

## **Innspill fra Skjelfoss psykiatriske senter**

På Skjelfoss psykiatriske senter - Lukas Stiftelsen har vi avtaler med Helse Sør-Øst og tilbyr døgnbehandling innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling for pasienter med samtidig rusproblemer og psykiske lidelser. Pasientgruppen er heterogen har betydelig komorbiditet. Vi leverer også tilbud til ROP pasientene i Helse Sør-Øst innen psykisk helsevern, og har totalt 44 døgnbehandlingsplasser som er en del av spesialisthelsetjenesten.

Formålet med dette innspillet er å belyse de utfordringer vi opplever i samhandling med andre relevante aktører, med vårt oppdrag som bakteppe. Videre har vi noen synspunkt rundt organisering og anbuds konkurranser. Vi gir en kort oppsummering, da vi vurderer at rusbehandlingsutvalget har tilstrekkelig grunnlag til å danne seg et helhetlig bilde uten ytterligere utdyping. Ved ønske kan vi utdype mer på de ulike punktene vi har satt fokus på.

### *Vederlagstrekk*

Erfaring fra vår virksomhet viser at vederlagstrekket representerer en barriere for kontinuitet i behandling. Vi observerer årlig at flere pasienter vurderer å avbryte, eller faktisk avbryter, pågående behandlingsforløp som direkte følge av denne ordningen. For noen er eksisterende støtteordninger utilstrekkelige til å kompensere for inntektstapet, noe som skaper økonomisk utrygghet og reduserer muligheten til å opprettholde et langvarig behandlingsopphold. Videre fremstår praksis knyttet til støtteordninger som inkonsistent. I enkelte tilfeller videreføres ikke støtte hvis pasienter endrer bostedskommune underveis i behandlingen. Tilgang til hensiktsmessig bolig er en kritisk faktor for gode overgangsprosesser.

### *Forankring av behandlingsforløp i poliklinikk*

I Helse Sør-Øst sin oppdaterte behovsvurdering legges det opp til at behandling i TSB skal startes og avsluttes i poliklinikk ved helseforetak eller sykehus i eget opptaksområde. Dette stiller vi oss svært positive til. I dag kan det oppleves noe høy terskel for å få på plass videre oppfølging i poliklinikk etter avsluttet døgnbehandling. Med tanke på at enkelte av våre pasienter har betydelig komorbiditet og har behov for sammensatte tjenester over lengre tid, kan dette bidra til å få til bedre overganger etter døgnbehandling. Med denne justeringen blir det også foreslått at behandlingstiden ikke er så tydelig forhåndsdefinert. Det kan være positivt for den enkelte pasienten som har rett til et individuelt tilpasset behandlingstilbud som også omfatter behandlingsslengde.

### *Samarbeid digitalt*

For god samhandling mellom tjenestene er det avgjørende med systemer som tilrettelegger for god digital samhandling før, under og etter behandling. Det har vært stor utvikling på dette området de siste årene, og mange av oss ideelle har systemer som kommuniserer godt. Vi ønsker likevel løfte viktigheten av dette, og at utviklingen for bedre samarbeid og koordinering digitalt på tvers av systemer og virksomheter fortsetter.

### *Løpende avtaler*

Det tar tid å etablere et godt fagmiljø og gode helsetilbud. Løpende avtaler med mulighet for forhandlinger/kompensasjon ved endring av innhold/krav i behandlingstilbudet kan sikre

bedre helsetjenester for pasientene våre. Videre tenker vi at bemanning må tilpasses målgruppen. Pasienter med betydelig komorbiditet vil ha behov for høyere bemanningsfaktor med tanke på legespesialister, psykologspesialister, sykepleiere, sosionomer og andre med miljøterapeutisk utdanning. Rett bemanning bør ikke utfordres i fastsetting av pris. Videre bærer vi betydelig risiko med tanke på beleggskrav, og kan oppleve hindringer utenfor vår kontroll. Dette kan f.eks være at det fortsatt er noe ventetid på avgiftning når nye pasienter planlegges inn på kortere varsel. Vi ønsker at dette skal hensyntas i våre avtaler.