både alternativ A og B er en trussel mot akutt kapasiteten, selv om det kan frigjøre kapasitet i poliklinikken.

8.8.3 Pasientsikkerhet, kvalitet og arbeidsmiljø

Pasientsikkerhet viser i denne sammenhengen til et kriterium som relateres til tilstedeværelse av forebyggende faktorer med hensyn til uønskede hendelser. Funksjonsfordelingen ved ABUP døgn, skal således bidra til følgende:

- Redusere sannsynligheten for uønskede hendelser, være seg suicid, innsyking, voldelig atferd o.l.
- Forebygge innleggelser på tvang i henhold til §3.3 lov om tvungen psykisk helsevern
- Kunnskapsbasert praksis
- Redusere uønsket opphold i pasientforløpet
- Redusere unødvendige overganger i pasientforløpet
- Bidra til integrert behandling, mellom ulike omsorgsnivåer og tjenestenivåer.

Faglig kvalitet er kriteriet som tilsier best kvalitet i behandlingen av personen med den psykiske lidelsen. Utviklingen er i tråd med beskrevet utvikling i Ny modell for framskrivning som indikerer tiltak som er i samsvar med fremtidens helsetjenester og som sikrer best mulig ressursutnyttelse. Dette væres seg føringer om:

- Forsterket poliklinisk tilbud
- Dagtilbud
- Digitalisering
- Forsterket gruppebehandling
- Samhandling

Tjenesten utvikles i tråd med:

- Nasjonale og regionale føringer som pakkeforløp og retningslinjer
- Kunnskapsbasert praksis
- Regional fagplan innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Kriteriet *arbeidsmiljø* defineres i denne sammenheng i kontekst av pasientsikkerhet og kvalitet. Funksjonsfordelingen skal støtte opp om følgende:

- Tilgang til kvalifisert bemanning
- Bemanningsfaktor i tråd med kompetanse
- Mulighet for kompetanseoverføring og faglig utvikling, det vil si sikre en synergieffekt.

Kompetanseoverføring og stimulering til faglig utvikling vurderes i samsvar med kvalitetsbegrepet og i hvilke grad funksjonsfordelingsmodellen vil stimulere til robuste faglige miljøer som igjen vil kunne bidra til godt arbeidsmiljø, rekruttering, flerfaglighet og opplevelse av faglig tilhørighet.

Tabell 12 Pasientsikkerhet, faglighet og arbeidsmiljø - vurderinger

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	3	<p>Akutt får god oppfølging og behandling, som de får i dag. Derimot er det et problem med å forebygge innleggelse på tvang – primært legges pasienter inn akutt, og da er en forbi stadiet for frivillighet. Får ikke utredet pasienter elektivt i dag, og da blir sykere før de legges inn. Dette igjen vurderes som negativt og reduserer pasientsikkerheten. Behandlere får ikke verifisert og forstått pasienten, og gitt riktig behandling da de ikke klarer å utrede med tett nok observasjon i poliklinisk/ambulant oppfølging. I dag mangler en gode forståelsesrammer for hva ABUP døgn/UK skal brukes til. Det er kunstig skille å bare si akutt, akuttpasienter kan også ha en utredning. Dette kommer imidlertid ikke godt nok frem i dagens organisering og påvirker omdømmet negativt, og fagligheten. Det er et kunstig skille faglig. Ikke sømløst forløp slik det er i dag, og en mangler døgn som et alternativt. Det blir fragmenterte forløp. Høyere tilgang til akutt plasser kan også redusere sannsynligheten for at poliklinikken kan håndtere problematikk. Med flere døgnplasser tilgjengelig i døgnheten for akutt oppfølging, kan en fort bygge ned kompetanse og trygghet i poliklinikk. Det er ikke i tråd med retningslinjer slik en har det i dag, at en ikke kan legge inn pasienter med behandlingsbehov, så sant det ikke er akutt (ref. f.eks. Nasjonale retningslinjer for spiseforstyrrelser).</p> <p>Pasienter som legges inn akutt, bør ikke ha hyppige og mange innleggelse. Da må det være et tilbud utenfor døgn som er tilstrekkelig til å håndtere deres behov. I dag holdes pasienter for lenge ute av døgnheten og venter på at tilstanden skal bli «akutt». Det er misnøye i pasientgruppen. Forventningsavklaring er nødvendig gitt dagens situasjon.</p>
Alternativ A	4	<p>Det er mulighet for større samhandling mellom de ulike enhetene (også poliklinikk), dersom en etablerer en enhet som også skal kunne foreta noe mer elektiv utredning. Det kan bygge ned fragmenterte forløp og gjøre det mer helhetlig. Det er imidlertid et kunstig skille mellom utredning og behandling. Faglig er det vanskelig å skulle holde utredning og behandling fra hverandre. Kan forebygge innleggelse på tvang, gjennom tidligere utredning.</p> <p>Mulighet for å jobbe med utredning – en gode som miljøterapeuter. Det å kunne observere, og bidra til diagnostisk avklaring er faglig interessant. Kan virke, når det er kortere tid og kun utredning. Det gir et mulighetsrom for miljøterapeuter til å utvikle seg faglig. Etablere kunnskap om ulike utredningsverktøy.</p> <p>Riksrevisjonens rapport viser et behov for økt kunnskapsbasert praksis</p>
Alternativ B	2	<p>Kan forebygge innleggelse på tvang, ved at en legger inn til utredning og behandling. Slik også redusere sannsynlighet for uønskede hendelser. Kunnskapsbasert praksis, som faglige retningslinjer, inkluderer døgnbehandling (både utredning og behandling), utover akutfase. Dette kan bidra til mer integrert behandling mellom ulike omsorgsnivåer og tjenestenivåer, samtidig kan det utfordre ved at døgntilbudet blir en «sovepute» for andre deler av avdelingen. Medikamentell behandling ved akuttinnleggelse som i dag, er også behandling. Dette er viktig å merke.</p> <p>Integrert, utredning og behandling i døgn kan være utfordrende for miljøpersonalet. En behandlingsplan tilpasses og kalibreres – men hvordan sikre enhetlighet og enighet mellom døgn og poliklinikk. Mulighet for å jobbe med utredning og behandling – kan være et gode som miljøterapeuter. Det er imidlertid en utfordring og belastning for spesialister å skrive ut pasienter med høy risiko dersom en kommer i situasjon hvor elektive innleggelse, planlagt – for utredning og behandling, reduserer akutt plassene. Bekymring for omdømme og pasientsikkerheten, dersom pasienter må skrives ut for å frigjøre kapasitet, eller det er slik at pasienter venter unødvendig lenge for å få sine innleggelse. Det er imidlertid positivt, og gir mulighet for tettere samarbeid med behandlere i poliklinikk. Det er risiko for flere brudd i behandlingen og utfordrende for arbeidsmiljøet når det kommer til stadig endringer der pasienter må skrives inn/ut, gitt utfordringsbildet til pasienten og kapasitet. Utfordrende å få til et behandlingsforløp i miljøterapien. Det er bekymring for skuffelser knyttet til forventninger når det kommer til pasient og pårørende. Samt gjentatte brudd i behandlingsskjeden, både som følge av overganger mellom døgn, dag og poliklinikk og utskrivninger grunnet kapasitet. Miljøpersonalet er bekymret for en økt risiko for gjennomtrekk pga manglende opplevelse av mestring blant personalet. Kan også være rekrutterende – gitt at det blir slik. Det som trekker ned skåren til dette alternativet er først og fremst bekymring for arbeidsmiljø, det blir lite robust, med gjennomtrekk, da miljøterapeutene ikke vil oppleve mestring. Det vil kreves for mye, av de som er der, og det vil være vanskelig å få kvalifisert bemanning og bemanningsfaktor i tråd med kompetanse.</p> <p>Riksrevisjonens rapport viser et behov for økt kunnskapsbasert praksis</p>

8.8.4 Tilbud som speiler Agders befolkningsbehov

Agders befolkning behov er definert her med bakgrunn i:

- Samhandlingsmeldingen på Agder
- demografisk utvikling og
- levekårsutfordringer på Agder
- andel barnevernsinstitusjoner
- Ungdata

Samhandlingsmeldingen på Agder fremhever særlig forebygging, og oppfølging og behandling av barn og unge med alvorlige, sammensatte problemer som et hovedfokus. Andelen barnevernsinstitusjoner på Agder er større enn resten av landet, dette medfører en økt risiko for barn og unge med store, sammensatte psykiske lidelser³⁵.

Behovet til Agders befolkning må også sees i sammenheng med forbruk av helsetjenester og prevalens som fremkommer i Ny modell for framskrivning innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, samt faktisk forbruksmodell og prevalens av diagnosegrupper på Agder.

Tabell 13 Vurdering Tilbud som speiler Agders befolkning

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	3	Det er mangler i likeverdig tilbud i PHV-BU i distriktene. Desentralisert tilbud, gir utfordringer når det gjelder kompetanse. Får ikke gitt et godt nok behandlingstilbud på hele Agder. Med flere barnevernsinstitusjoner, får avdelingen et opptaksområde, med større grad av akuttinnleggelse. Dette er en klar risiko. Det er sammensatt problematikk, som ikke vil bli møtt godt nok med dagens tilbud. Dette er behandlingsbehov, kombinert med beskyttelse.
Alternativ A	4	Alternativ med mulighet for utredning, tettere observasjon av pasienter – over tid, møter i større grad både forventningene til agders befolkning, og forventningene til klinikere i de andre enhetene i avdelingen. Dette vil også kunne bidra til å avlaste, og forhindre forsinkelser i diagnostisering som medvirker til innleggelse for observasjon og utredning i PHV-V når pasienten passerer 18 år. Ulik innsats pr. kommune som fremkommer i Riksrevisjonens rapport. Spesialisthelsetjenesten bør kunne tilby en mulighet for eskalering – deeskalering, avhengig av pasientens symptomtrykk, uavhengig av bosted. Komplekse pasientforløp for unge (med sammensatte behov) er et utfordringsbilde i Samhandlingsmeldingen på Agder.
Alternativ B	4	Det er forventninger som signaliseres i møte med pasienter og pårørende om at pasienter som legges inn i ABUP døgn/UK også skal ha tilbud om behandling når de er innlagt. Det er en pågående dialog knyttet til hva som er behandling. P.t. opplever befolkningen en tilbakemelding om at det kun er akuttbehandling. Enkelte barn og unge vil imidlertid ha behov også for innleggelse og behandling. Ulik innsats pr. kommune som fremkommer i Riksrevisjonens rapport. Spesialisthelsetjenesten bør kunne tilby en mulighet for eskalering – deeskalering, avhengig av pasientens symptomtrykk, uavhengig av bosted. Komplekse pasientforløp for unge (med sammensatte behov) er et utfordringsbilde i Samhandlingsmeldingen på Agder.

8.8.5 Driftsøkonomi, investeringskostnader, og økonomisk bærekraft

Driftsøkonomi viser her til eventuelt økte utgifter knyttet til drift, være seg økt bemanning, eller omorganiseringer som vil medvirke til antatte økte kostnader.

- Ungdomsklinikken har økt driftsutgifter knyttet til stillingsøkning.
- Organiseringen må redusere innkjøp av eksterne behandlingplasser.

Med økonomi vises det også til en målsetting om å bidra til å oppfylle kravet til driftseffektivitet i pasientbehandlingen.

Kriteriet *økonomisk bærekraft* uttrykker i hvilken grad klinikken kan håndtere sine økonomiske forpliktelser gitt funksjonsfordelingen som anbefales. Prosjektets "*økonomiske bærekraft*" hjelper oss til å evaluere hvordan identifiserte driftsøkonomiske besparelse sammen med forventet årlig resultat bidrag til å dekke den finansieringskostnad, med avdrag og egenkapitalforrentning, som følger av investering i de enkelte alternativ. Dette innebærer en vurdering av:

- Riktig fordeling av ressurser gitt funksjonsutredningen.
- Totalressursene til avdelingen og klinikken benyttes på en best mulig måte.
- Døgn benyttes der dette er ytterst nødvendig for å sikre bedring eller redusere innsyking.

³⁵ [Barn og unge i institusjon \(bufdir.no\)](#)

Tabell 14 Vurdering av driftsøkonomi, investeringskostnader og bærekraft

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	3	Bemanningsbehovet kan her ev. være påvirket. Det er imidlertid kun akutt, som vil ha et annet bemanningsbehov. Dette er imidlertid tilsvarende det som er p.t. Imidlertid ser en stort behov for personell, grunnet manglende kompetanse og enkelte krevende pasienter. Foreldre og barn som legges inn i post, mot sin vilje. Dette vil øke behovet for kompetanse og også opplæringsbehov generelt.
Alternativ A	4	<p>Vil kreve omlegging av tjenestetilbudet noe som vil omfatte kostnader til kompetanseheving. Elektive innleggelse forventes imidlertid å kunne kreve noe mer personell. Dette da det også krever arbeid med pårørende og større grad av intensitet. Det er imidlertid ikke stor økning en ser for seg. Grunnbemanningen må uansett være der, slik at en kan håndtere tvangsbehandling. Bekymring for at pårørendeoppfølging vil trekke ressurser vekk fra normal drift. Sonding, som behandling p.t. er i dag noe som krever minst 6 personer på jobb. Sonding på tvang krever minst 5 stk. Dette vil si 4 som holder pasienten, samt en som gjennomfører sondingen. Foreldre og barn i en post mot sin vilje, krever ressurser. Det samme gjør utredning.</p> <p>Hvilke økonomisk bærekraft dette vil utgjøre for ABUP er noe usikkert, da en må se det samlede tilbudet under ett. Mulig at dette vil redusere lengden på enkelte utredningsforløp. Økonomiske konsekvenser vil komme dersom en har en mer fornuftig tilnærming til «helsepyramiden/trappen». Barn og unge skal hjelpes på lavest mulig nivå, men med mulighet for å øke/ redusere tilbudet. Der dette medvirker til å korte ned tiden det tar for diagnostisering og behandling. Dette vil skje raskere, grunnet tettere oppfølging i en døgnpost, og redusert usikkerhet. Mer målrettet og riktig behandling, tidligere. Da vil en slik tilnærming være økonomisk bærekraftig.</p> <p>Det vil imidlertid kreves opplæring og kompetanseheving. Dette vil kunne kreve noe mer investering i kompetanseheving. Dette er imidlertid å anse som del av drift i spesialisthelsetjenesten.</p>
Alternativ B	4	<p>Vil kreve omlegging av tjenestetilbudet noe som vil omfatte kostnader til kompetanseheving. Elektive innleggelse kan muligens kreve noe mer personell, jf. vurderingen ovenfor. Dette er imidlertid en pågående prosess når det kommer til å vurdere behovet, ref mandat og delprosess 2. Det er krevende å drive både akutt, utredning og behandling. Det er en bekymring for at dette vil kreve flere ressurser, da det setter miljøpersonalet i en «strek» med tanke på kompetanse og faktiske oppgaver.</p> <p>Dette vil også innebære kostnader til kompetanseheving. Kompetanseheving vil bidra til mer bærekraftige tjenester. Det vil bli økte kostnader til kurs og opplæring, samt veiledning. Dette er imidlertid som forventet, innenfor en kunnskapsbedrift og nødvendig for å opprettholde spesialistkompetanse.</p>

8.8.6 Helhetsgrep og potensiale for langsiktig utvikling av klinikken

Helhetsgrep defineres her som muligheten til å unne sikre helhetlige pasientforløp og større grad av integrert tjenestetilbud samt utnyttelse av kapasitet i Ny bygg psykisk helse. Det vurderes ut ifra om funksjonsfordelingen sikrer enn trinnvis tilnærming til tjenestetilbudet med polikliniske og ambulante tjenester som trinnvis økning i tjenestetilbudet, før eventuelt døgntilbud initieres. Tjenestetilbudet skal være i tråd med:

- Barnekonvensjonen
- LEON prinsippet (tjenestene skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå).
- Likeverdighet på Agder

Med potensiale for *langsiktig utvikling* defineres dette som:

- omstillingsevne,
- fleksibilitet
- samhandling og
- kompetanseoverføring internt i klinikken.

Tabell 15 Vurdering av helhetsgrep og langsiktig utvikling av klinikken

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	2	<p>Akutt plass og håndtering av akutte hendelser, vil alltid ha forrang i avdelingen. Dette vil imidlertid ikke bidra til et mer helhetlig tilbud, i tråd med likeverdighet på Agder og helhetlige pasientforløp. Det oppleves en noe redusert likeverdighet når det kommer til distriktene og akuttinnleggelse.</p> <p>Det er uklart hvor fleksibel og omstillingsevne som er i enheten slik den er i dag. Videre fremkommer det noe redusert mulighet for kompetanseoverføring utover i enheten.</p>
Alternativ A	3	<p>Med mulighet til utredning, elektiv, før en akutt krise – vurderes det at dette alternativet er bedre både når det kommer til: evne til omstilling, fleksibilitet og samhandling. Imidlertid fordrer dette at en legger om tjenestelinjen. Det må etableres kompetanseoverføring mellom døgn og poliklinisk oppfølging. Det må være tydelig at akutt plass alltid vil gå forut for elektiv innleggelse. En slik tydeliggjøring, vil medvirke til redusere brudd på barnekonvensjonen. En slik organisering vil bidra til større mulighet for helhetlige pasientforløp. Det vil også gi et bedre samhandlingsklima og ikke minst et bedre omdømme. Det vil gi sekundær faglig gevinst.</p> <p>En slik tilnærming forutsetter imidlertid en mer styrt utvikling av kompetanse i enheten og i avdelingen, og mer strukturert kompetanseplan. Det gir behov for mer styring og kultur for helhet – hvor hele avdelingen må se sin pasientpopulasjon og kompetanse – under ett.</p> <p>Større grad av likeverdighet ved at en også kan gi tilbud utrednings – ved UK.</p>
Alternativ B	4	<p>Et alternativ til organisering med både mulighet for behandling og utredning, planlagt – og ikke akutt, bidrar til en øk evne til omstilling, fleksibilitet og samhandling. Men, som alternativet ovenfor, fordrer dette at en legger om tjenestelinjen. Det må etableres kompetanseoverføring mellom døgn og poliklinisk oppfølging. Det må være tydelig at akutt plass alltid vil gå forut for elektiv innleggelse. En slik tydeliggjøring, vil medvirke til redusere brudd på barnekonvensjonen. En slik organisering vil bidra til større mulighet for helhetlige pasientforløp. Det vil også gi et bedre samhandlingsklima og ikke minst et bedre omdømme. Det vil gi sekundær faglig gevinst.</p> <p>Akutt plass vil alltid gå forut for elektiv innleggelse derav ikke brudd på barnekonvensjonen.</p> <p>Ved mulighet for både utredning og behandling, for den gruppen hvor det er funksjonsfall og behov for beskyttelse, kan en få til mer helhetlige pasientforløp. Det kan bidra til bedre samhandlingsklima og redusert skyving av ansvar mellom enheter og behandlere og forebygge akuttinnleggelser. Det kan gi sekundær faglig gevinst.</p> <p>Gevinst og mulighetsrom, forutsetter en klar kompetanseplan. Samt en større grad av styrt utvikling av kompetansebehov i avdelingen, planverk og ikke minst monitorering av avdelingens utfordringsbilde. Det er behov for mer styring og kultur. Større grad av likeverdighet ved at en også kan gi tilbud utrednings- og behandlingsmessig – ved UK.</p>

8.8.7 Egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner.

Kriteriet *egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner* vurderes her som en funksjonsfordeling som sikrer kontinuitet med kommunehelsetjenesten, med en tydelig samarbeidspartner hvor kriteriene for inntak og «porten inn» til tjenestene er tydelige, samt oppgavefordeling.

Med *utdanningsinstitusjoner* vises det her både til universitetsutdannelser innen sykepleie, lege og psykolog, samt spesialiseringsforløp.

- Avdelingen må etablere gode praksisløp for LiS og psykologer.

Tabell 16 Vurdering av egnethet for samhandling med kommuner og utdanningsinstitusjoner

Alternativer	Skår	Vurdering
0 alternativ	3	Det er sikret videreutdanning, spesialiseringsforløp ved dagens organisering. En ser imidlertid at det ikke nødvendigvis sikrer samhandling med kommunehelsetjenesten slik en skulle ønske. Når det gjelder utdanningsinstitusjoner sikrer en praksiskravet til både lege, psykolog og sykepleier slik det er i dag.
Alternativ A	4	Det er tilsvarende som ovenfor, når det gjelder utdanningsforløp. Avdelingen sikrer dette i dag, med mulighet for både utdanning av LiS og psykologer i spesialisering med behov for døgnpraksis. Det som imidlertid er bedre med dette alternativet er samhandling og egnethet til samhandling med kommuner. En samsvarer i større grad med forventningene som er kommunehelsetjenesten og befolkningen når det kommer til innleggelse av pasienter i faser som er uavklart og vanskelig å diagnostisere og slik raskere komme til diagnose. Dette vil gi bedre samhandling, heller enn å holde pasienter utenfor institusjon til akutfase.
Alternativ B	4	Mye er likt når det kommer til alternativet ovenfor. Dette har sitt utgangspunkt i økt samhandlingsklima, hvor en ser at en i større grad innfrir forventninger til samarbeidspartnere om mulighet til innleggelse for utredning og/eller behandling, i enkelte pasientgrupper, hvor det er behov for forsterket innsats på grunn av alvorlighetsgrad.

8.9 ROS og tiltak

Drøfting i etterkant av gjennomgangen indikerer en bekymring spesielt knyttet til følgende når det gjelder alternativ A:

1. Omdømmeproblematikk
2. Diskrepans mellom forventning i befolkning og hva som tilbys ved ABUP døgn
3. Problemer med å skille mellom utredning/behandling, et kunstig skille
4. Uklare forventninger fra andre enheter
5. Redusert akuttkapasitet
6. Redusert likeverdighet på Agder

8.9.1 ROS vurdering Alternativ A

Svært stor sannsynlighet					
Stor sannsynlighet			1, 2		
Moderat sannsynlighet		4	3, 6	5	
Liten sannsynlighet					
Meget liten sannsynlighet					
	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Moderat konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig konsekvens

8.9.2 ROS av alternativ B

Av uønskede hendelser spesielt knyttet til alternativ B er følgende:

1. Forventninger fra andre enheter
2. Kompetanse mangler - behandling
3. Arbeidsmiljø og utfordringer knyttet til spredning i arbeidsoppgaver (akutt og elektiv)
4. Manglede behandlingsprofil (faglig) i enheten
5. «Personalflukt», grunnet manglende mestring
6. Urealistiske forventninger til enheten
7. Redusert akuttkapasitet
8. Kompetanse mangler, miljøterapeutisk
9. Redusert likeverdighet på Agder
10. Risiko for behandlingsplasser reduserer akuttkapasitet
11. Forventninger fra pasienter og pårørende

Svært stor sannsynlighet					
Stor sannsynlighet			6	2, 3, 8	
Moderat sannsynlighet		1, 11	7, 9	4, 5, 10	
Liten sannsynlighet					
Meget liten sannsynlighet					
	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Moderat konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig konsekvens

Tiltak for å redusere risiko:

- Utarbeide kompetanseplan for ABUP døgn både for behandlere og miljøpersonale. Det må utvikles kompetanseplaner knyttet til de aktuelle pasientgruppene hvor en sikrer en trinnvis behandlingsmodell, jf. utredning av spiseforstyrrelser i KPH. Dette vil kreve økt kunnskap knyttet til transdiagnostiske behandlingstilnærminger.
- ABUP må utrede hvordan de som avdeling samlet kan benytte sin kompetanse best mulig under innleggelse og utarbeide retningslinjer og føringer for hvordan redusere fragmenterte forløp og sikre kompetanseoverføring og eventuelt samarbeid mellom enheter.
- Implementere kontaktlege/kontaktpsykolog jf. spesialisthelsetjenesten § 2-5C.
- Sikre kompetanseheving for både behandlere og miljøpersonalet
- Avklare retningslinjer for inn/utskrivning og ansvarsforhold der det er elektive innleggelser som truer akuttkapasiteten.
- Etablere funksjonsbeskrivelse for enheten som tydeliggjør hva andre kan forvente av ABUP døgn når det kommer til pasientgruppe, utrednings- og behandlingsskapasitet.
- Tiltak for arbeidsmiljø og oppgavedeling, for å redusere «oppgavespenn» for den enkelte. Tydelig ansvarsforhold på vakt.
- Utarbeide pasientforløp med tydelig eskalering/de-eskalering av tjenestetilbudet avhengig av funksjonsfall – knyttet til allerede identifiserte diagnosegrupper (psykose, spiseforstyrrelser og pasienter i akutt krise med reguleringsvansker og suicidalitet).
- Etablere struktur for inntak som sikrer likeverdighet og tilgang til elektive plasser for hele Agder (digitalt inntak hvor ev. også ABUP Lister vil kunne inngå ved behov).
- Generelt behov for å redusere risiko, monitorering av pasientgruppe, henvisningsmengde og kompetanseprofil i avdelingen. Dette med bakgrunn i erfaringer fra spiseforstyrrelser og økning i fra 2016 og under pandemien.
- Innføre HoNOSCA³⁶ eller liknende kartlegging for å sikre enhetlig screening av pasienter og sikre at pasienter med størst symptomtrykk og/eller funksjonsfall får tilbud ved enheten.
- Ikke identifisere et gitt antall plasser for elektiv utredning/behandling, men relatere dette til kapasitet og mulighetsrom i enheten.
- Ikke definere antall plasser til behandling/utredning og akutt. Redegjøres for at tilbud kun gis der det er kapasitet til dette.
- Tiltak for å redusere ugrunnet opphold i påvente av utredning/behandling i ABUP døgn. Dette må sikres i lederlinjen.

Risikovurdering etter tiltak

Svært stor sannsynlighet					
Stor sannsynlighet			6		
Moderat sannsynlighet		1, 11	7, 9		
Liten sannsynlighet				2, 3, 8, 4, 5	
Meget liten sannsynlighet				10	
	Ubetydelig konsekvens	Lav konsekvens	Moderat konsekvens	Alvorlig konsekvens	Svært alvorlig konsekvens

Det vurderes større bekymring knyttet til alternativ B da dette vil innebære en større omlegging av driften sammenliknet med alternativ A.

³⁶ [Psyctestbarn - HoNOSCA - Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents - 10.21337/0012 \(r-bup.no\)](https://www.r-bup.no/psyktestbarn-honosca-health-of-the-nation-outcome-scales-for-children-and-adolescents-10.21337/0012)

9. Konklusjon og anbefaling

Gjennomgang av de samlede vurderingene viser at høyest skår fremkommer ved alternativ A. Det er imidlertid kun 1 poeng som skiller alternativ A og alternativ B. Samlet vurdering i arbeidsgruppen viser fortsatt noe diskrepans mellom de to alternativene. Forventninger i personalgruppen utenfor enheten og ledergruppen, tilsier imidlertid et behov om både utredning og behandlingstilbud, i tillegg til akutt plasser, det vil si alternativ B. Dette fremkommer spesielt i spørreundersøkelse gjennomført i avdelingen.

Samfunns mål identifisert i mandatet er som følgende:

- Forbedre barn og unges psykiske helse og velvære gjennom beskyttelse, behandling og oppfølging i døgnpost, og gjennom kunnskapsformidling og forskning på egen praksis.

Dersom dette samfunns målet skal oppnås, er det en forutsetning at enheten tilbyr både *beskyttelse, behandling og oppfølging* i døgnpost.

Et skille mellom utredning og behandling fremstår samlet sett som noe kunstig, gitt at en setter inn risikoreduerende tiltak. For å kunne oppnå de samlede effektmålene med mer integrert tilbud, og økt brukermedvirkning og tilfredshet samt redusert antall reinnleggelser fremkommer det som sentralt at en har mulighet til å kunne anvende døgn forut for akutt situasjon. Slik vil en redusere tvang ved å kunne intervensjon på et tidligere tidspunkt, før pasienten legges inn i en akuttsituasjon hvor sannsynlighet for tvangsbehandling øker.

Dersom en skal følge LEON prinsippet og Barnekonvensjonen, tilsier det viktigheten av å ha et tilbud for barn og unge som omfatter både utredning og behandling, ikke kun akutt. Uten et slikt samlet tilbud, vil en være avhengig av behandlingsplasser ved andre institusjoner. Dette vil igjen redusere sannsynligheten for sømløse forløp, uten utgrunnet opphold. Kunnskapsbasert praksis forutsetter en mulighet til å kunne tilby behandling i døgn, som er kunnskapsbasert, hvilket også er i tråd med forventningene til pasient og brukere. Dette vil igjen kunne bidra til å redusere sannsynlighet for innsykning og behov for innleggelser i PHV-V. Mulighet for utredning og behandlingsopphold, uavhengig av akutfase for definerte pasientgrupper, vil også bidra til bedre samhandling med pårørende og pasient.

Et økt fokus på behandling, vil ytterligere kunne bidra til bedre samhandling med PHV-V i nybygg, ved behov for intervensjoner på tvers av avdelingene og på sikt også redusere behovet både for tvangsmiddelbruk og innleggelse på tvang.

9.1 Funksjonsbeskrivelse ABUP Døgn

ABUP Døgn skal sikre ungdom som trenger innleggelse i psykisk helsevern god og forsvarlig behandling i trygge omgivelser. Døgn skal tilbys først der andre tiltak er prøvd ut, være seg poliklinisk -, dagtilbud og/eller ambulant tilbud. Dette med unntak av der det oppstår akutte kriser. Døgn skal tilbys primært med bakgrunn i følgende³⁷:

- beskyttelse
- utredning som krever døgnobservasjon
- behandling som krever spesialisert miljøterapeutisk tilnærming, inkl. re-ernæring
- avgiftning

Enheten skal ivareta både en akuttfunksjon og en elektiv funksjon.

Sistnevnte forutsetter ledig kapasitet. Pasienter som legges inn elektivt, vil skrives ut dersom akuttbehovet tilsier dette.

³⁷ Konseptfaserapport

Målgruppe:

Barn og unge i alderen 13-18 år.

Primært skilles det mellom:

- ø-hjelp/akutfunksjon
- elektiv funksjon

9.1.1 Akutfunksjon

Ungdomsklinikken skal motta pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp i henhold til psykisk helsevernforordningen. Dette vil være seg følgende tilstander:

- Psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse.
- Psykotiske og andre tilstander preget av sterk angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre.
- Delirøse tilstander der avrusning ikke er en hovedsak. Alvorlig intoksikasjoner forutsettes tatt hånd om i somatisk avdeling. Hvis behovet for psykiatrisk behandling fremdeles er akutt etter medisinsk behandling, kan pasienten overføres i henhold til henhold til øyeblikkelig hjelp behovet til døgnenheten.
- Psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, hvor hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig.

Alvorlig intoksikasjoner som krever oppfølging innen psykisk helsevern, kan overføres når somatisk status er avklart dersom det er behov for videre døgnbehandling.

- Avrusning – der dette er påkrevd i en akutsituasjon, skal håndteres ved ABUP døgn.
 - Omfatter ungdom t.o.m. 16 år.
 - Behandlingsplan utarbeides i samarbeid med ARA. ABUP har behandlingsansvaret og skal konsultere ARA.

Det avgjørende for om øyeblikkelig hjelp-plikten inntreffer etter denne bestemmelsen er at det foreligger en tilstand hos barnet/ungdommen som gjør det absolutt påkrevd med hjelp fra det psykiske helsevernet.

Enheten skal kunne tilby følgende:

- Spesialistvurdering innen 24 timer.
- Innleggelse 24/7
- Tverrfaglig team/tverrfaglig tilnærming i vurderingene.
- Avklare videre utrednings- og behandlingsbehov.
- Kartlegge psykososiale behov og rammer

Oppgaver:

- Akuttvurdering, avklaring innen 24 timer.
- Utredning
- Tett og integrert samarbeid med AAT voksen, AAT barn/ AAE, PUT og FACT Ung.
- Suicid- og voldsrisikovurderinger.
- Miljøterapeutiske tiltak (deriblant beskyttelse og skjerming)
- Tett samhandling med kommunene og pårørende

9.1.2 Elektiv funksjon

Ungdomsklinikken skal kunne tilby døgnplasser til pasienter som har behov for utredning og/eller behandling av komplekse tilstander hvor:

- funksjonsevnen er betydelig redusert
- hvor pasienten ikke nyttiggjør seg av annet behandlingstilbud

Dette gjelder primært følgende tilstander:

- Alvorlig spiseforstyrrelser
- Psykoselidelser
- Komplekse, uavklarte tilstander med behov for beskyttelse
- Avgiftning

Enheten vil ha et dedikert ansvar for innleggelse av pasienter i FACT Ung (opptil 18 år) der innleggelse vurderes som hensiktsmessig med bakgrunn i pasientens symptombilde.

Før innleggelse skal følgende være forsøkt:

- Poliklinisk utrednings- og behandlingstilbud
- Ambulant utrednings- og behandlingstilbud

Endelig vurdering om pasienten tilbys en elektiv innleggelse, gjøres av inntaksteamet ved ABUP Døgn. Pasienter som legges inn elektivt, må være forberedt på endringer i oppholdes lengde, dersom akuttkapasiteten blir truet.

Ved elektiv innleggelse skal ABUP døgn kunne tilby:

- Observasjon – der døgnobservasjon er nødvendig for avklaring av kompliserte tilstandsbilder.
- Stabilisering
 - omfatter tilbakeføring av tapt funksjonsevne i hverdagen, det vil si evne til å tilbakeføres til hjemmet/omsorgsbasen, slik at poliklinisk/ambulant behandling utenfor døgn kan gjenopptas. Tiltaket handler om funksjonsretablering.
- Utredning
 - av komplekse tilstander hvor poliklinisk utredning ikke har vist seg mulig å gjennomføre.
 - Utredning omfatter følgende:
 - Barnepsykiatrisk undersøkelse
 - Psykologisk utredning
 - Miljøterapeutisk døgnobservasjon
 - Kartlegge psykososiale behov og rammer
 -
- Behandling
 - Kunnskapsbasert tilnærming basert på den enkeltes symptombilde.
- Avgiftning i samarbeid med ARA (ev. enhet for avgiftning og/eller PUT)

9.2 Intern rutine ved henvisning til elektiv innleggelser

I forkant av elektiv innleggelse skal det være gjennomført

- Basis utredning
- Diagnostisk vurdering
- Behandlingsplan

Ved henvisning må det redegjøres for grunnlaget for henvisning til døgn som omsorgsnivå. Grunnlaget skal fremkomme i journaldokumenta *Intern henvisning* under pkt *problemstilling*. Av Intern henvisning skal det fremkomme tydelig at henvisning til elektiv innleggelse er drøftet og forankret hos enhetsleder der saksansvaret er lagt.

Elektive innleggelse kan ikke etableres på tvang, med mindre innleggelsen er basert på foresattes samtykke for pasienter < 16.

Pasienter på TUD kan søkes inn til elektiv innleggelse (lph § 3-3 er etablert)

Endelig vurdering og beslutning om pasienten tilbys elektiv innleggelse, ligger til inntaksteamet ved ABUP Døgn

Det gjennomføres ukentlige inntaksmøte der inntaksteam ved ABUP Døgn drøfter henvisningen med saksansvarlig og saksansvarliges teamleder/enhetsleder

9.3 Prioritering av utvikling – skjæringspunkt ambulant og døgn

I skjæringspunktet mellom ABUP døgn, ambulant og poliklinikk er det flere overlappende funksjoner. I funksjonsutredningen fremkommer det behov for utvikling av tjenesten i samsvar med behovet i barne- og ungdomspopulasjonen. Med bakgrunn i arbeidsgruppen ser en et behov for særskilt utvikling av tjenesten når det kommer til barn- og unge med spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser.

Figur 12 Prioritering av tjenesteutvikling



Utvikling av dagtilbud og fagnettverk vil kunne øke kvaliteten på tilbudet i utredning og behandling, og redusere behovet for innleggelse ved ABUP Døgn.

Gitt den lave dekningsgraden på døgnplasser, er det et klart behov for å styrke tjenesten med kunnskapsbasert behandling som:

- CBT
- CBT-ED
- DBT – RO
- DBT - Eat
- DBT
- Mentaliseringsbasert gruppebehandling
- FACT Ung
- Dagtilbud

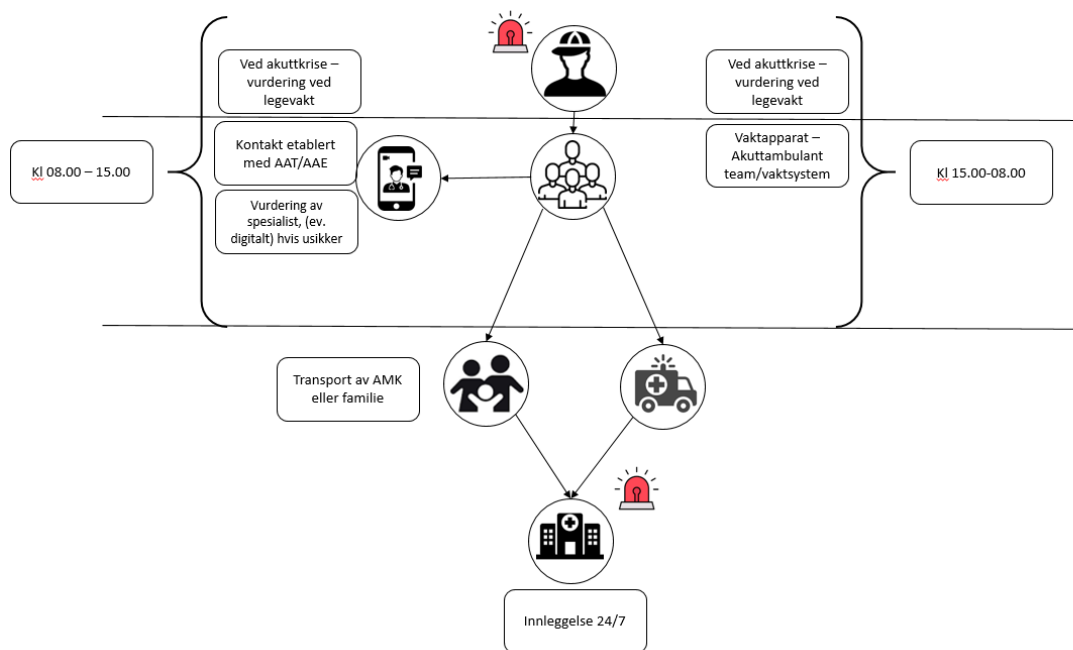
Samhandling med kommunehelsetjenesten er viktig.

Utvikling av kunnskapsbaserte behandlingslinjer som involverer gruppetilbud, i samarbeid med kommunene, jmf. Fonna modellen, er både kunnskapsbasert, kostnadseffektiv og en politisk ønsket utvikling. Avdelingen bør gjennomføre en kartlegging av pasientgrupper som p.t. utfordrer deres kompetanse og kapasitet, for slik å bygge opp faglig godt tilbud, som er kunnskapsbasert, for disse pasientgruppene. Dette vil være i tråd med Nasjonal helse og sykehusplan, hvor en dreier vekst fra økt ressurser til teknologi og kompetanse. Det vil også være i tråd med Riksrevisjonens rapport, som etterlyser mer systematisk ledelsesstyrt utvikling av kompetanse og krav i psykisk helsevern for barn og unge, og implementering av større grad av kunnskapsbasert praksis.

9.4 Akuttlinje – flytdiagram

Gjennomgang av akuttlinjen gir strukturen som fremkommer i figur under.

Figur 13 Akuttlinjen – flyt (ABUP)

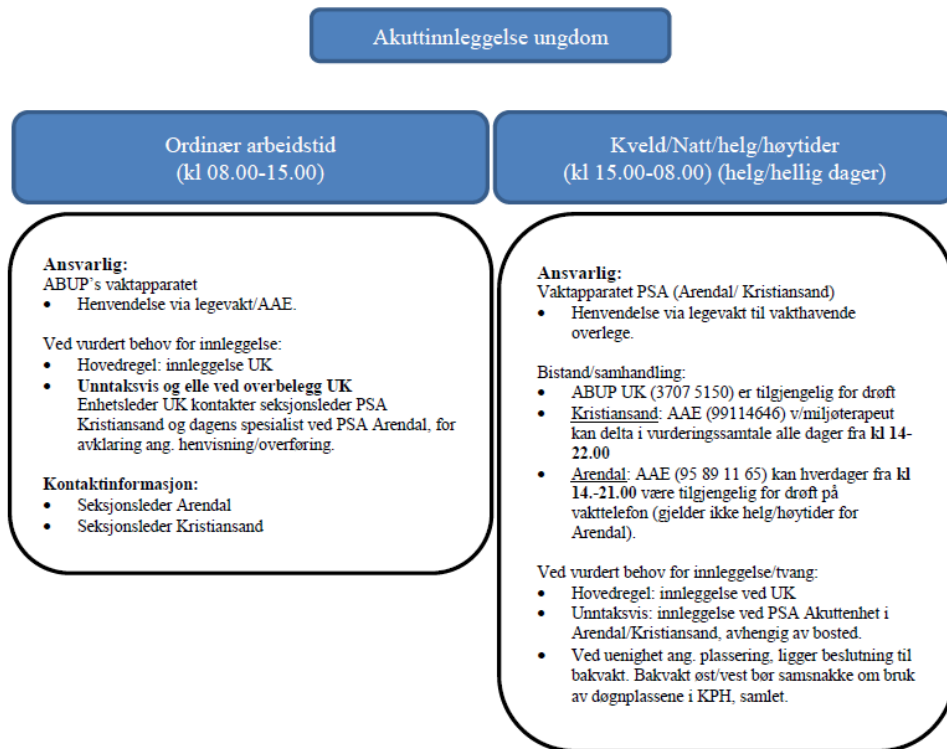


Utfordringsbildet er å sikre akuttlinjen fra ABUP i henholdsvis Flekkefjord og Farsund.

Det er viktig at ABUP avklarer retningslinjer som sikrer følgende:

- Spesialistvurdering, hvis behov
- Inntak av pasienter som er vurdert for innleggelse, fra spesialist i Lister.

Figur 14 Akuttoversikt ABUP



9.5 Retningslinjer og kompetansebehov – behov for utforming og implementering

Følgende behov har fremkommet under utredningen:

- Retningslinjer for transport med ambulanse og/eller foreldre til ABUP Døgn
- Konkretisere kontaktperson og akuttflyt – redusere «drøft/diskusjon» der det er behov for vurdering
- Retningslinje for samarbeid og akuttvurderinger ved bruk av digitale verktøy som NHN videokonferanse.
 - Videobistand av spesialist.
- Retningslinjer for vurdering, mottak, transport og spesialiststøtte

Kompetansebehov:

- Kompetanseheving bakvakt – vurdering barn og unge
- Revidering av bakvaktshåndboken
- Kompetanseheving – utredning miljøpersonale og behandlere ABUP Døgn
- Kompetanseheving behandlingsprofil ABUP Døgn
 - BET KYR
 - RO DBT (komplementerer BET KYR)
 - SEPREP/recoveryorientert tilnærming
- Øke kunnskap om rusbehandling og avgiftning i enheten.

Videre behov:

- Monitorering av pasientpopulasjon opp mot kunnskapsbasert tiltak³⁸ og kompetanse i avdelingen.
- Avdelingen og enheten må identifisere transdiagnostiske tilnærminger til behandling, som bidrar til en enhetlig tilnærming i utredning og behandling av ungdom som legges inn og som følges i poliklinikken.
- Det må gjennomføres en GAP analyse av pasientpopulasjon opp mot kompetanse i enheten. Tiltak for å øke kompetanse der det er behov for dette.
- Der lovverket tilsier det, skal kontaktlege/kontaktpsykolog etableres.
- Det må utarbeides kompetanseplaner knyttet til de tre målgruppene; psykose, selvmordstruede pasienter med trekk av ustabil personlighetsforstyrrelse, spiseforstyrrelser og ruslidelser.

Fremdriftsplan

Avdelingen må utarbeide en fremdriftsplan for utvikling av tilbudet ved ABUP Døgn. Målsetting bør være utforming av kompetanseplaner og initiering av disse vår 2023, men etablert tilbud senest høst 2023.

³⁸ [RBUP Øst og Sør - Tiltakshåndboka for barn og unges psykiske helse \(tiltakshandboka.no\)](https://tiltakshandboka.no/)