

Akuttnettverket pr april 2013

Nettverkssamling 29-30 april 2013

Torleif Ruud, leder for Akuttnettverket
Avd.sjef, FOU-avdeling psykisk helsevern, Ahus

Akuttnettverket

- Nasjonalt nettverk for evaluering, fagutvikling og kvalitetsforbedring i akuttpsykiatriske tjenester
- Med i nettverket: Akuttavdelinger, akutteam, akuttenheter og team for ungdom, brukerorganisasjoner og forskningsenheter
- Løpende samarbeid i ulike prosjekter, men med nettverkssamlinger som ledd i å utvikle relasjoner, prosjekter og samarbeid
- Eies av de regionale helseforetakene og deres helseforetak
- Ledelse lagt til FOU-avdeling psykisk helsevern, Ahus, og med finansiering lagt inn i ramma til Akershus universitetssykehus

Ledelse og koordinering av nettverket

- Ledelse og sekretariat ved FOU-avdeling psykisk helsevern Ahus
 - Leder for nettverket frikjøpt på deltid og har ansvaret for drift
 - Prosjektkoordinatorene ved Ahus har bistår i løpende drift
 - Prosjektledere/koordinatorene engasjeres i konkrete prosjekt
- Rådet deltar i arbeid med prioriteringer, strategier og beslutninger
 - 9 fra tjenestene (akuttavd/akutteam/akuttenheter for ungdom)
 - 6 brukerrepresentanter (Mental helse, LPP, Voksne for barn)
 - Møtes på nettverkssamlinger og egne møter 1-2 ganger i året
- Styringsgruppe fra høsten 2012 ved de regionale helseforetakene

Medlemmer i rådet i Akuttnettverket

- Akuttenheter og team for ungdom: Odd Auglænd (Sykehuset Innlandet), Liv Ristvedt (Vestre Viken)
- Ambulante akutteam for voksne: Anette Blom (Helse Bergen), Audun Eskeland (UNN, Sør-Troms), Øyvind Watne (St.Olav)
- Akuttavdelinger for voksne: Stig Erlend Bærøy (St.Olav), Torfinn Hynnekleiv (Sykehuset Innlandet), Oddvar Sæther (Sørlandet sykehus)
- Mental helse: Gunn Helen Kristiansen, Guri Tysse
- LPP: Borghild Spiten Mathisen, Atle Dag Utkilen
- Voksne for barn: Anne Baksæther, Gry Westvik
- Sekretariat: Bodil Skiaker, Solveig Lundsvoll (hjemmesider)

Økonomisk ramme og finansiering

- Budsjetten 1,3 mill pr år i ramma til Ahus
- Dette dekker infrastruktur og drift
 - Nettverkssamlinger, hjemmesider, sekretariatfunksjoner
 - Leder frikjøpt i 10% stilling
 - Møter for rådet, eventuelle andre møter for undergrupper
 - Engasjement for prosjektkoordinatorer (deltid)
- **Trenger større ramme for å kunne gjennomføre prosjekter**
 - Fullføre arbeidet med operasjonalisering og måling av skjerming
 - Fullføre prosjektet om ambulante akutteam: praksis og erfaringer
 - Forberede undersøkelse om effekt av ambulante akutteam 2013-2015
 - Prosjekt om måling av opplevd tvang hos ungdom?
 - Andre nye prosjekter eller måter å arbeide med kvalitetsforbedring?

Medlemsregister for Akuttnettverket fra våren 2013

- Medlemsregister for de enhetene i nettverket etableres våren 2013
- Leder/kontaktperson ved hver enhet vil kunne oppdatere informasjon om enheter ved å logge seg inn på akuttnettverket.no.
- Dette vil bidra til nettverkets funksjoner på følgende måter
 - Bedre kommunikasjon for undergrupper av enheter
 - Enklere påmeldinger til nettverkssamlinger
 - Oppdatert oversikt over akuttenheter i psykisk helsevern
 - Mulighet for oppdatert database med tilleggsinformasjon

Videreutvikling av hjemmesidene

- Forbedring av utforming og organisering av innholdet
- Prosjektrom for felles dokumenter og diskusjoner i et prosjekt
- Nyhetsbrev om hva som skjer i prosjekter og nettverket
- Bruk av skjema for påmeldinger til nettverkssamlinger, evalueringsskjema og annen kommunikasjon
- Undergrupper i nettverket kan redigere egne sider
- Enheter i nettverket kan presentere seg
- Presentasjon av lokale prosjekter
- Informasjon om nye publikasjoner (artikler, bøker)
- Behov for medredaktører som kan delta i dette arbeidet

Anbefalinger for ambulante akutteam for voksne

- Arbeidsgruppe under ledelse av Victor Grønstad 2011-2012
- Forslag til anbefalinger levert Helsedirektoratet 1.mars 2012
- Intern seminar november 2012 i Helsedirektoratet om lokale akuttpsykiatriske tilbud
- Publisering i 2013 forberedes av Helsedirektoratet

Anbefalinger for ambulante akutteam i psykiisk helsevern for voksne Forslag 01.03.12

Sammendrag av anbefalingene

Definisjon av ambulante akutteam

- Ambulant akutteam er et spesialisert tverrfaglig team som har som oppgave å
- vurdere alle pasienter som i teamets åpningstid henvises til psykiisk helsevern for akutthinleggelse, og eventuelt for akutt hjelp uten behov for innleggelse
 - gi korttids intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse og i samarbeid med andre helsejenester, pasient og pårørende
 - muliggjøre tidlig utskrivning fra psykiatrisk akuttdeling ved å tilby intensiv hjemmebehandling som alternativ til fortsatt døgnoophold

Oppsummering av anbefalinger om akutteamenes organisering og praksis

1. Ambulant akutteam organiseres som en del av DPS og i samråd med kommunale tjenester, akuttdeling, andre enheter i psykiisk helsevern og brukerorganisasjoner. Arbeidsdeling og samhandling må være spesifisert og praktiseres av alle berørte parter.
2. **Alternativ A:** Ta imot henvisninger pr telefon fra faglige instanser som fastlege, legevaktt, kommunal psykiisk helsejeneste, politi, AMK og andre enheter i spesialisthelsetjenesten. **Alternativ B:** Ta imot henvisninger pr telefon fra faglige instanser som fastlege, legevaktt, kommunal psykiisk helsejeneste, politi, AMK og andre enheter i spesialisthelsetjenesten. Teamet kan også ta imot henvisninger fra pasienter, pårørende og omsorgspersoner. (6 medlemmer i arbeidsgruppa får inn for alternativ A og 6 går inn for alternativ B.)
3. Teamet må ha psykiater, psykolog, psykiatriske sykepleiere og annen tverrfaglig kompetanse. I tillegg til generell kompetanse i utredning og behandling må teamet ha kompetanse i kriserintervensjon, akutthandling, hjemmebehandling og arbeid med familie og nettverk.
4. Ha så langt det er mulig åpningstid 24/7, døgnet rundt, året rundt. Teamet bør være operativt på kveld og i helger, men kan samarbeide med andre om å dekke natt.
5. Ha portvaktfunksjon i teamets åpningstid ved at alle henvendelser om innleggelse i akuttdeling blir vurdert av teamet, også tvangsinngjeller der det er praktisk mulig.
6. Handle raskt ved å møte pasienten umiddelbart og seinest innen få timer.
7. Ambulante akutteam skal tilby kortvarig intensiv ambulant behandling ved alvorlig psykiisk krise der pasienten ellers vil trenge akutt innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling.
8. Akutteamet kan også tillegges å gi tilbud om øyeblikkelig hjelp ved alvorlig psykiisk krise der det ikke er noen umiddelbart behov for akutt innleggelse i psykiatrisk døgnavdeling.
9. Samhandle med kommunale tjenester, pårørende, andre omsorgspersoner og øvrige spesialisthelsetjeneste, og forsterke disse med nødvendig ekstrakompetanse.
10. Behandlingen skal så langt det er mulig gis i henhold til pasientens ønsker og valg. Pårørende og særlig barn og ungdom bør også få den hjelp og bistand de trenger.

Implementering og evaluering

- Det utarbeides en nasjonal plan for implementering av akutteam og et program for opplæring og veiledning av team. En gruppe lærere/veiledere utdannes.
- Det gjennomføres en forskningsbasert evaluering av ambulante akutteam i 2012-2015, med bruk av felles måleverktøy og systematisk tilbakemelding til teamene.

Publisering fra Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) siden forrige nettverkssamling

• Publiserte artikler 2013

- Hustoft K, Larsen TK, Auestad B, Joa I, Johannessen JO, Ruud T. Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry* 2013, 36:137-143
- Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Saltyte-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicenter study. *BMC Psychiatry* 2013, 13:117

• Disputaser med materiale fra MAP

- Rune Kroken, Bergen, 31. januar 2013. Antipsychotic drug treatment of patients with schizophrenia. Practice and effectiveness
- Nina Hasselberg, Åhus, 13 juni 2013. The crisis resolution team model in Norway: Implementation, outcome of crisis and admissions.



Contents lists available at SciVerse ScienceDirect

International Journal of Law and Psychiatry



Predictors of involuntary hospitalizations to acute psychiatry

Kjetil Hustoft ^{a,*}, Tor Ketil Larsen ^{a,1}, Bjørn Auestad ^{b,2}, Inge Joa ^{a,3}, Jan Olav Johannessen ^{a,4}, Torleif Ruud ^{c,5}

^a Stavanger University Hospital, Division of Psychiatry, Annauer Hansensvei 20, Post Office Box 8100, N-4068 Stavanger, Norway

^b Department of Mathematics and Natural Science, Faculty of Science and Technology, University of Stavanger, Norway

^c Akershus University Hospital, Division of Mental Health Services, Norway, 1478 Lørenskog, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo, Norway

ARTICLE INFO

Available online 8 February 2013

Keywords:
Psychiatry
Involuntary hospitalization
Acute psychiatric wards
Mental health legislation

ABSTRACT

Introduction: There is little knowledge of predictors for involuntary hospitalizations in acute psychiatric units. **Method:** The Multi-center study of Acute Psychiatry included all cases of acute consecutive psychiatric admissions in twenty acute psychiatric units in Norway, representing about 75% of the acute psychiatric units during 2005–2006. Data included admission process, rating of Global Assessment of Functioning and Health of the Nation Outcome Scales.

Results: Fifty-six percent were voluntary and 44% involuntary hospitalized. Regression analysis identified contact with police, referral by physicians who did not know the patient, contact with health services within the last 48 h, not living in own apartment or house, high scores for aggression, level of hallucinations and delusions, and contact with an out-of-office clinic within the last 48 h and low GAF symptom score as predictors for involuntary hospitalization. Involuntary patients were older, more often male, non-Norwegian, unmarried and had lower level of education. They more often had disability pension or received social benefits, and were more often admitted during evenings and nights, found to have more frequent substance abuse and less often responsible for children and were less frequently motivated for admission. Involuntary patients had less contact with psychiatric services before admission. Most patients were referred because of a deterioration of their psychiatric illness.

Conclusion: Involuntary hospitalization seems to be guided by the severity of psychiatric symptoms and factors "surrounding" the referred patient. Important factors seem to be male gender, substance abuse, contact with own GP, aggressive behavior, and low level of social functioning and lack of motivation. There was a need for assistance by the police in a significant number of cases. This complicated picture offers some important challenges to the organization of primary and psychiatric health services and a need to consider better pathways to care.

© 2013 Elsevier Ltd. All rights reserved.

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study

Nina Hasselberg^{1,2*}, Rolf W Gråwe^{3,4}, Sonia Johnson⁵, Jüratė Šaltytė-Benth^{2,6} and Torleif Ruud^{1,2}

Abstract

Background: Crisis resolution teams (CRTs) provide intensive alternative care to hospital admission for patients with mental health crises. The aims of this study were to describe the proportions and characteristics of patients admitted to in-patient wards from CRTs, to identify any differences in admission practices between CRTs, and to identify predictors of admissions from CRTs.

Methods: A naturalistic prospective multicentre design was used to study 680 consecutive patients under the care of eight CRTs in Norway over a 3-month period in 2005/2006. Socio-demographic and clinical data were collected on the patients, and on the organization and operation of the CRTs. Logistic regression analysis for hierarchical data was used to test potential predictors of admission at team and patient level.

Results: One hundred and forty-six patients (21.5%) were admitted to in-patient wards. There were significant differences in admission rates between the CRTs. The likelihood of being admitted to an in-patient ward was significantly lower for patients treated by CRTs that operated during extended opening hours than CRTs that operated during office hours only. Those most likely to be admitted were patients with psychotic symptoms, suicidal risk, and a prior history of admissions.

Conclusions: Extended opening hours may help CRTs to prevent more admissions for patients with moderately severe and relapsing mental illnesses. Patients with severe psychosis seem to be difficult to treat in the community by Norwegian CRTs even with extended opening hours.

Keywords: Acute psychiatric services, Crisis resolution teams, Mental health services, Admission

Betydning av åpningstid på kveld og i helg

- Multisenterstudie av akuttpsykiatri (MAP) 2005/2006: Data om forløpet for 620 pasienter tatt inn i løpet av 3 måneder i 8 av de 9 første ambulante akutteam i Norge.
- 20 % av pasientene som teamene møtte/behandlet, ble innlagt.
- Risiko for å bli innlagt økte opptil 30 ganger ved alvorlig psykose.
- Risiko for å bli innlagt ble redusert 5 ganger om teamet hadde åpningstid 70-80 timer/uke (3 team) sammenlignet med 40 timer, altså 5 ganger høyere risiko for innleggelse om teamet ikke hadde utvidet åpningstid
- Hasselberg N, Gråwe RW, Johnson S, Saltyte-Benth J, Ruud T. Psychiatric admissions from crisis resolution teams in Norway: a prospective multicentre study (*BMC Psychiatry* 2013, **13**:117)

Ambulante akutteam 2012: Praksis og erfaringer

- Samarbeid med stort prosjekt i England om modell for ambulante akutteam.
- Samarbeid mellom Akuttnettverket, Ahus og Høgskolen i Buskerud
- Prosjektleder Torleif Ruud. Delprosjekt 2 ledes av Bengt Karlsson

1. Kvantitativt delprosjekt

- Spørreskjema til teamledere i alle ambulante akutteam.
- Skjema fra prosjekt i England.
- **Status: Svar hittil fra 40 (65%)**
- Bearbeiding ved Torleif Ruud og Nina Hasselberg (Ahus)
- **Resultater kommer i rapport høsten 2013 og i vitenskapelige artikler.**

2. Kvalitativt delprosjekt

- Kvalitative undersøkelse med 8 team by/land i fire helseregioner
- Kvalitative intervju med 16 brukere og 16 pårørende, fokusgruppeintervju med team og samarbeidspartnere.
- **Datainnsamling fullføres i mai.**
- Bearbeiding ved Bengt Karlsson (HiBu) og Trude Klevan (Ahus)
- **Resultater kommer i rapport høsten 2013 og i vitenskapelige artikler.**

Kunnskapsbasert og operasjonalisert måling av skjerming

- Arbeidet med å samle inn systematiske beskrivelser av skjerminger startet opp i september 2012 og pågikk til februar 2013.
- **59 døgneheter har levert 149 beskrivelser av skjermingsforløp**
- Psykolog Maren Rognaldsen er prosjektmedarbeider
- Espen Haugom er prosjektmedarbeider på deltid
- Professor Len Bowers (London) har gitt råd om bearbeidingen
- **Analyse av skjermingsbeskrivelser for å identifisere elementer i skjerming gjennomføres våren 2013.**
- Forslag til elementer skal diskuteres i referansegruppe som skal rekrutteres nå og møtes i juni eller august.
- **Delphi-prosess med døgnpostenes vurdering og konsensus om skjermingselementer gjennomføres i 2-3 runder høsten 2013**

Hva vil vi gjøre i Akuttnettverket videre?

- Arbeide med viktige spørsmål på nettverkssamlingene
 - Fullføre prosjekter som er i gang
 - Utvikle nye prosjekter for kvalitetsforbedring
 - Bruke hjemmesidene aktivt for informasjonsutveksling
-
- **Neste nettverkssamling: 21-22 oktober 2013, Holmen fjordhotell**