

# Status og utfordringer for det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet

Av Roar Eilertsen

**DE FACTO**

KUNNSKAPSENTER FOR FAGORGANISERTE

November 2007

## 0. Innledning

Dette notatet er laget i De Facto – Kunnskapssenter for fagorganiserte på oppdrag fra Fagforbundet. Notatet bygger på en gjennomgang av relevante dokumenter og diskusjoner med tillitsvalgte i Fagforbundet og med andre ressurspersoner med inngående kunnskap om situasjonen i det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet.

Etter sykehusreformen i 2002 har ansvaret for ”2.linje-tjenesten” i det psykiske helsevernet ligget i helseforetakene. Kort tid etter at Helse Øst RHF og Helse Sør RHF ble slått sammen til Helse Sør-Øst RHF i 2007 ble det satt i gang et arbeid med å samordne og effektivisere tilbudene innenfor hhv somatikk og psykisk helsevern i hovedstadsområdet. I dette notatet skal vi se nærmere på det som skjer innenfor psykiatrien og de utfordringer man her står overfor.

I første punkt i notatet gis en presentasjon av dagens utgangspunkt med hensyn til organisering og ressurser. I punkt 2 omtales en rapport som SINTEF har utarbeidet for Helse Sør-Øst RHF om behov og kapasitet frem mot 2025. I punkt 3 legges det frem en del innspill til det pågående arbeidet med omstrukturering av det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet.

I vår gjennomgang har vi valgt å definere hovedstadsområdet som opptaksområdene for sykehusene i Oslo kommune, samt for Akershus Universitetssykehus HF og Asker og Bærum Sykehus HF. (Det tilsvarer det Oslo kommune og Akershus fylke, og er en snevrere definisjon enn den SINTEF bruker i sin rapport, se punkt 2).

Det psykiske helsevernet i helseforetakene er grovt sagt delt i to nivåer – sykehusavdelinger og distriktpspsykiatriske sentre (DPSer). På begge nivåer skjer det poliklinisk behandling, dagbehandling og innleggelser. Disse nivåene samarbeider med førstelinjetjenesten i kommunene. Henvisninger til sykehus eller DPS må normalt komme fra fastlege, og kommunene har ansvar for å bistå med oppfølging / bolig o.a. etter utskrivning.

Analyser og innspill i dette notatet står utelukkende for forfatterens egen regning. Håpet er at materialet kan fungere som et godt utgangspunkt for diskusjon, strukturering og samkjøring av Fagforbundets linjer i den pågående prosessen.

# 1. Psykisk helsevern i hovedstadsområdet – dagens situasjon

Tallmaterialet i den oversikten som presenteres nedenfor er hentet fra Samdatas ”Grunnlagsdata – psykisk helsevern for voksne” for 2006. Situasjonen innen barne- og ungdomspsykiatrien i hovedstadsområdet faller dermed utenfor.

## 1.1. Oslo-sykehusene

I Oslo kommune er ansvaret for det psykiske helsevernet delt inn i fire sektorer - mellom de to offentlig eide helseforetakene Ullevål universitetssykehus HF og Aker universitetssykehus HF, samt de to private (ikke-kommersielle) sykehusene Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. I tillegg har Akershus universitetssykehus ansvar for Oslos to østligste bydeler, Grorud og Stovner (omtales under pkt. 1.2. Sykehusene i Akershus).

Ved Oslo-sykehusene var det ifølge Samdatas oversikt knapt 800 døgnplasser og ca 3 000 årsverk i 2006 i voksenpsykiatrien.

I tillegg har Helse Sør-Øst RHF direkte avtaler med et antall private behandlingsinstitusjoner med til sammen 157 døgnplasser og ca 180 årsverk, ifølge tall fra Samdata.

### 1.1.1. Ullevål universitetssykehus HF

Psykiatrisk divisjon ved Ullevål har hovedansvaret for psykiatrien i fem bydeler i Oslo med til sammen 190 000 innbyggere (Sagene, Nordre Aker, Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand). I tillegg har divisjonen spesialavdelinger som dekker hele Oslo og avdelinger med regionalt ansvar i Helse Sør-Øst.

Psykiatrisk divisjon ved Ullevål er delt opp i åtte avdelinger (”hovedplassering” i parentes)

- allmennpsykiatrisk avdeling (Dikemark)
- alderspsykiatrisk avdeling (Vardåsen / polikl. Grønland)
- psykiatrisk avdeling for psykisk utviklingshemmede (Dikemark)
- regional sikkerhetsavdeling (Dikemark)
- avdeling for akuttpsykiatri (Ullevål)
- avdeling for førstegangpsykososer – dekker Oslo og Follo (Ullevål)
- avdeling for personlighetspsykiatri (Ullevål)
- regional avdeling for spiseforstyrrelser (Ullevål)

og to DPSer

- Søndre Oslo DPS
- Josefinegt. DPS.

I tillegg har divisjonen en egen forsknings- og undervisningsavdeling (Ullevål).

Ved Ullevål er barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) underlagt Kvinne- barndivisjonen. (Verken her eller for de andre sektorene har vi med tall for BUP spesifikt).

Ifølge Samdatas grunnlagsdata for psykisk helsevern for voksne (heretter bare kalt Samdata) var det ansatt personell i til sammen 1551 årsverk ved Psykiatrisk divisjon ved Ullevål

universitetssykehus HF pr 31.12.06. Av disse var om lag 255 årsverk ved de to DPSene og drøyt 20 årsverk ved private institusjoner som Ullevål hadde avtale med.

Ifølge Samdata var det pr. 31.12.06 totalt 376 døgnplasser ved Ullevål universitetssykehus HF. Ved disse plassene var det drøyt 113 000 oppholdsdøgn i 2006.

Ved de ulike poliklinikkene var det ansatte i til sammen ca 120 årsverk, og det var ca 333 400 polikliniske konsultasjoner der i 2006. Både ved sykehusavdelinger og DPSer er det tilbud om dagbehandling, og i sum var det ca 19 000 oppholdsdager fra dagpasienter i 2006..

### **1.1.2. Aker universitetssykehus HF**

Aker universitetssykehus HF har ansvar for en sektor bestående av bydelene Alna og Bjerke i Oslo og de seks Follo-kommunene Oppegård, Ski, Ås, Vestby, Frogn og Nesodden. Til sammen bor det nærmere 180 000 mennesker i dette området.

Klinikk for psykisk helse ved Aker universitetssykehus HF består av fem kliniske avdelinger, alle lokalisert på Gaustad

- avdeling for psykosebehandling
  - akuttpsykiatrisk avdeling
  - alderspsykiatrisk avdeling
  - avdeling for spesialklinikker
  - regionalt ressurscenter for vold, traumer og selvmordsforebygging
- to DPSer
- Alna DPS
  - Follo DPS
- 
- tre Barne- og ungdomspsykiatriske avdelinger (BUPer)
    - o BUP Follo
    - o BUP Tøyen
    - o BUP Furuset
  - og en avdeling for forskning og fagutvikling

Til sammen var det ifølge Samdata ansatt personell i 746 årsverk ved Klinikk for psykisk helse ved Aker universitetssykehus HF pr. 31.12.06. Av disse var knapt 260 årsverk ved de to DPSene.

Ifølge Samdata var det totalt 158 døgnplasser ved Aker universitetssykehus HF pr 21.12.06. Ved disse var det til sammen knapt 47 000 oppholdsdøgn i 2006.

Ved poliklinikkene var det ca 125 årsverk, og det ble foretatt ca 41 000 polikliniske konsultasjoner i 2006. Ved Aker universitetssykehus HF samlet var det ca 9 400 oppholdsdager fra pasienter som fikk dagbehandling i 2006.

### **1.1.3. Lovisenberg Diakonale Sykehus**

Lovisenberg Diakonale Sykehus har ansvar for en sektor bestående av bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka og St. Hanshaugen med til sammen ca 110 000 innbyggere. Lovisenberg har to psykiatriske avdelinger

- psykiatrisk akuttavdeling (Lovisenberg)
- allmennpsykiatrisk avdeling (Vor Frues Hospital, Ullevålsvn.)

og to DPSer

- Lovisenberg DPS
- Tøyen DPS

Til sammen var det ifølge Samdata ansatt personell i 423 årsverk innenfor psykiatrien ved Lovisenberg Diakonale Sykehus pr 31.12.06. I tillegg har Lovisenberg også avtale med det private Oslo Hospital, som har 36 døgnplasser. Av disse var drøyt 190 årsverk ved de to DPSene.

Ifølge Samdata var det 115 døgnplasser ved Lovisenberg pr 31.12.06. Av disse var 46 døgnplasser ved Tøyen DPS. For avdelingene ved sykehuset og DPSet samlet ble det registrert ca 46 000 oppholdsdøgn i 2006.

Det polikliniske tilbudet ved Lovisenberg ytes ved de to DPSene av personell i til sammen 115 årsverk, og hos disse var det ca 38 000 polikliniske konsultasjoner i 2006. Ved Lovisenberg var det ca 17 000 oppholdsdager for pasienter som fikk dagbehandling i 2006.

### **1.1.4. Diakonhjemmet Sykehus**

Diakonhjemmet Sykehus har ansvar for en sektor bestående av bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker med til sammen ca 104 000 innbyggere. Diakonhjemmet Sykehus har tre psykiatriske avdelinger

- psykiatrisk avdeling (Vinderen)
- alderspsykiatrisk avdeling (Søndre Borgen)
- avdeling for langtidpsykiatri (Vor Frues Hospital)

og

- DPS Vinderen

Til sammen var det ifølge Samdata 312 årsverk innenfor psykiatrien ved Diakonhjemmet Sykehus pr 31.12.06. Av disse var ca 107 årsverk ved DPS Vindern.

Ifølge Samdata var det 108 døgnplasser ved Diakonhjemmet Sykehus pr 31.12.06. Av disse var 34 døgnplasser ved DPS Vindern. For avdelingene ved sykehuset og DPSet samlet ble det registrert ca 34 000 oppholdsdøgn i 2006.

Det polikliniske tilbudet ved Diakonhjemmet Sykehus ytes av personell i til sammen 60 årsverk, og hos disse var det ca 23 000 polikliniske konsultasjoner i 2006. Det meste av det polikliniske tilbudet er ved DPS Vinderen, med 58 årsverk og ca 20 000 konsultasjoner. Ved Diakonhjemmet Sykehus var det ca 6 400 oppholdsdager for pasienter som fikk dagbehandling i 2006.

## **1.2. Akershus-sykehusene**

I dette notatet er det som nevnt det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet som er tema, og vi har valgt å avgrense dette området til Oslo kommune og Akershus fylke.

I Akershus fylke er det to helseforetak med ansvar for psykisk helsevern; - Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Asker og Bærum HF. Nedenfor vil vi gi den samme oversikten over organisasjon og ressurser for disse to sykehusene som de vi har gitt overfor for Oslo-sykehusene.

### **1.2.1. Akershus universitetssykehus HF**

Divisjon for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF har ansvar for de to Oslo-bydelene Grorud og Stovner samt 15 Akershus-kommuner øst for Oslo med til sammen 285 000 innbyggere.

Divisjonen er delt opp i tre avdelinger lokalisert på sykehusområdet til "A-hus"

- akuttpsykiatrisk avdeling
- allmennpsykiatrisk avdeling
- alderspsykiatrisk avdeling

og tre DPSer

- Grorudklinikken
- Lillestrømklinikken
- Jessheimklinikken

Til sammen var det ifølge Samdata 729 årsverk ved Divisjon for psykisk helsevern ved Akershus universitetssykehus HF pr. 31.12.06. Av disse var knapt 350 årsverk ved de tre DPSene.

Ifølge Samdata var det totalt 201 døgnplasser ved Akershus universitetssykehus HF pr 31.12.06. Ved disse var det til sammen ca 70 000 oppholdsdøgn i 2006.

Ved poliklinikkene var det ca 120 årsverk, og det ble foretatt ca 58 000 polikliniske konsultasjoner i 2006. Ved Akershus universitetssykehus HF samlet var det ca 10 300 oppholdsdager fra pasienter som fikk dagbehandling i 2006.

### **1.2.2. Sykehuset Asker og Bærum HF**

Sykehuset Asker og Bærum HF dekker de to kommunene med til sammen ca 185 000 innbyggere. Ved dette sykehusets psykiatriske seksjon er det tre avdelinger, alle lokalisert på Blakstad

- avdeling for akuttpsykiatri
- avdeling for psykosebehandling
- avdeling for alderspsykiatri

og to DPSer

- Psykiatrisk senter i Asker
- Psykiatrisk senter i Bærum

Til sammen var det ifølge Samdata ansatt personell i 534 årsverk ved seksjon for psykisk helsevern ved Sykehuset Asker og Bærum HF pr. 31.12.06. Av disse var knapt 170 årsverk ved de to DPSene.

Ifølge Samdata var det totalt 150 døgnplasser ved Sykehuset Asker og Bærum HF pr 21.12.06. Ved disse var det til sammen ca 54 000 oppholdsdøgn i 2006.

Ved poliklinikkene var det ca 86 årsverk, og det ble foretatt ca 28 000 polikliniske konsultasjoner i 2006. Ved Sykehuset Asker og Bærum HF samlet var det bare 25 oppholdsdager fra pasienter som fikk dagbehandling i 2006.

## 2. Kommentarer til SINTEF-rapporten

### ”Fremskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør-Øst RHF, somatikk og psykisk helsevern”

#### 2.1. Innledning

SINTEF rapporten ”Fremskrivning og kapasitetsanalyse for Helse Sør Øst RHF, somatikk og psykisk helsevern” er utarbeidet på oppdrag fra Helse Sør-Øst RHF. Rapporten ble presentert på styremøtet i Helse Sør-Øst RHF 24.10.07. Målet har vært å beregne oppdaterte aktivitetstall for somatikk og psykisk helsevern for voksne for sykehusene i Helse Sør-Øst RHF for 2006 (2005 for psykisk helsevern) og ut fra disse å foreta fremskrivninger av en forventet og ønsket kapasitet i 2015 og 2025.

I det følgende skal vi gjengi hovedinnholdet og kommentere de delene av rapporten som omhandler psykisk helsevern i hovedstadsområdet.

Innledningsvis er det et poeng å påpeke at ”hovedstadsområdet” er gitt en svært vid definisjon i denne rapporten. I punkt 2.1 (side 5-6) heter det:

”For å kunne beskrive aktivitet og kapasitetsbehov og vurdere mulige utviklingsløp er det nødvendig å avgrense Hovedstadsområdet. I denne utredningen omfatter Hovedstadsområdet følgende sykehus med tilhørende opptaksområder:

- Sykehusene i Oslo kommune
  - Ullevål universitetssykehus HF
  - Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF
  - Aker universitetssykehus HF
- Sykehusene i Akershus fylkeskommune
  - Akershus universitetssykehus HF
  - Sykehuset Asker og Bærum HF
  - Ringerike sykehus HF
- Sykehus Østfold HF
- Sykehuset Buskerud HF

For det psykiske helsevernet for voksne omfatter Hovedstadsområdet også følgende sykehusavdelinger med driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF:

- Oslo hospital
- Diakonhjemmet sykehus
- Lovisenberg Diakonale Sykehus

Ringerike sykehus HF inngår i hovedstadsområdet også for psykisk helsevern. Dette er mindre naturlig enn for somatikken.”

Den svært vide definisjonen av ”hovedstadsområdet” begrunnes med at det kan antas

”at søkning til og forbruk av sykehus- og andre spesialisthelsetjenester vil være påvirket av at store grupper i Buskerud og Østfold har Oslo-området som sitt nærområde for slike aktiviteter og tjenester” (side 6).



Blant annet på bakgrunn av at det i Helse Sør-Øst nå pågår planlegging og prosjektering av nye, moderne sykehus i både Østfold og Buskerud, fremstår inndelingen som tilfeldig og lite velbegrunnet. I den grad hovedstadsområdet skal defineres videre enn Oslo kommune, synes det som sagt (se innledning, punkt 1) mer nærliggende å snakke om Oslo-sykehusene pluss Akershus Universitetssykehus HF og Sykehuset Asker og Bærum HF.

## 2.2. Fremskrivninger – resultater

SINTEF-rapporten presenterer til dels dramatiske konklusjoner mht fremtidige kapasitetsbehov for psykiatrien i Oslo-området. Beregningene bygger på to sentrale premisser:

- uendret hyppighet av psykiske helseproblemer i befolkningen
- psykiatrien i Vestfold (PiV) brukes som referansemodell for andre deler av Helse Sør-Øst

Rapporten legger til grunn at behovet for psykisk helsevern kun kommer til å påvirkes av befolkningsutviklingen i årene frem mot 2025. Det gis ingen faglig begrunnelse for dette. Det er 18 år til 2025, og da hadde det for eksempel vært mulig å sjekke om forekomsten av psykiske lidelser pr 1000 innbyggere er den samme i dag som for 18 år siden?

Mange forhold tyder på at det er en økt hyppighet av psykiske lidelser. Er det for eksempel ikke trolig at en økende andel innvandrere og flyktninger (som kan være svært traumatiserte mennesker og som hittil har vært sterkt konsentrert i hovedstadsområdet), vil medføre økt behov for psykisk helsevern? Er det ikke i samfunnet generelt, og i hovedstadsområdet spesielt, en økning i andelen mennesker med rusproblemer? Har vi ikke sett en utvikling de siste årene med en stadig mer kompleks rusproblematikk, som også øker behovet for psykisk helsehjelp? Foregår det ikke en opphopning av utslåtte og bostedsløse mennesker i hovedstadsregionen? Er det ikke grunn til å tro at et arbeidsliv preget av stadig hurtigere omstillinger og konkurranse vil påvirke befolkningens psykiske helse, og for enkelte øke behovet for psykisk helsehjelp?

Rekken av spørsmål kunne vært gjort lengre. Poenget er at SINTEF-rapporten ikke reiser noen av dem. Det er særlig påfallende at man ikke foretar en slik analyse for psykiatrien, all den tid man i rapporten prøver å beregne nettopp en slik korreksjon for somatikken del. I beregningene for somatikken er den mekaniske fremskrivningen (basert på endringer i befolkningens størrelse og sammensetning) supplert med et ledd kalt ”realvekst”, som er basert på statistiske trendanalyser og vurderinger foretatt av 10 medisinske faggrupper (se s. 56).

Den første forutsetningen for SINTEFs beregninger er kort sagt svært tvilsom.

For det andre gjennomfører man en teoretisk ”omstrukturering” av dagens behandlingstilbud i hovedstadsregionen (og områdene øst og vest for denne regionen) slik at tilbudet blir lik den modellen som i dag finnes i Psykiatrien i Vestfold HF (PiV HF). Som det argumenteres for i punkt 2.3.1 nedenfor, er også dette en høyst diskutabel forutsetning.

På grunnlag av de to nevnte forutsetningene konkluderer man blant annet med at voksenpsykiatrien i hovedstadsområdet i 2025 vil ha

ca 1 250 for mange døgnplasser i sykehusene  
ca 800 for mange døgnplasser i DPSene  
ca 2 500 for mange årsverk i voksenpsykiatrien som helhet

På den andre siden vil en omstrukturering til ”PiV-struktur” føre til

ca 60 000 flere polikliniske konsultasjoner  
ca 200 flere årsverk til DPSer og poliklinikker/ambulante team

I sine konklusjoner vedrørende fremskrivningene for personell innen psykiatrien i Helse Sør-Øst samlet, skriver SINTEF blant annet (side 43):

”Våre fremskrivninger – med 100 % oppfyllelse - viser at det ved å omstrukturere det psykiske helsevernet for voksne som PiV HF genereres en netto overkapasitet på personell samlet på ca 2 300 årsverk i 2005, 2600 årsverk i 2015 og mer enn 2 800 årsverk i 2025.”

For hovedstadsområdet alene mener man overkapasiteten på personell vil være om lag 2 500 årsverk i 2025.

I rapporten påpeker riktignok SINTEF-forskerne selv at det er flere forhold som gjør at en 100 prosent overføring av PiV-modellen til hovedstadsområdet verken er mulig eller ønskelig. En grundigere gjennomgang vil etter vårt syn vise at rapporten presenterer tildels meningsløse tall, som bare er egnet til å skape usikkerhet og forvirring.

## **2.3. Kommentarer**

### **2.3.1. PiV som referanse**

De beregninger og fremskrivninger vedrørende voksenpsykiatrien som SINTEF presenterer i sin rapport, tar som nevnt utgangspunkt i at det psykiske helsevernet bør omstruktureres og bli slik Psykiatrien i Vestfold er i dag. Bakgrunnen for at man velger PiV som referanse begrunnes slik (s. 24):

” Dette foretaket er valgt som sammenligningsgrunnlag fordi det har et velfungerende tilbud med god behovsdekning, og driver sin virksomhet langt på vei i tråd med nasjonale føringer for det framtidige psykiske helsevernet. Samtidig har foretaket et fordelaktig utgangspunkt for sin virksomhet, uten gamle, tunge institusjoner som binder ressurser og hindrer behandlingskultur å endre seg. I basisåret 2005 hadde dessuten foretaket et belegg som ga rom for god flyt mellom sykehusavdelinger og DPS og mellom DPS og kommunene. Tilbudsstrukturen i PiV HF kan derfor betraktes som et mål som helseforetakene må strekke seg etter i sin konkrete utvikling av tjenestene.”

Som vi ser, legger man til grunn at den valgte strukturen i Vestfold gir ”et velfungerende tilbud med god behovsdekning”. Det er lite i rapporten som underbygger eller problematiserer denne forutsetningen. En rask sjekk viser for eksempel er ventetidene for å få behandling er omtrent like lange ved PiV som ved sykehusene i hovedstadsområdet for flere typer lidelser (iht oversikt på sykehusvalg.no, uke 44/07).

Og det er ingen vurderinger av om det er særegne forhold, - for eksempel knyttet til størrelse, avstander, demografi, sykелighet, mv. som gjør at situasjonen i Vestfold etter deres syn kan anses å være bra. SINTEF-forskerne er for øvrig selv inne på at Vestfold aldri har hatt store, psykiatriske institusjoner, med de oppgaver det har medført og de føringer det gir for fremtidig planlegging.

På den andre siden gjøres det bare overfladiske vurderinger av om det finnes en særegen storbyproblematikk, nasjonale hensyn, utdannings- og forskningspolitiske hensyn, historikk, mv. som gjør at det er behov for og nødvendig med en annen organisering i hovedstadsområdet.

I rapportens pkt. 4.1 omtaler man at hovedstadsområdet har ansvar for en del regionale funksjoner, og følgende listes opp:

- Kompetansesenter for tidlig intervensjon, Ullevåls forskningsavdeling, Ullevål universitetssykehus HF
- Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Ullevål universitetssykehus HF
- Regionalt ressurscenter. Vold, traumer og selvmordsforebygging, Aker universitetssykehus HF
- Regional sikkerhetsavdeling, Ullevål universitetssykehus HF
- Regionalt senter for utviklingshemmede med psykose og atferdsforstyrrelser (Sykehuset Buskerud HF)

Man konkluderer med at 283 årsverk og 41 døgnplasser er knyttet til disse, og at en korrigerende for dette knapt påvirker ”de store tallene” for overforbruk av personell og sykehusavdelinger i hovedstadsområdet. Dette omtales grundigere i punkt 2.3.2. nedenfor.

I SINTEF-rapporten er dagens aktivitet innen det psykiske helsevernet i et område gjort om til *kapasitet* ved å ta utgangspunkt i Samdatas tall for Sum oppholdsdøgn og sette

Døgnplasser = oppholdsdøgn/365 dager x 90% belegg.

Vi snakker med andre ord om en beregnet kapasitet, som skiller seg fra det som er det faktiske antallet døgnplasser i hvert HF.

Når forskerne har beregnet en *ønsket kapasitet* i hovedstadsområdet i 2025, har man tatt antall behandlingsplasser (i sykehus, DPS og poliklinikk) pr 10 000 innbyggere (+18 år) i PiV, og ganget denne faktoren opp i forhold til antatt befolkning i hovedstadsområdet i 2025. Disse tallene har så blitt sammenlignet med tall basert på at hovedstadsområdets nåværende struktur utvides i takt med befolkningsutviklingen frem til 2025.

Mye taler for at det bør foretas en grundigere analyse av om PiV virkelig er et rimelig referansegrunnlag for sammenligninger i denne sammenheng. Alle beregninger i rapporten står og faller med at PiV-referansen er rimelig og riktig.

### **2.3.2. Særegne forhold i hovedstadsområdet**

På ulike steder i SINTEF-rapporten påpekes det at mange relevante forhold ikke er hensyntatt i den modellen som er valgt. De viktigste av disse er

- ulike behov og ulik sykелighet i hovedstadsområdet vs PiV

- konsekvensene av at institusjonene i hovedstadsområdet har flere spesialavdelinger med regionalt og nasjonalt ansvar, og nødvendigheten av å konsentrere slike avdelinger i sykehus
- en historikk med mange store institusjoner i hovedstadsområdet og en oppdatert analyse av behovet for sykehus(avdelinger) også i fremtiden
- analyser av hvilken betydning tverrfaglig, spesialisert rusomsorg har for de strukturer som eksisterer
- forutsetningene for – og betydningen av – ulike former for samhandling mellom første- og andre- linjetjenesten

### **\* Storbyproblematikk og sykелighet**

I rapporten gjøres det ingen analyser av de sammenhenger som må antas å være mellom storbyproblemer og den psykiske helsetilstanden i befolkningen. Vi vet at storbyen trekker til seg mange mennesker med spesielle problemer. På side 25 sies det løselig

”Om man grovt sett antar at Hovedstadsområdet har et 25 % større behov for oppholdstid enn de øvrige områdene som følge av antatt høyere sykелighet og behov, vil det likevel ligge et potensiale på omkring 150 000 døgn ut fra beregningene”

Det gis ingen begrunnelse for hvorfor man velger å antyde 25 %, og ikke 20 eller 40 %. I det hele tatt er dette et forhold som krever større oppmerksomhet og analyse.

### **\* Spesialavdelinger**

Ved de psykiatriske sykehusene i Oslo finnes det flere spesialavdelinger, som dels dekker nasjonale og dels regionale behov. Ved Ullevål universitetssykehus HF har Dikemark Sykehus en regional sikkerhetsavdeling og en regional avdeling for psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser, mens det bl.a. er en regional avdeling for spiseforstyrrelser på Ullevål. Ved Aker Universitetssykehus HF har også Gaustad Sykehus en egen sikkerhetsavdeling.

Felles for disse er at det er gode grunner til at de organiseres som sykehusavdelinger.

### **\* Asylens plass i fremtidens psykiatri**

Gjennom flere tiår har det pågått en desentralisering og avinstitusjonalisering av det psykiske helsevernet. Selv om det har vært bred faglig enighet om hoveddelen av denne strategien, pågår det fortsatt en diskusjon om berettigelsen av og behovet for asyl. Mange mener at det for enkelte pasienter bare er kombinasjonen av langvarig behandling og avskjerming som kan gi tilfredsstillende resultater.

I tillegg skal en ikke undervurdere betydningen av den forsknings- og kunnskapsutviklingen som har skjedd, og skjer, i tilknytning til de psykiatriske sykehusene. Sykehusene er viktige kunnskaps- og utdanningsinstitusjoner. Både Aker og Ullevål ivaretar universitetsfunksjoner, med ansvar for forskning og utdanning av psykiatere og psykologer. Også andre grupper, både pleiepersonell og sosialfaglig ansatte, får viktig utdanning og opplæring ved sykehusene.

### **\* Rusomsorg i storby**

Det er vel kjent at storbyen har særlige problemer med konsentrasjon av rusmisbrukere. Oslo kommune mener at om lag 50 % av rusomsorgen i Norge foregår i Oslo. Konsentrasjonen av mennesker med rusproblemer i Oslo belaster også behandlingsapparatet innenfor spesialisthelsetjenesten. Rapporten gjør ingen forsøk på å anslå omfanget av dette, og i hvor stor grad det her er nødvendig med organisering i sykehusavdelinger.

### **\* Samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene**

Kvaliteten på det samlede behandlingstilbudet innen psykisk helsevern er sterkt avhengig av god ansvarsdeling og samhandling mellom kommunene og helseforetakene. Dette har særlig stor betydning innen rusomsorgen, hvor foretakene overtok ansvaret for andrelinjetjenesten i 2004. En svært stor andel av de rusavhengige har psykiske plager, mens en enda større andel av de psykiatriske pasientene også har rusproblemer. I dag er situasjonen på dette området helt utilfredsstillende. Men det gjøres ingen analyse av konsekvensene av dette for kapasitet og behandlingstilbud i hovedstadsområdet.

### **\* Andre forhold – lek med tall?**

I tillegg påpekes det at resultatene i studien er sterkt påvirket av det basisåret som er valgt. I rapporten oppsummeres dette slik (s. 35):

”Det er ikke tatt hensyn til eventuelle endringer i behov for tjenester fra det psykiske helsevernet mellom Vestfold og de øvrige helseforetaksområdene. Det er heller ikke tatt hensyn til innpassing av spesialfunksjoner, som vil lede til et høyere antall plasser for Hovedstadsområdet. Beregningene er sårbare for valg av utgangspunkt. Ved endrede forutsetninger vil en selvsagt finne andre svar.”

Forskerne må åpenbart ha en følelse av at beregningene alt i alt er forbundet med så spesielle forutsetninger at det er nødvendig å komme med klare forbehold. På side 51 heter det:

”Våre analyser av aktivitet og kapasitet kunne med fordel vært supplert med tilsvarende sammenligninger med andre, noe mindre spesielle grunnlag, for at resultatene ikke bare skal bli avfeid som lek med tall. En styrking av datakvaliteten vil også bidra vesentlig til troverdigheten av framskrivinger med vårt utgangspunkt.”

Når man vet hvilken utrygghet og usikkerhet slik lek med tall ofte medfører – både blant brukere, ansatte og i offentligheten, er det etter vårt syn helt utilstrekkelig å nøye seg med å modifisere budskapet på den måten SINTEF-rapporten gjør på side 43:

”Selv om man sier at 50 % oppfyllelse av scenariet er et mer realistisk mål for en langsiktig framtidig utvikling av det psykiske helsevernet for voksne, kommer man ut med svært høye tall, vurdert opp mot dagens virkelighet. En overkapasitet av årsverk på 1 100 i 2005, 1 300 i 2015 og 1 400 i 2025 vil peke like tydelig på behovet for å omstrukturere tjenestene, og å begynne snarest mulig med å videreutvikle tenkningen for å oppnå gode omstruktureringstiltak. Essensen i beregningene, enten man benytter 50 eller 100 % som utgangspunkt, er at det ser ut som om det er alt for mye personell totalt knyttet til døgnbasert virksomhet og at det er en alt for stor del av den døgnbaserte virksomheten

som er knyttet til sykehusavdelinger. Å videreføre dagens struktur – uten endringer – vil gi en utvikling av det psykiske helsevernet for voksne som fjerner seg mer og mer fra målsettingene for tjenesten jo lenger man går fram i tid.”

Som vi har påvist i dette avsnittet, finnes det i SINTEF-rapporten ingen konkret analyse av bakgrunnen og behovet for døgnbaserte virksomheter og sykehusavdelinger i psykiatrien i hovedstadsområdet. Da er det friskt å konkludere med at det er alt for mye personell og alt for mange sykehusavdelinger.

I tillegg ligger det i rapportens oppsummering en implisitt forutsetning om at ”målsettingene for tjenesten” er omforente og udiskutable. Men er det riktig? Er det ingen erfaringer etter ti års arbeid med opptrappingsplanen som tilsier at det er nødvendig å omformulere og spisse konklusjoner og målsettinger annerledes i dag enn det man mente for ti år siden? Som det blant annet fremgår av rapporter fra Helsetilsynet (se. okt. 3.2), mener man der at de aller sykeste er de klare taperne i dagens modell. For disse er sykehusavdelinger trolig en helt nødvendig forutsetning for å få til vellykkede behandlingsforløp.

### **2.3.3. Uhensiktsmessig som utgangspunkt for strategiarbeid**

Den (begrensete) gjennomgangen ovenfor gir etter vårt syn tilstrekkelig grunnlag for å konkludere med at den fremlagte SINTEF-rapporten er uhensiktsmessig som utgangspunkt for et nødvendig arbeid med strategisk utvikling av psykiatrien i hovedstadsområdet. Årsaken ligger først og fremst i de valgte forutsetningene, som best kan karakteriseres ved salig Ibsens ord; - ”når utgangspunktet er som galest, blir resultatet titt som orginalest”

På den andre siden synes det å være enighet om at det fortsatt er et stort behov for endringer og forbedringer av det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet. Det er uten tvil behov for å bygge ut et sterkere desentralisert behandlingstilbud, i nært samarbeid med kommunene og bydelene i området. Men like viktig er det å ha klare mål og rammer for sykehusdelen av tilbudet. Det må utvikles, samordnes og drives innenfor en helhetlig behandlingsskjede, hvor både førstelinjetjeneste, DPSer og sykehusavdelinger inngår. Dette endringsarbeidet bør skje i nært samarbeid med representanter for fagmiljøer, de ansattes organisasjoner og brukerne.

### **3. Innspill til arbeidet med å forbedre det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet**

Etter etableringen av Helse Sør-Øst RHF har det blitt satt i gang et arbeid med å effektivisere og samordne spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Innenfor rammene av et prosjekt kalt ”hovedstadsprosessen” er dagens foretak trukket inn i arbeidet med reorganisering av ansvars- og oppgavefordelingen innen både somatikk og psykiatri. Gjennom deltakelse i prosjektet, ved å være representert i foretaksstyrene, og som tillitsvalgte for sine medlemmer, vil Fagforbundets representanter bli konfrontert med mange problemstillinger og forslag i denne prosessen. Basert på intervjuer med flere av Fagforbundets tillitsvalgte og med ressurspersoner i sektoren vil vi her komme med noen innspill til debatten om posisjoner og politikk på fire utvalgte områder vil stå sentralt i den pågående prosessen.

De fire områdene som kommenteres er hhv

- sykehusavdelingens plass i behandlingsskjeden
- behovet for særegne tiltak overfor de mest syke pasientene
- helhetstenkning og samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten, og
- fremtidig organisering; ansvarsforhold / foretaksorganisering.

Områder er valgt ut i samarbeid med de tillitsvalgte og ressurspersonene vi har snakket med. En begrensning til fire prioriterte områder fører selvsagt til at mange forhold ikke blir berørt. Det betyr ikke at alt annet er uviktig, eller at Fagforbundets representanter ikke vil møte andre vanskelige problemstillinger. Innspillene her må derfor ses som bare en del av det grunnlaget som trenges, og i første omgang er de også på et ganske allment, overordnet nivå. Det betyr at arbeidet med å utvikle politikk og posisjoner i de pågående prosessene må videreføres og drives kontinuerlig, på bred basis.

#### **3.1. Sykehusenes plass i behandlingsskjeden**

I notatets punkt 2 har vi sett at SINTEF-rapporten om fremskrivninger og kapasitetsanalyse frem mot 2025 anbefaler at det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet bør gjennomgå en omfattende desentralisering og avinstitusjonalisering. Det tas til ordet for å flytte store ressurser fra psykiatriske sykehusavdelinger til DPSer, poliklinikker og ambulante team, og å redusere antall døgnplasser og personell i tjenestene. Det skal både gi bedre tjenester og legge grunnlag for store effektiviseringer.

I punkt 2.3.1 ”PiV som referanse” gjengir vi et sitat fra SINTEF-rapportens side 24, som på en god måte (?) illustrerer tenkningen bak denne anbefalingen av strategi. Der heter det blant annet:

”Samtidig har foretaket et fordelaktig utgangspunkt for sin virksomhet, uten gamle, tunge institusjoner som binder ressurser og hindrer behandlingsskiltur å endre seg.”

Etter vårt syn uttrykker dette en grunnleggende negativ holdning til institusjonene. De er der i kraft av sin tradisjon og egeninteresse, og har ingen legitim plass i et moderne og godt psykisk helsevern. Etter vårt syn vil det være svært skadelig, dersom fremtidens psykiske helsevern planlegges med utgangspunkt i at institusjoner er ”et nødvendig onde” som vi vil ha minst

mulig av. Det er en tilnærming som det sannsynligvis verken finnes faglig eller etisk belegg for, og som i seg selv bidrar til å opprettholde stigmatiserende holdninger om at opphold i psykiatriske institusjoner er et ”nederlag” for individ og samfunn.

Det er stor enighet om at økt innsats innen forebygging og behandling på et tidligst mulig stadium må få en større plass i det psykiske helsevernet. I den grad dette fører til at færre trenger innlegging og behandling i institusjoner, så er det selvsagt bra. I dagens situasjon betyr det at disse delene av tjenesten må tilføres større ressurser. Men det er ikke gitt at alle disse ressursene kan tas fra dagens institusjoner. For mange pasienter vil institusjonsopphold, både for kortere og lengre tid, være helt nødvendig også i fremtiden. Det er derfor avgjørende at all planlegging også skjer med utgangspunkt i en konkret analyse av behovet for psykiatriske sykehusavdelinger.

Holdningen kan ikke være at sykehus er ”et onde” og innleggelse et ”nederlag”. Fokus må i stedet rettes mot å lage gode, humane institusjoner, som gir behandling av høy faglig og etisk standard. Det er riktig å forsvare asylens status som fristeder (asyl betyr fristed), hvor mennesker som ikke kan ta vare på seg selv eller som er en trussel mot omgivelsene kan få god omsorg og behandling. Ved institusjonene er det mulig (og nødvendig) å etablere gode kontrollrutiner både i forhold til medisiner og tvang, og med flere og kompetente medarbeidere er det mulig å gi pasientene god behandling og ivareta deres rettsikkerhet. I tillegg gir institusjonene et godt utgangspunkt for forskning og fagutvikling, slik at kunnskap og kompetanse i behandlingen av psykiske lidelser kan bli stadig bedre.

I den grad gode, desentrale tjenester, høy faglig kompetanse og gode resultater gjør at kapasiteten i institusjonene er unødvendig stor, er det selvsagt riktig å bygge ned antall senger. Men det er lite som tyder på at dette på generelt grunnlag er situasjonen i dag, og det er avgjørende at tiltakene gjennomføres i riktig rekkefølge. Å bygge ned sykehusavdelinger før det desentrale apparatet er på plass og fungerer, vil påføre mange syke mennesker, deres pårørende og samfunnet store lidelser.

Det er viktig å kjempe for en riktig balanse mellom, og dimensjonering av, alle ledd i behandlingsskjeden. Det er behov både for sykehus, DPSer, poliklinikker, ambulante team, primærleger og forebyggende tiltak. Konklusjonene om hva som er riktig dimensjonering må bygges opp nedenfra, basert på konkrete analyser av det faktiske behovet. Prosessen kan ikke begynne med at svarene er gitt i form av nasjonale gjennomsnittstall eller et mer eller mindre urealistisk referansegrunnlag.

### **3.2. Særlig fokus på de aller sykeste**

Det kommer i ulike sammenhenger stadige påminnelser om at situasjonen for de aller sykeste pasientene ikke er tilfredsstillende i det psykiske helsevernet. I juli 2007 offentliggjorde Helsetilsynet sin rapport ”Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser” (nr. 8/07). I sammendraget til rapporten heter det (s. 4):

”Tross betydelig styrking over flere år, må vi oppsummere at tjenestene til mange av dem med psykiske lidelser som trenger det mest omfattende tilbudet, fortsatt er utilstrekkelig og ikke tilpasset behovene. Det bør derfor vurderes om virkemidlene er gode nok.”



Helsetilsynet er særlig opptatt av at samhandlingen og samarbeidet mellom de ulike nivåer og/eller sektorer har sviktet i mange av de sakene de har sett på. De peker bl.a. på at (s. 4)

”Det er i ulike sammenhenger dokumentert at et større antall personer med til dels alvorlige psykiske lidelser er bostedsløse. Helsetilsynet er bekymret for at disse ikke kan nyttiggjøre seg de ytelsene de får, eller at de ikke får de tjenestene de har behov for og krav på, fordi de ikke har bolig. Statens helsetilsyn anbefaler at berørte departementer vurderer å styrke reguleringen av kommunenes plikt til å skaffe bolig gjennom rettighetsfesting.”

Man peker også på at mange skrives ut fra institusjoner uten at det finnes et apparat eller et opplegg i kommunene til å ta i mot dem, og at det på den andre siden er uakseptabelt lange ventetider for å komme til behandling.

Helsetilsynet viser til at dette er problemer som særlig rammer de sykeste. På side 32 i rapporten vises det til en oppsummering i medisinalmeldingen for 2005, hvor man skrev:

”Erfaringene fra tilsynene gir grunnlag for å reise tvil om dagens organisering legger til rette for en helhetlig forsvarlig behandling av pasienter med alvorlig psykisk lidelse, og videre om utviklingen i psykisk helsevern er i tråd med Opptappingsplanen for psykisk helse.”

Ved gjennomgangen av det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet bør det være en hovedoppgave å få avklart ansvarsforholdene mellom ulike nivåer og institusjoner i behandlingsskjeden på en tilfredsstillende måte. Et spesielt fokus bør rettes mot situasjonen for de som er aller sykest. Ulike diagnoser krever ulike tiltak. Ved dimensjonering av tilbudene må ta det tas særlig hensyn til disse gruppene, og det må lages egne systemer for å følge opp behandlingen og ansvaret for dem.

### **3.3. Bedre samarbeid mellom kommuner og helseforetak**

Vi har sett at Helsetilsynet i flere sammenhenger finner at samhandlingen og samarbeidet mellom ulike nivåer i det psykiske helsevernet ikke fungerer tilfredsstillende. Særlig gjelder dette samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Dette er helt i samsvar med erfaringene til de ansatte i tjenestene, og en bedring av dette må være et viktig mål i arbeidet med en bedre organisering i hovedstadsområdet.

Vi har tidligere i dette notatet sett at SINTEF-rapporten bruker Psykiatrien i Vestfold (PiV) som referanse og modell for hvordan det psykiske helsevernet i hovedstadsområdet bør utvikles i årene fremover. Selv om det kan reises sterke innvendinger mot de drastiske forslagene til desentralisering og avinstitusjonalisering, er det på den andre siden helt klart mye å lære av erfaringene i Vestfold. Og da spesielt på deres prioritering av, og organisering av samarbeidet mellom ulike nivåer i tjenesten og mellom helseforetaket og kommunene.

I De Facto-notatet om ”Erfaringer fra psykiatrien i Vestfold (august 2007) beskriver vi bl.a. hvordan man der organiserer samarbeidet mellom sykehus, DPSer og kommuner. I notatet heter det (s. 9):

”Det er når en pasient er ferdigbehandlet i en enhet, på et nivå, og skal over i en annen enhet, på et annet nivå, at bruddet i behandlingsskjeden har lett for å oppstå. På bakgrunn

av det har de utarbeidet en rekke rutiner nedfelt i deres kvalitetssystem. Her finner en regler for hvordan en utskrivning skal skje. Regler for sjekklister, oppfølging, etc. Det betyr at når en pasient utskrives fra sykehuset har de ansvar for at vedkommende følges opp videre, der det er definert som hensiktsmessig/nødvendig.”

I De Facto-notatet refereres det også fra en ”DPS-veileder” som brukes i PiV. Der heter det:

”Pasienter som er innlagt ved sentraliserte sykehusavdelinger bør, ved behov for videre oppfølging etter utskrivning, prioriteres på DPS-nivå. Samarbeid mellom DPS og sentraliserte sykehusavdelinger om enkeltpasienter må starte opp tidligst mulig etter innleggelse i sykehuset. Ved overføring må DPS-et få god informasjon om pasientene, som omfatter informasjon om den vurdering og behandling som er gitt og eventuelle vurderinger av behandlingsbehov. For å sikre en faglig god behandling bør det være samsvar mellom behandlingsmetoder på de to nivåene. Henvisninger til spesialisthelsetjenesten bør som hovedregel rettes til DPS. DPS bør være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten.”

Det vises også til at PiV har fremforhandlet rammeavtaler med de ulike kommunene i Vestfold. Målet med rammeavtalene er definert som at

”tjenestemottaker skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er én tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker”.

Videre beskrives samarbeidet mellom foretaket og kommunene slik (s. 12):

”I avtalene inngår også forpliktelser om at foretaket skal forsterke sin veiledning og kompetanseoverføring til kommunene. At foretaket i samarbeid med kommunene skal utvikle ambulante tjenester og prosjekter som kan bidra til å forhindre eller redusere sykdomsutvikling og innleggelser for enkeltpasienter. En interessant ordning i denne forbindelse er for eksempel ”green card” ordningen PiV har inngått med kommunene. I tillegg til at spesialisthelsetjenesten stiller med ressurser, er med og bygger opp skjermede boenheter i kommunene, gis de dårligste pasientene (psykotiske m.fl.) en garanti for rask tilgang til innleggelse i DPS-seng eller på langtidsavdeling”.

Den røde tråden i denne organiseringen er formaliserte avtaler og klar ansvarsdeling mellom nivåene og i tilknytning til bevegelser fra et nivå til et annet.

Også i hovedstadsområdet finnes det mange eksempler og lang erfaring på samarbeid mellom helseforetakene og kommuner / bydeler. I arbeidet med et forsterket og mer forpliktende opplegg for samarbeid i fremtiden må selvsagt også disse erfaringene bringes med. Det sentrale er at modellene utvikles i nært samarbeid med fagmiljøer, ansatte, brukere og pårørende.

### **3.4. Fremtidig organisering av psykiatrien i hovedstadsområdet**

I punkt 1 i dette notatet har vi redegjort for hvordan det psykiske helsevernet er organisert i hovedstadsregionen i dag.

I alle de berørte helseforetakene pågår det et kontinuerlig arbeid med å utvikle tjenestene innenfor rammene av den ansvarsdelingen som gjelder i dag. Lengst har dette sannsynligvis kommet ved Ullevål universitetssykehus HF. Over flere år har man her arbeidet med et prosjekt som bl.a. inneholder planer om sammenslåing av flere avdelinger, bygging av et nytt psykiatribygg på Ullevål-området og en ny sikkerhetsavdeling utenfor Ullevål, samt avvikling og salg av sykehusområdet på Dikemark.

Tilsvarende pågår det nå en strategidiskusjon i styret ved Aker universitetssykehus HF, og det er grunn til å tro at de private sykehusene Lovisenberg og Diakonhjemmet arbeider intenst i kulissene for ikke å miste "sin andel" av det psykiske helsevernet. Det kan få alvorlige konsekvenser for dem, dersom nødvendige overheadkostnader, som i dag kan deles mellom somatikk og psykiatri, i fremtiden må belastes somatikk alene.

Til tross for etableringen av en egen "hovedstadsprosess" i regi av Helse Sør-Øst RHF er det, så langt vi kjenner til, ennå ikke gitt pålegg om å stanse de strategi- og planprosessene som nå pågår i de enkelte foretakene.

Det er på høy tid at det strategiarbeidet som pågår i fire offentlig eide helseforetak og i to private sykehus i hovedstadsområdet blir skikkelig samordnet og koordinert. Omstrukturering og utvikling bør skje innenfor en helhetlig, integrert plan for hovedstadsområdet under ett.

### **3.4.1. Eget psykiatريفoretak?**

I diskusjonene om fremtidig organisering har mange luftet ideen om at psykiatrien i hovedstadsområdet bør organiseres i et eget foretak, à la det som er gjort i Vestfold. Man mener dette vil gi psykiatrien en sterkere status, et mer selvstendig økonomisk fundament, og et bedre utgangspunkt for planlegging og samordning av tjenestetilbudet.

Det er uten tvil betimelig å bruke den anledningen som foreligger til en seriøs gjennomgang og analyse av fordeler og ulemper med å opprette et selvstendig psykiatريفoretak. Man har nå ganske mange års erfaring med samordning og samorganisering av somatikk og psykiatri, og man har erfaringene fra Vestfold, med eget foretak. Dette er erfaringer som blant annet har ført til at mange fagpersoner som tidligere var for samorganisering nå ønsker eget foretak. I det hele tatt er det behov for en systematisk evaluering av erfaringene med samorganisering av somatikk og psykiatri i Helse Sør-Øst. Ledelsen i foretaket burde ta initiativ til en slik evaluering.

I tillegg er det etter manges syn helt nødvendig å forsterke og forbedre rusomsorgen i hovedstadsområdet. En aktuell mulighet er derfor å etablere et eget foretak som har ansvar for psykiatri og rusomsorg i hovedstadsområdet.

Men også en eventuell beslutning om et eget psykiatri og rusforetak bør bygges opp nedenfra. Utgangspunktet bør være de oppgaver som skal løses, og hvilken organisering som best bygger opp under denne oppgaveløsningen. Man bør med andre ord begynne med en helhetlig strukturering av tjenestetilbudet.

### **3.4.2. Samordning av tjenestetilbudet i hovedstadsområdet**

Uavhengig av om man velger en modell med et eget psykiatri- og rusforetak eller ikke, bør ansvar og organisering av psykiatritilbudet i Oslo samordnes og sentraliseres. Det bør utredes om man som et minimum bør samle det overordnede ansvaret for hele behandlingsskjeden; ambulante team, poliklinikker, DPSer og sykehusavdelinger, i ett av foretakene i hovedstadsområdet. En slik organisering vil tvinge alle deler av systemet til å tenke helhet og samarbeid, og for pasienter og brukere vil det kunne redusere sjansen for å bli kasteball. Helhetstenking vil også legge til rette for mer effektiv ressursbruk.

Med en samordning og sentralisering av ansvaret kan kapasitet, kompetanseutvikling og organisering ta utgangspunkt i behov, helhet og faglige ambisjoner. Det vil både være til brukernes og de ansattes beste.