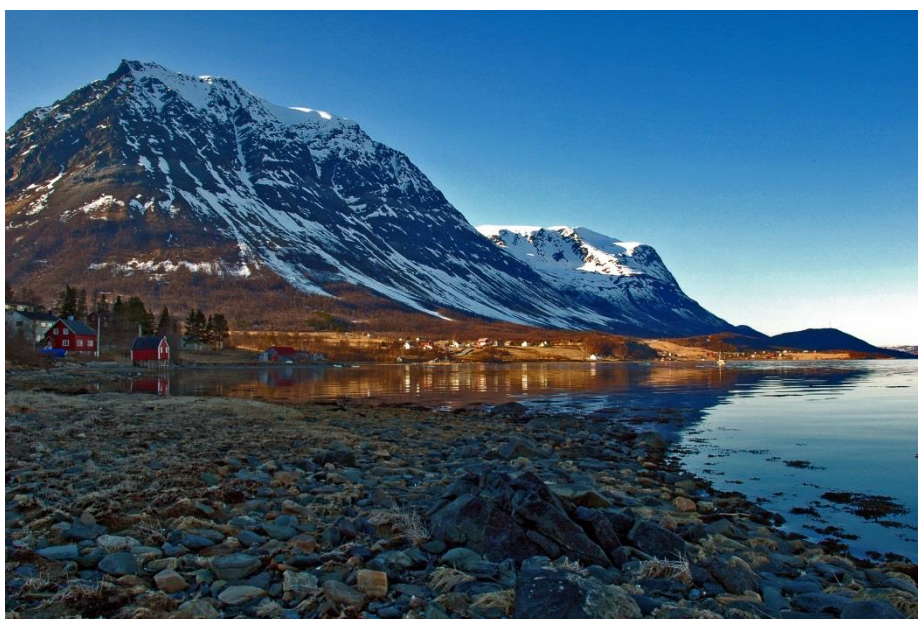


EVALUERINGSRAPPORT

DeVaVi

«DESENTRALISERT VAKTSAMARBEID VED BRUK AV VIDEOKONFERANSE»



EVALUERING AV ENDRINGER I AKUTTJENESTEN FOR OPPTAKSOMRÅDET TIL AVDELING SØR, PSYKISK HELSE- OG RUSKLINIKKEN, UNN HF

Kilvær D, Fagerheim SH, Trondsen MV, Stensland GØ og Myrbakk VN



Forord

Prosjektet «Desentralisert vaksamarbeid ved bruk av videokonferanse» (**DeVaVi**) medførte en omfattende endring av akuttjenesten i opptaksområdet til Avdeling Sør. Dette innebar betydelige endringer i organisasjon og klinisk struktur, og det er derfor gjennomført en bred evaluering for å belyse ulike aspekter ved endringen av tjenesten. I denne evalueringsrapporten redegjøres det først for endringene og evalueringens gjennomføring, deretter presenteres funn og forslag til forbedringsområder. Rapportens lengde gjenspeiler evalueringens omfang. Det er derfor laget et sammendrag for de som raskt vil sette seg inn i rapportens innhold.

Tre av 5 medlemmer i evalueringsteamet er ansatt i Avdeling Sør. To har vært sentrale i planlegging og utvikling av DeVaVi, og i iverksettelsen av endringen av akuttjenesten. Kunnskapen disse har om avdelingen og prosessen er brukt i evalueringsarbeidet.

Rapporten belyser kvantitative og kvalitative aspekter ved akuttjenesten i hele opptaksområdet til Avdeling Sør. I analysen av tallmaterialet kom det fram til dels store forskjeller mellom de tre opptaksområdene, som er Ofoten, Sør-Troms og Midt-Troms. Forskjellene er interessante for internt bruk i avdelingen, og vil bli gjengitt i egen internrapport som ferdigstilles høsten 2015. På noen områder har de lokale forskjellene likevel betydning for resultatene vi viser i denne evalueringsrapporten, og vil bli trukket inn ved relevans.

Ut over evalueringsteamets 5 medlemmer har mange bidratt til evalueringen. Kontorleder ved Avdeling Nord, Lisbeth Mørch, har registrert og kvalitetssikret en mengde driftsdata. Medarbeiderne i APT og på døgneten har over en tremånedersperiode registrert all aktivitet på forvakttelefonene. Kontormedarbeiderne Trine Soelberg og Monica Årnes punchet all data fra registreringen manuelt da den optiske lesningen av skjemaene sviktet. Anestesilege/Seniorforsker ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Stein Roald Bolle, har analysert resultatene fra registreringen. Fagutvikler ved Akuttpost Sør, Yvonne Sollid Larsen, gjennomførte i samme tremånedersperiode en registrering av alle innleggelser til posten. Kontorleder ved Avdeling Sør, Roy Arne Bjørklund, har registrert antall personer som har vært i kontakt med APT og innleggelser på døgneten i avdelingen på kveld, natt og i helger. Øvrige medarbeidere i avdelingen har bidratt med viktige innspill på evalueringssamlingen. Legevaktleger har møtt til dialogmøte om tjenesten. Kommuneoverleger og ledere/medarbeidere i det kommunale psykiske helsevern har deltatt på dialogkonferansen.

Seksjonsleder ved Samhandlingsavdelingen UNN HF, Ann Karin Furskognes, har hatt en viktig rolle i utviklingen av DeVaVi og implementering av endringen i akuttjenesten. Hennes initiativ og medvirkning har vært avgjørende for det resultatet rapporten viser.

Sist – men ikke minst – nevner vi de viktige tilbakemeldingene pasienter, pårørende og brukerorganisasjonene har bidratt med ved å møte oss til fokusgruppeintervju og ved sin deltakelse og sitt engasjement på dialogkonferansen. Tilbakemeldingene fra dem anser vi som de viktigste vi har fått gjennom denne evalueringen. Det er de som er «utsatt» for endringen av akuttjenesten i Avdeling Sør.

Evalueringen er finansiert av Avdeling Sør, Helse Nord RHF og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST).

Vi takker alle som har bidratt, uten deres bidrag hadde det ikke vært mulig å gjennomføre en så bred evaluering som denne rapporten viser.

Sammendrag

Sammendrag

Avdeling Sør ved Psykisk helse- og rusklinikken, UNN HF, har i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST), evaluert endringen av det akuttpsykiatriske tilbudet for avdelingens opptaksområde. Endringen ble planlagt og implementert gjennom prosjektet «Desentralisert vaksamarbeid ved bruk av videokonferanse» (DeVaVi) i 2010 og 2011.

Evalueringen startet i mai 2014 og ble avsluttet i mars 2015. Fra avdelingen deltok Geir Øyvind Stensland (Avdelingsoverlege/Avdelingsleder), Didrik Kilvær (Psykiatrisk sykepleier/Rådgiver) og Vemund Myrbakk (Psykologspesialist/Fagrådgiver). Fra NST deltok Siv Hege Fagerheim (Psykiatrisk sykepleier/Prosjektrådgiver) og Marianne V. Trondsen (Phd/Seniorforsker). Didrik Kilvær har ledet evalueringsarbeidet, og hatt hovedansvaret for rapporten.

Evalueringen viser at avdelingen har etablert et reelt akuttpsykiatrisk tilbud nært pasientens hverdag og livssituasjon. Tilbudet oppleves som faglig forsvarlig, fleksibelt og er raskt tilgjengelig.

Fokusområdene for evalueringen har vært:

- Undersøke hvordan tjenesten som helhet oppleves i daglig drift i forhold til hensikten
- Fremskaffe kunnskap om tjenesten har ført til endringer av tjenestetilbudet/innleggelsesmønstret i Avdeling Sør i forhold til hensikten
- Få innsikt i hva som bør forbedres slik at vi kan foreta justeringer av tjenesten, organisasjonen og samhandlingen med brukere, deres pårørende og kommunehelsetjenestene

Presentasjon av Avdeling Sør (Kapittel 1.1)

Avdelingen ble etablert i forbindelse med en stor omorganisering i UNN HF i 2008. Den medførte at de viktigste samarbeidspartnerne på sentral- og lokalsykehusnivå ble organisert sammen. Samorganiseringen gjorde det mulig å få til helhetlige pasientforløp, desentraliserte akutttilbud og forpliktende intern samhandling. Avdelingen har ansvar for allment psykisk helsevern for et opptaksområde med 93 851 innbyggere. Den består av fire seksjoner. Sykehusseksjon Sør er lokalisert i Tromsø, SPH¹ Ofoten er lokalisert i Narvik og Håkvik, SPH Sør-Troms i Harstad og SPH Midt-Troms på Silsand og Sjøvegan.

Bakgrunn for å endre akuttjenesten (Kapittel 1.2)

Nasjonale, regionale og lokale føringer legger opp til at lokalsykehusnivået skal være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten, skal ha ambulante tjenester og mulighet for innleggelser på døgnet 24/7. Behandlingen skal i så stor grad som mulig gis i samhandling med pasientene, pårørende og det kommunale psykiske helsevern. Frivillighet i behandlingstilbudet skal etterstrebes.

Tidligere utredninger og samarbeidsprosjekt viste at lokal- og sentralsykehusnivået i UNN HF hadde lite kjennskap til og kunnskap om hverandre, og så ut til å arbeide i forhold til to forskjellige pasientpopulasjoner. Avdeling Sør og NST gjennomførte i 2009 – 2010 samhandlingsprosjektet «Standard pasientforløp». Prosjektet hadde deltakere fra alle seksjoner i avdelingen, Mental Helse og kommunehelsetjenestene. Det viste behov for ambulante psykiatriske team (APT) med åpningstid på kveld/helg/høytid, mulighet for akuttinnleggelser ved SPH 24/7 og for døgnskuttinnleggelse og spesialisttilgang for døgnet og APT.

¹ Senter for psykisk helse (SPH) er en betegnelse UNN HF har valgt å bruke istedenfor Distriktpsykiatriske sentra (DPS) som er den nasjonale betegnelsen.

Sammendrag

Organisatoriske utfordringer (Kapittel 1.3)

Det har i lang tid vært store utfordringer med å sikre stabil tilgang på sentrale fagfolk til små fagmiljø ved SPH, spesielt legespesialister. Avdeling Sør måtte sikre tilgang på tilstrekkelig spesialistkompetanse dersom døgnerhetene skulle motta akutte innleggelser 24/7 og de ambulante psykiatriske teamene (APT) skulle ivareta pålagte oppgaver på forsvarlig måte.

Avdelingens fire seksjoner er spredt over et stort geografisk område. Dette gjør samhandling mellom og innenfor seksjonene utfordrende. Faglige tilbud og organisering av tjenestene ved SPH var svært forskjellige da DeVaVi startet.

Avdeling Sør har over flere år fått relativt store årlige budsjettmessige nedskjæringer. Utfordringen har vært å bruke midlene i et nedskåret budsjett på en smartere måte.

Mål for endringen (Kapittel 1.4)

En overordnet målsetning for endringen av akuttjenesten er å gi rask og god hjelp, på rett nivå, til befolkningen så nært pasientenes hverdag og livssituasjon som mulig.

1. Etablere én vei inn til spesialisthelsetjenesten for pasienter, pårørende og de kommunale helsetjenestene, 24 timer i døgnet/7 dager i uken (24/7)
2. Åpne for at døgnerhetene skal kunne ta imot akutte innleggelser 24/7 og dermed unngå unødvendige innleggelser til og transport av pasienter til sentralsykehusnivå
3. Utvikle APT slik at de i sin åpningstid kan yte rask og fleksibel hjelp i tett samarbeid med pasientene, pårørende og de kommunale helsetjenestene
4. Forbedre samhandling mellom lokal- og sentralsykehusnivået i avdelingen
5. Sikre døgnskategorisk spesialisttilgang for døgnerheter og APT

Organisasjonsutvikling og tilrettelegging (Kapittel 1.5)

Gjennom DeVaVi ble det planlagt og iverksatt en betydelig endring i faglig struktur og organisering. Endringene følger føringene for utvikling av psykisk helsevern. Det spesielle er at Avdeling Sør har innført bruk av videokonferanse (VK) for å kunne tilby akutte legespesialistvurderinger lokalt.

De viktigste utviklings- og endringstiltakene var:

Etablering av infrastruktur og opplæringstiltak for bruk av VK i akuttsituasjoner. I den forbindelse ble det gjennomført risikoanalyse og utarbeidet en juridisk veiledning.

Etablering og/eller forsterkning av APT med åpningstid 08:00 – 22:00 på hverdager og fra 10:00 – 18:00 lørdager, søndager og på helligdager.

Etablering av en forvaktordning ved hvert av avdelingens tre SPH. Samarbeidspartnerne i de kommunale helsetjenestene ble orientert om å ringe et telefonnummer («én vei inn») for alle henvendelser om akutt psykisk helsevern. Medarbeiderne i APT og døgnerhetene ivaretar forvaktordningen.

Etablering av en bakvaktordning av legespesialister til støtte for ambulante team og døgnerheter, som kan kontaktes 24/7 på telefon og delta i direkte pasientkonsultasjoner via VK-samtaler. En slik vaktordning var ikke prøvd ut i Norge før, og det ble derfor etablert et eget forskningsprosjekt («VIDEOCARE») knyttet til tiltaket. Det ble også lagt til rette for at legespesialister kan ivareta det medisinskfaglige ansvaret for døgnerhetene ved ambulerende og øvrig tilgjengelighet via VK og mobiltelefon.

De lokale døgnerhetene ved SPH åpnet for å ta imot akutte innleggelser 24/7.

Det ble utarbeidet en samhandlingsstrategi og møtepunkt for intern samhandling i Avdeling Sør.

Sammendrag

Gjennomføring av evalueringen (Kapittel 2)

For å vise reelle endringer og hvordan endringene oppleves av de som påvirkes av dem, er det benyttet både kvantitative og kvalitative metoder. Det er gjennomført 9 fokusgruppeintervjuer med pasienter og pårørende, en evalueringssamling for avdelingens medarbeidere og en dialogkonferanse med brukerorganisasjoner, samarbeidspartnere og avdelingens medarbeidere. Videre er det gjennomført dialogmøter med 3 interkommunale legevaktsamarbeid i opptaksområdet og et med for- og bakvaktsystemet ved UNN Åsgård. Det er også innhentet en stor mengde driftsdata og gjennomført en registrering av alle henvendelser til forvaktene ved SPH'ene i en tremånedersperiode. Funn fra evalueringen er presentert i kapittel 3.

Måloppnåelse (Kapittel 4)

1. Etablere én vei inn til spesialisthelsetjenesten for pasienter, pårørende og de kommunale helsetjenestene 24/7

Evalueringen viser at forvaktene ved SPH i stor grad ivaretar henvendelser i henhold til målsetningen og at én vei inn til spesialisthelsetjenesten er etablert. Pasienter, pårørende og de kommunale helsetjenestene opplever å få rask og god hjelp. De kommunale helsetjenestene har opplevd enkelttilfeller der ordningen ikke har fungert etter hensikten. Både pasienter, pårørende og de kommunale samarbeidspartnere trenger bedre informasjon om ordningen.

2. Åpne for at døgnenhetene skal kunne ta imot akutte innleggelser 24/7 og derved hindre unødvendige innleggelser og transport av pasienter til sentralsykehusnivå

Evalueringen viser en betydelig endring av innleggelsesmønsteret i Avdeling Sør. Innleggelser mellom kl. 16:00 og 08:00 på de lokale døgnenhetene har økt med 104 %. Totalt antall innleggelser på sentralsykehusnivå er redusert med 31 % (103) fra 2011 til 2014. Samtidig har innleggelsene på lokalsykehusnivå økt med 24 % (110). Som følge av en reduksjon i antall innleggelser sentralt, ligger det en sterk reduksjon av behov for transport av pasienter til Tromsø. Pasienter og pårørende uttrykker tilfredshet med at det er mulig å få tilbud om innleggelse døgnet rundt og nært sitt hjemsted. Medarbeiderne ved døgnenhetene er fornøyd med endringene og påpeker viktigheten av at de har tilgang til legespesialister via VK, mobiltelefon og ambuleringslegesenter. Legene i bakvakt mener de i større grad kan bli involvert i forbindelse med innleggelser og at journalføring må kvalitetssikres.

3. Utvikle APT slik at de i sin åpningstid kan yte rask og fleksibel hjelp i tett samarbeid med pasientene, pårørende og de kommunale helsetjenestene

Evalueringen viser at APT ivaretar sin tiltenkte rolle ved å gi rask og fleksibel hjelp i tett samhandling med pasienter, pårørende og interne og eksterne samarbeidspartnere. Antall personer APT er i kontakt med har økt med 23 % (177) fra 2011 til 2014. I løpet av tre mnd. håndterte de over 1 000 henvendelser som kom til vakttelefonene ved SPH. 67 % av henvendelsene kom fra pasienter og pårørende, som uttrykker stor tilfredshet med responstid, tilbudet og ivaretagelse fra APT. Samarbeidspartnere fra legevaktene og de kommunale helsetjenestene uttrykker stor grad av tilfredshet med tilbudet fra APT. De uttrykker en viss grad av usikkerhet rundt hvem som har ansvar for en pasient når det blir gjort avtale om kontakt med APT neste dag. Det gjelder også i tilfeller der APT mener det ikke er nødvendig med innleggelse mens legene er usikre. Medarbeiderne i APT viser til at tilgangen til legespesialister via VK og mobiltelefon er avgjørende for at de skal kunne ivareta sine oppgaver som forutsatt.

Sammendrag

4. Forbedre samhandling mellom lokal- og sentralsykehusnivået i avdelingen

Evalueringen viser at samhandlingen er vesentlig forbedret. Medarbeiderne framhever de tre ukentlige (10 -15 minutter) samhandlingsmøtene på VK, mellom Akuttpost Sør og de tre døgnerhetene, som en viktig arena for utveksling av informasjon. Møtene gir også økt forståelse av den enkelte enhets situasjon til enhver tid og bidrar til god samhandling på alle nivå. Det vises også til at «Samhandlingsstrategi for Avdeling Sør» gir føringer for god samhandling. Videre tar medarbeiderne opp at gjeldende rutiner for APT, døgnerhetene, forvaktfunksjonen og bakvaktordningen må revideres.

5. Sikre døgnkontinuerlig spesialisttilgang for døgnerheter og APT

Evalueringen viser at bakvaktordningen via VK og mobiltelefon er avgjørende for at Avdeling Sør nå har etablert et faglig forsvarlig og reelt akuttpsykiatrisk tilbud på lokalsykehusnivå. Pasienter og pårørende er imidlertid ikke godt kjent med muligheten for spesialistvurdering via VK. Evalueringen viser også en sårbarhet ved utskifting av personer som ivaretar det medisinskfaglige ansvaret ved ambulerende. Det er også mye som tyder på at de som inngår i bakvaktordningen bør ha lokal tilknytning, lokalkunnskap og gode relasjoner til de som ivaretar forvaktordningen.

Anbefalinger fra evalueringsteamet om videre utvikling (Kapittel 5)

Evalueringen viser at Avdeling Sør's akutttjeneste per mars 2015, framstår som robust, faglig forsvarlig og er organisert i henhold til nasjonale, regionale og lokale føringer for psykiske helsevern.

Evalueringen viser også at det er rom for forbedringer. Dette må sees på som justeringer av tjenesten for å understøtte den gode utviklingen fra iverksettelsen 5.9.2011 til dags dato.

Gjennomføring av transport og økonomi har ikke vært tema for evalueringen. Gjennom evalueringsarbeidet er det likevel kommet fram forhold som gjør at vi sist i kapittel 5 drøfter de to temaene.

Evalueringsteamet anbefaler forbedring på følgende områder:

- 1) Gi tydelig og god informasjon om akutttjenesten. Dette gjelder både til pasienter, pårørende og de kommunale helsetjenestene.
- 2) Sikre at alle akutt og ø-hjelpshenvendelsene går til forvaktene ved SPH.
- 3) Sikre at pårørende blir fulgt opp på en måte som i større grad ivaretar deres behov for medvirkning og informasjon når et familiemedlem er i krise og/eller under behandling.
- 4) Revidere interne rutiner for medarbeidere som deltar i akutttjenesten. Inkludert å sikre at videokonferanse benyttes der det er hensiktsmessig i større grad enn nå.
- 5) Utvikle, forbedre og tydeliggjøre generell samhandling med de kommunale helsetjenestene.
- 6) Utrede muligheten for å flytte akutttjenesten enda nærmere pasientene sin hverdag og livssituasjon, ved å etablere VK-studio på fastlegekontor, på legevakter og hos øvrige som ivaretar kommunalt psykisk helsevern.
- 7) Fortsatt sikre rekruttering av og stabil tilgang på tilstrekkelig legespesialistkompetanse ved de lokale sentra for psykisk helse.

Innhold

Forord

Sammendrag

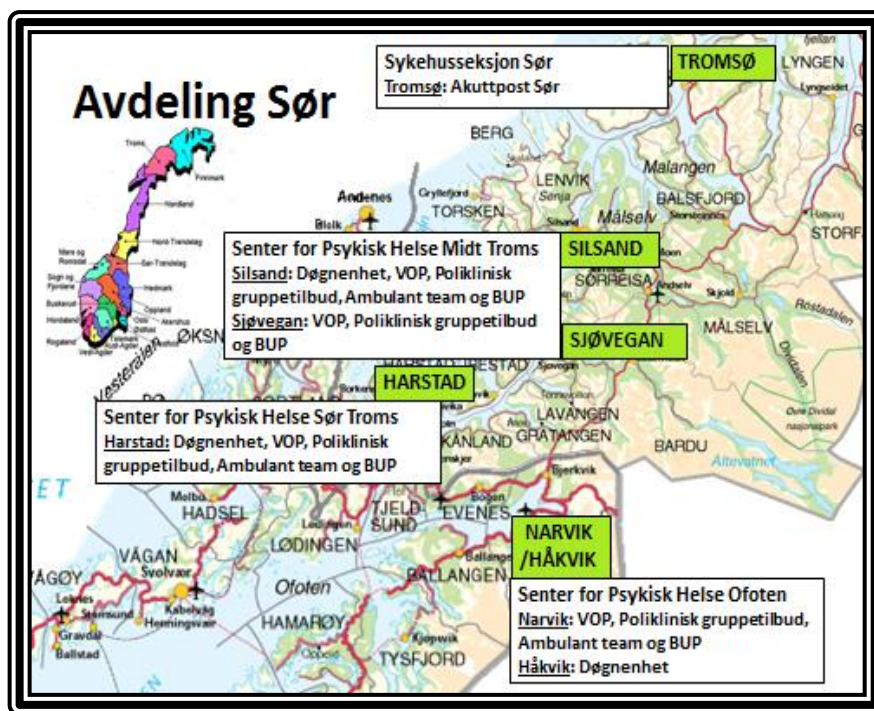
1 Innledning	1
1.1 Presentasjon av Avdeling Sør	1
1.2 Bakgrunnen for å endre akuttjenesten	2
1.3 Organisatoriske utfordringer	3
1.4 Mål	3
1.5 Organisasjonsutvikling og tilrettelegging	4
2 Gjennomføring av evalueringen	6
2.1 Organisering	6
2.2 Fokusområder	6
2.3 Metode og datagrunnlag	6
2.3.1 Kvalitativ metode	6
2.3.2 Kvantitativ metode	8
3 Funn.....	11
3.1 Erfaringer fra pasienter og pårørende	11
3.2 Erfaringer fra medarbeiderne i Avdeling Sør	20
3.3 Tilbakemeldinger fra dialogkonferansen	25
3.4 Erfaringer fra legevaktene	27
3.5 Erfaringer fra for- og bakvaktsystemet ved UNN Åsgård	29
3.6 Innleggelses- og liggedøgnsdata	30
3.7 Henvendelser til forvakttelefonene ved SPH	38
3.8 Aktivitet i APT	42
3.9 Henvendelser til forvaktene ved SPH før innleggelser på Akuttpost Sør	43
4 Måloppnåelse.....	44
5 Anbefalinger fra evalueringsteamet om videre utvikling	48
6 Referanse og litteraturliste	50
VEDLEGG:.....	52
1 Registreringsskjema for henvendelser til forvakttelefonene ved SPH	52
2 «Samhandlingsstrategi for Avdeling Sør»	54
3 Intervjuguide for fokusgruppeintervju med pasienter og pårørende	55

1 Innledning

1.1 Presentasjon av Avdeling Sør

Avdeling Sør ble etablert i forbindelse med en stor omorganisering i UNN i 2008 og tilhører nå Psykisk helse- og rusklinikken (PHRK) ved UNN HF. Avdelingen har ansvar for allment psykisk helsevern i sitt opptaksområde. Den består av fire seksjoner som er spredt geografisk fra Nordre Nordland, via Sør Troms og Midt Troms, til Tromsø.

1. Sykehusseksjon Sør (SyS) består av Akuttpost Sør som er lokalisert i Tromsø. SyS utgjør sentralsykehusnivået innenfor det allmenne psykiske helsevernet på spesialist-helsetjenestenivå². SyS har 20,5 kommuner i Nordre Nordland, Sør Troms og Midt Troms i sitt opptaksområde. Det er det samme som Avdeling Sør sitt totale opptaksområde på 93 851 innbyggere (Per 20.2.2014).



Videre består avdelingen av tre Senter for psykisk helse (**SPH**)³ som hver for seg utgjør en seksjon. SPH utgjør lokalsykehusnivået innafor spesialisthelsetjenesten sitt allmenne psykiske helsevern for respektive opptaksområde. De består alle av en voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP), en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), en døgnavdeling og et ambulant psykiatrisk team (APT).

2. Senter for psykisk helse Midt-Troms (SPHMT) er lokalisert på Silsand og i Sjøvegan og har 11 av avdelingens kommuner i sitt opptaksområde (34 475 innbyggere).

3. Senter for psykisk helse Sør-Troms (SPHST) er lokalisert ved Harstad sykehus og har 4 av avdelingens kommuner i sitt opptaksområde (31935 innbyggere).

4. Senter for psykisk helse Ofoten (SPHO) er lokalisert i Håkvik og ved Narvik sykehus og har 5,5 av avdelingens kommuner i sitt opptaksområde (0,5 kommune = Tysfjords østside) (27 441 innbyggere).

² Spesialisthelsetjenestens sengepostilbud innenfor sikkerhets-, alders- og barne- og ungdomspsykiatri er også lokalisert i Tromsø. Der finnes også et poliklinisk- og sengepostilbud for samtidige rus og psykiske lidelser (RoP). Øvrig tilbud innen rusbehandling er lokalisert i Tromsø og i Håkvik utenfor Narvik.

³ **Senter for psykisk helse (SPH)** er en betegnelse UNN HF har valgt å bruke istedenfor Distriktpsikiatriske sentra (DPS) som er den nasjonale betegnelsen.

1.2 Bakgrunnen for å endre akuttjenesten

De siste årene har det kommet viktige nasjonale, regionale og lokale føringer om å bygge ut og modernisere psykisk helsevern [5,6,7,8,16,19,23]. En vesentlig del av satsingen har handlet om å utvikle behandlingstilbud nærmest mulig pasientenes hverdag og livssituasjon. Lokalsykehusnivået skal være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten, og skal ha ambulante tjenester og mulighet for innleggelser på døgnet 24/7. Behandlingen skal i så stor grad som mulig gis i samhandling med pasientene, pårørende og det kommunale psykiske helsevern. Frivillighet i behandlingstilbudet skal etterstrebes.

Det har i flere år blitt laget utredninger og vært gjennomført samarbeidsprosjekt for å synliggjøre og forbedre pasientforløp og samhandling i opptaksområdet til UNN HF.

I 2005 – 2006 viste prosjektet «Veien til akuttinnleggelse⁴» [2] at mange pasienter kom til innleggelse ved akuttpostene uten at SPH/DPS var involvert. Det ble funnet signifikante resultat for at jo nærmere en pasient kom en akuttinnleggelse jo fjernere ble involveringen fra lokal spesialisthelsetjeneste. Det så ut til at lokal- og sentralsykehusnivået arbeidet i forhold til to forskjellige pasientpopulasjoner.

I 2006 og 2007 ble det gjennomført et prosjekt som hadde til hensikt å etablere rutiner for samhandling mellom lokal- og sentralsykehusnivået i opptaksområdet til UNN HF. I de første møtene kom det fram at lokal- og sentralsykehusnivået hadde lite kjennskap til hverandre både med tanke på faglige ressurser og rammevilkår. I forbindelse med prosjektet ble det foreslått, og noen steder iverksatt, årlige møter mellom det psykiske helsevernet på spesialistnivå og det kommunale psykiske helsevernet.

Avdeling Sør gjennomførte i 2009 og 2010 samhandlingsprosjektet «Standard pasientforløp» Prosjektet var initiert og ledet av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) og hadde deltakere fra alle seksjoner i avdelingen, kommunehelsetjenestene og Mental Helse. Noen av konklusjonene var:

- Behov for at ambulante psykiatriske team (APT) med åpningstid på kveld/helg/høytid
- Mulighet for akuttinnleggelser ved SPH 24 timer i døgnet/7 dager i uken (24/7)
- Mulighet for å gjøre forpliktende avtaler, hele døgnet, om at spesialisthelsetjenesten følger opp pasienten neste dag
- Behov for døgkontinuerlig spesialisttilgang for døgneheter og APT
- Behov for å kunne komme i kontakt med de ulike kommuners psykiatritjenester også etter klokken 15:30 på hverdager og i helger/høytider hele dagen

«Standard pasientforløp» var den direkte foranledningen for avdelingens endring av akuttjenesten gjennom prosjektet Desentralisert Vaktsamarbeid ved bruk av Videokonferanse (DeVaVi).

⁴ Lokalt prosjekt i forbindelse med den store multisenterstudien av akuttpsykiatri (MAP) som ble planlagt og gjennomført i hele landet i 2005 og 2006 av SINTEF Helse i samarbeid med evalueringsnettverket for akuttpsykiatri på oppdrag fra Sosial og helsedirektoratet [18].

1.3 Organisatoriske utfordringer

Det har i lang tid vært store utfordringer med å sikre stabil tilgang på sentrale fagfolk til små fagmiljø ved SPH, spesielt legespesialister. I perioder har noen SPH hatt vaktordninger, men disse har vært svært sårbare for fravær og tilgang på legespesialister. Avdeling Sør måtte sikre tilgang på tilstrekkelig spesialistkompetanse dersom døgnenhetene skulle motta akutte innleggelser 24/7 og APT skulle ivareta pålagte oppgaver på forsvarlig måte. Dersom avdelingen skulle etterfølge de sentrale føringene måtte den finne andre løsninger enn kun aktiv tilstedeværelse, f.eks. bruk av videokonferanse (VK). Alternativt hadde det vært nødvendig å etablere en bakvaktordning ved hvert SPH. Det ville ikke latt seg gjennomføre på grunn av ressursmangel og ville blitt en uforholdsmessig dyr ordning. I tillegg til å etablere en bakvaktordning måtte avdelingen sikre en viss tilstedeværelse av legespesialist på døgnenhetene og annen nødvendig behandlerkapasitet.

Det er også en utfordring at avdelingens fire seksjoner er spredt over et stort geografisk område med reisetider på 2 til 4 timer mellom seksjonene. Dette gjør samarbeid mellom Sykehusseksjonen i Tromsø og de tre SPH utfordrende. Også samhandling mellom og innenfor de tre SPH utfordres av de store geografiske avstandene.

SPH'ene har blitt etablert i forskjellige tidsperioder med ulike faglige føringer og rammebetingelser. Dette medførte at faglige tilbud og organisering av tjenestene var svært forskjellige da DeVaVi startet. Kun to av sentrene hadde APT, og kun et av disse hadde åpningstid utover vanlig arbeidstid. Samarbeidet med akuttposter var også ulikt ved at kun to av sentrene samarbeidet med akuttpost i Tromsø, mens ett senter samarbeidet med akuttpost i Bodø om sentralsykehusfunksjoner.

Avdeling Sør har de siste årene hatt relativt store årlige budsjettmessige nedskjæringer som følge av omstillingsutfordringer i klinikken og UNN. Den største nedskjæringen kom i 2013 da Subakuttpost Sør ble nedlagt. Avdeling Sør har ved hver omstilling overholdt sine tildelte budsjett. I føringene for gjennomføring av omstillingsprosesser er det sentralt at kvalitet i behandlingstilbudene skal opprettholdes, og det oppfordres til å finne tiltak som øker kvaliteten. Utfordringen har vært å bruke midlene i et nedskåret budsjett på en smartere måte.

1.4 Mål

En overordnet målsetning for endringen av akuttjenesten er å gi rask og god hjelp, på rett nivå, til befolkningen så nært pasientenes hverdag og livssituasjon som mulig.

Målene for endringen av akuttjenesten var:

1. Etablere én vei inn til spesialisthelsetjenesten for pasienter, pårørende og de kommunale helsetjenestene, 24 timer i døgnet/7 dager i uken (24/7)
2. Åpne for at døgnenhetene skal kunne ta imot akutte innleggelser 24/7 og dermed unngå unødvendige innleggelser til og transport av pasienter til sentralsykehusnivå
3. Utvikle APT slik at de i sin åpningstid kan yte rask og fleksibel hjelp i tett samarbeid med pasientene, pårørende og de kommunale helsetjenestene
4. Forbedre samhandling mellom lokal- og sentralsykehusnivået i avdelingen
5. Sikre døgkontinuerlig spesialisttilgang for døgnenheter og APT

1.5 Organisasjonsutvikling og tilrettelegging

En viktig – kanskje den viktigste – forutsetningen for endringen var at omorganiseringen av UNN HF i 2008 førte til at de viktigste samarbeidspartnere på sentral- og lokalsykehusnivå ble organisert i samme avdeling. Det medførte at de tre SPH, Subakuttpost Sør og Akuttpost Sør, som alle betjente det samme opptaksområdet, ble organisert i den nyopprettede Avdeling Sør. Det gjorde det lettere å arbeide med å få til helhetlige pasientforløp og desentraliserte akutttilbud. Arbeidet kunne gjennomføres innenfor en ramme der alle kjente det samme ansvaret og etterhvert fikk kjennskap til hverandres muligheter, begrensninger og holdninger (jfr. prosjektet «Standard pasientforløp»). Avdelingsledelsen brukte årlige ledersamlinger og sine ledermøter til å drøfte og forankre faglig utviklingsarbeid på mange felt, deriblant utvikling av akuttjenesten for opptaksområdet. Utviklingsarbeidet ble gjennomført i tett samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST). Det ble enighet om å opprette prosjektet DeVaVi for å utvikle en ny helhetlig akuttjeneste. Avdelingsledelsen var styringsgruppe for prosjektet. De viktigste organisasjonsendringene og tilretteleggingene listes opp under. Etter iverksettelsen er ordningen blitt justert og endret i forhold til det som har blitt opplevd som utfordringer av de involverte. Noe av det som listes opp nedenfor er kommet til etter iverksettelsen av den nye akuttjenesten. Det som skrives under dette kan derfor også sees på som en status for ordningen per dato.

- Det ble gjennomført flere prosjektsamlinger i 2010 og fram til iverksettelsen 5.9.2011. Deltakere var prosjektledelsen og alle seksjonene i Avdeling Sør. Fokuset var å drøfte utfordringer, muligheter og å komme fram til omforente avgjørelser på sentrale punkter.
- APT ved SPH Midt-Troms fikk flere medarbeidere og det ble etablert et APT ved SPH Sør-Troms.
- Alle tre APT fikk åpningstid fra 08:00 – 22:00 på hverdager og fra 10:00 – 18:00 lørdager, søndager og på helligdager (APT ved SPH Midt-Troms hadde noe begrenset åpningstid i starten).
- Det ble fattet et omforent vedtak om å åpne for innleggelser på døgnetenhetene 24/7. I starten for kjente pasienter, men det utviklet seg raskt til å gjelde alle det var forsvarlig å legge inn.
- Det ble lagt til rette for at legespesialister bosatt i Tromsø ambulerte til døgnetenhetene ved SPH Midt-Troms og Sør-Troms (SPH Ofoten hadde god nok legedekning). De er til stede på døgnetenhetene 1 - 2 dager per uke. De ivaretar et helhetlig legefaglig ansvar ved å være tilgjengelig via videokonferanse (VK) og telefon utover tilstedeværelsen.
- I forbindelse med omstilling i 2013, der Subakuttpost Sør ble nedlagt, ble det tilført behandlerstillinger ved døgnetenhetene og APT ble forsterket.
- Det ble grundig drøftet og etter hvert fattet vedtak om «Samhandlingsstrategi i Avdeling Sør» (se vedlegg 2). Strategien inneholder en regel for håndtering av uenighet som sier at den behandler som til enhver tid har ansvaret for en pasient har rett til å beslutte neste behandlingssted i Avdeling Sør. Dette var nødvendig for å sikre rett pasient på rett behandlingsnivå.
- Det ble etablert et samhandlingsmøte mellom sengepostlederne i Avdeling Sør. Møtet avholdes tre ganger per uke på VK. Varighet er 10 – 15 minutter. Agenda for møtet er orientering om aktivitet og muligheter for den enkelte sengepost. Det blir også gitt orientering om inneliggende pasienter som trenger bistand på tvers av enhetene og det avtales overføring av pasienter.

- For å etterkomme intensjonen om én vei inn ble det opprettet en døgnskcontinuerlig forvakttelefon ved hvert SPH. Telefonene betjenes av APT i deres åpningstid og av personell ved døgnenhetene når APT har stengt. Forvaktens oppgave er å ta imot og håndtere alle akutte- og ø-hjelpshenvendelser i sitt respektive opptaksområde. Dersom det blir enighet med den som henvender seg om at spesialisthelsetjenesten skal gi et tilbud (f.eks. innleggelse på Akuttpost Sør, avtale med APT neste dag o.a.), skal all intern informasjon ivaretas av forvaktene. Intensjonen er at den som henvender seg kun skal ringe én gang for å få rett hjelp i spesialisthelsetjenesten. De som betjener vakttelefonen må derfor ha nødvendig kunnskap på systemnivå og god kunnskap om lokale forhold.
- For å støtte arbeidet i APT og på døgnenhetene og for å ivareta forsvarlighetskravet i henhold til «Helsepersonelloven» og «Spesialisthelsetjenesteloven» [12,14] etablerte avdelingen en bakvaktordning av legespesialister. Tiltaket var også viktig med tanke på å etablere et likeverdig akuttilbud i Avdeling Sør sin del av opptaksområdet til UNN. Spesialistene er ansatt i og lokalisert til ulike deler av virksomheten. Bakvakt kan kontaktes på telefon og delta 24/7 i direkte pasientkonsultasjoner via VK-samtaler i samarbeid med ambulante team og døgneheter. Spesialistene har VK-mulighet på SPH, ved UNN Åsgård og hjemme hos hver enkelt som deltar i ordningen.
- Det ble kjøpt inn videokonferanseutstyr og gjennomført bred opplæring i bruk av dette. Det ble produsert videoer og skriftlig informasjon som viser praktisk bruk av VK og god praksis for gjennomføring av VK samtaler.
- For å skape en arena for erfaringsutveksling, problemløsning og felles utvikling ble det etablert et nettverk for APT og et for sengepostlederne.
- Det ble utviklet rutiner for APT, døgnenhetene, «telefonvaktordningen» og overleger i bakvakt.
- Det ble laget en juridisk veileder og gjennomført ROS-analyse av systemet.
- En hjemmeside ble etablert (<http://kurs.helsekompetanse.no/devavi>). Der er pasientforløpet beskrevet og annen viktig informasjon, dokumentasjon og opplæringsvideoer er gjort tilgjengelig.
- Skriftlig informasjon ble utsendt til ansvarlige for psykisk helsevern i kommunene.
- Det ble avholdt møter med og gitt skriftlig informasjon til for- og bakvaktsystemet på UNN Åsgård. Det ble også gitt skriftlig informasjon til resepsjonen ved UNN.
- Det ble igangsatt et forskningsprosjekt («Videocare») knyttet til DeVaVi, som utforsker pasienters, helsepersonells og bakvaktens erfaringer med spesialistvurderinger ved bruk av videokonferanse i akuttpsykiatriske situasjoner. Studien er finansiert av Helse Nord RHF.

2 Gjennomføring av evalueringen

2.1 Organisering

Medio mai 2014 etablerte Avdeling Sør et evalueringsteam i samarbeid med NST. Fra Avdeling Sør deltok Geir Øyvind Stensland (Avdelingsoverlege/Avdelingsleder), Didrik Kilvær (Psykiatrisk sykepleier/Rådgiver) og Vemund Myrbakk (Psykologspesialist/Fagrådgiver). Fra NST deltok Siv Hege Fagerheim (Psykiatrisk sykepleier/Prosjektrådgiver) og Marianne V. Trondsen (PhD/Seniorforsker). Didrik Kilvær har ledet evalueringsarbeidet og hatt hovedansvaret for rapporten.

Teamet utarbeidet en detaljert fremdriftsplan. Det har jevnlig vært avholdt møter for å følge framdriften og avklare sentrale spørsmål. De enkelte teammedlemmene har hatt ansvar for definerte hendelser og aktiviteter og har rapportert på disse. Evalueringsarbeidet er finansiert av Avdeling Sør, Helse Nord RHF og NST. Dette var viktige forutsetninger for å gjennomføre en bred evaluering. Evalueringen er godkjent av Personvernombudet ved UNN HF.

2.2 Fokusområder

- Undersøke hvordan tjenesten som helhet oppleves i daglig drift i forhold til hensikten
- Fremskaffe kunnskap om tjenesten har ført til endringer av tjenestetilbudet/innleggelsesmønstret i Avdeling Sør i forhold til hensikten
- Få innsikt i hva som bør forbedres slik at vi kan foreta justeringer av tjenesten, organisasjonen og samhandlingen med brukere, deres pårørende og kommunehelsetjenestene

2.3 Metode og datagrunnlag

Rapporten bygger på datagrunnlag fra 8 delstudier. For å vise reelle endringer og hvordan endringene oppleves av de som påvirkes av dem, er det benyttet både kvantitative og kvalitative metoder. Det redegjøres for metodene i de to neste underkapitlene.

2.3.1 Kvalitativ metode

Den kvalitative delen av evalueringen har vært basert på 5 ulike metodiske tilnærminger for å fremskaffe kunnskap om hvordan akuttjenesten i Avdeling Sør oppleves fra flere vinklinger, både brukere, medarbeidere og sentrale samarbeidsparter. Hovedstudien i den kvalitative delen av evalueringen er basert på fokusgrupper med pasienter og pårørende som målgruppe og brukere av akuttjenesten. I tillegg har det vært gjennomført et evalueringsseminar med medarbeidere i Avdeling Sør, en dialogkonferanse med ulike samarbeidsparter og brukerorganisasjoner, samt dialogmøter med ulike interkommunale legevakter og med forvakt- og bakvaktsystemet ved UNN Åsgård. Kvalitative data er framstilt under 5 overskrifter i kapittel 3 (3.1–3.5).

Fokusgrupper med pasienter og pårørende (kapittel 3.1)

For å få innsikt i ulike brukeres erfaringer og synspunkter på akuttjenesten i Avdeling Sør, ble det valgt fokusgrupper som metode. Fokusgrupper er en form for gruppeintervjuer hvor man samler et visst antall deltakere for å diskutere et eller flere temaer, som er bestemt på forhånd ut fra studiens hensikt. Det betyr at en fokusgruppe kombinerer gruppesamhandling med et forskerstyrt temafokus [3]. En fordel med fokusgrupper er at man kan fange opp meninger i samhandlingen mellom deltakerne, ved at de stimulerer hverandre i samtalen [22]. Samtidig er det en effektiv form for datagenerering, fordi flere informanter inkluderes samtidig. Tjora (2012) påpeker at fokusgrupper

kan virke mindre truende for deltakerne enn individuelle dybdeintervjuer, som var et viktig argument for metodevalg i denne evalueringen.

Det ble invitert til 9 fokusgrupper med pasienter og pårørende ved SPH Ofoten, SPH Midt-Troms og SPH Sør-Troms. Ved hvert SPH ble det avholdt 3 fokusgrupper: en gruppe for pasienter som hadde vært innlagt på døgnetenhet, en gruppe for pasienter som primært hadde oppfølging fra APT og en gruppe for pårørende. Deltakelsen i fokusgruppene var frivillig. For å rekruttere deltakere ble det lagd en informasjonsbrosjyre med invitasjon til å delta i fokusgruppene. Den ble distribuert til pasienter og pårørende ved det enkelte SPH, og lagt på venterom, hengt opp på oppslagstavler o.l. Informasjonsbrosjyren og rekrutteringsprosedyren ble vurdert og godkjent av Personvernombudet. Det ble ikke krevd forhåndspåmelding. Pasienter og pårørende som ønsket å delta i fokusgruppene, ble bedt om å møte opp på fastsatt tidspunkt for fokusgruppene. Til sammen deltok 32 personer i de 9 fokusgruppene, hvorav 11 pårørende og 21 pasienter. I en av fokusgruppene møtte det opp kun 1 pasient, og må derfor karakteriseres som et individuelt intervju. De resterende fokusgruppene hadde 2-6 deltakere.

Fokusgruppene ble avholdt på et møterom på det enkelte SPH, og varte i 1 ½-2 timer. Gruppene ble ledet av forskeren i evalueringsteamet, som hadde ansvar for gjennomføring, spørsmålstilling og styring av diskusjonene. To personer fra evalueringsteamet var til stede som observatører og dokumenterte diskusjonene gjennom notater. Fokusgruppenes hensikt var å utforske deltakernes erfaringer med tjenestetilbudet og forslag til forbedringer av akuttjenesten. Det ble benyttet en semi-strukturert intervjuguide med følgende temaer: «veien inn», vakttelefonen, kontakt med APT/Døgnetenhet, beslutningsprosessen, bakvakt/videokonferanse, endringer i akuttjenesten og tilbudet som helhet (se vedlegg 3). Intervjumaterialet har blitt analysert gjennom en temafokusert analyse [3,22].

Evalueringsseminar med medarbeidere i Avdeling Sør (kapittel 3.2)

I en evaluering av akuttjenesten i Avdeling Sør anser vi medarbeiderne som en vesentlig kilde til kunnskap om hvordan tjenesten oppleves i daglig drift, om endringer i tjenestetilbudet og hva som kan forbedres. Vi gjennomførte derfor et 1-dags evalueringsseminar 17.2.2015. Deltakere på evalueringssamlingen var i tillegg til evalueringsteamet:

- Ledere og ansatte fra alle døgnetetene i Avdeling Sør
- Ledere og ansatte fra ambulante team i Avdeling Sør (SPHO, SPHMT, SPHST)
- Leger i bakvaktsystemet
- Seksjonsledere i SPH og Sykehusseksjonen

Til sammen deltok 19 medarbeiderrepresentanter. Det ble satt sammen ulike grupper, seksjonsvis og på tvers av seksjoner og roller. Det ble gitt gruppeoppgaver, der medarbeiderne ble bedt om å gi tilbakemelding på deres erfaringer. Dette for å kunne drøfte og gi tilbakemelding både på egen virksomhet og organisasjonen som helhet. Hver gruppe la fram i plenum det de hadde drøftet til videre diskusjon. Ved hvert gruppearbeid deltok representanter fra evalueringsteamet som tok notater av det som ble sagt.

Dialogkonferanse med brukerorganisasjoner, samarbeidspartnere og medarbeidere (Kapittel 3.3)

Evalueringsseminalet for medarbeiderne, ble etterfulgt av 2-dagers dialogkonferanse 18.-19.februar 2015, hvor ulike samarbeidspartnere og brukerorganisasjoner ble invitert sammen med medarbeiderne i Avdeling Sør til felles dialog. Hensikten var å få innsikt i erfaringer og tilbakemeldinger om akuttjenesten i Avdeling Sør, og drøfte utviklingsbehov framover.

Tilstede var 7 deltakere fra kommunehelsetjenesten, 6 fra ulike bruker- og pårørendeorganisasjoner, 1 fra Helse Nord og 4 fra øvrige avdelinger i Psykisk helse og rusklinikken ved UNN. I tillegg deltok 19 medarbeidere i Avdeling Sør, samt evalueringsteamet. Arbeidsformen for dialogkonferansen var vekslende mellom gruppearbeid, plenumsframlegg og dialog i plenum ut fra fastlagte spørsmål.

Dialogmøter med interkommunale legevakter (kapittel 3.4)

Legevaktene er en vesentlig samarbeidspart for akuttjenesten i Avdeling Sør. Det var derfor ønskelig å få innsikt i legenes erfaringer med akutttilbudet, og innspill på hva som eventuelt bør forbedres i samhandlingen med kommunehelsetjenesten.

For å få et bredest mulig erfaringsgrunnlag, fant vi det hensiktsmessig å be om å få komme på deres faste møter i alle legevaktsamarbeid i opptaksområdet. Dette for å nå flest mulig legevaktleger. Det ble gjennomført dialogmøter med 3 av 5 interkommunale legevakter i Avdeling Sør sitt opptaksområde: 1) Interkommunal legevakt Narvik (Narvik, Ballangen og Gratangen), 2) Interkommunal legevakt Harstad (Harstad, Kvæfjord og Lødingen), og 3) Interkommunal legevakt for kommunene Evenes, Tjeldsund og Salangen. Det var dessverre ikke gjennomførbart å avvikle dialogmøter i evalueringsperioden med interkommunal legevakt Bardu (Bardu, Målselv, Salangen og Lavangen kommuner), og interkommunal legevakt for Senja/Lenvik (Lenvik, Berg, Torsken, Tranøy, Sørreisa og Dyrøy kommuner).

Det deltok til sammen 44 informanter på de tre dialogmøtene, sammen med 2-3 personer fra evalueringsteamet. Rammen for dialogmøtene var satt fra ½ - 1 time. Dialogmøtene ble innledet med en kort presentasjon av hvordan Avdeling Sør har organisert sin akuttjeneste i opptaksområdet pr i dag. Det var lagt opp til oppklarende spørsmål underveis, og lagt fram noen tematiske spørsmål man ønsket tilbakemelding på. Tilbakemeldingene ble dokumentert skriftlig i notatform. Notatene ble i etterkant sendt til koordinator for legevaktsamarbeidet for videre distribusjon til legene som deltok på møtet og til alle andre fastleger i området for gjennomlesning. Dette for å gi mulighet for korrigering og eventuelle tilføyelser. Vi fikk ingen tilbakemeldinger.

Dialogmøte med for- og bakvakter i UNN Åsgård (kapittel 3.5)

Dialogen ble gjennomført på felles legemøte 5.2.2015. Møtet varte ca. en time. Det ble orientert om DeVaVi og endringen av akuttjenesten i Avdeling Sør. Det ble bedt om deres erfaringer med kontakt med for- og bakvaktene i «DeVaVi» og om deres erfaringer med innleggelser fra opptaksområdet til Avdeling Sør. Videre ble det bedt om tilbakemeldinger på hva som bør forbedres.

To fra evalueringsteamet deltok, hvor den ene orienterte og ledet møtet og den andre tok notater.

2.3.2 Kvantitativ metode

En kvantitativ metodetilnærming egner seg når en er ute etter å kartlegge utbredelsen av et fenomen [9]. Det ble brukt tre metoder for å innhente kvantitative data. Disse er:

1. Rapporter i journalsystemet DIPS som viser innleggelser og liggedøgn fra den enkelte kommune. Det ble også brukt rapporter som viser klokkeslett for innleggelse på døgnenheter ved SPH og unike personer APT har vært i kontakt med per år.
2. Et registreringsskjema (se vedlegg 1) som inneholder flere parametere for henvendelser og håndtering av henvendelsene til forvakttelefonene ved SPH i perioden 1.11.2014 – 31.1.2015.
3. Registrering av innleggelser til Akuttpost Sør i perioden 1.11.2014 – 31.1.2015. Registreringens fokus var om forvaktene ved SPH hadde vært involvert før innleggelse.

Dataene er framstilt under 4 overskrifter i hovedkapittel 3 «FUNN» (underkapitlene 3.6 – 3.9).

Innleggelser- og liggedøgnsgnsdata (kapittel 3.6)

For å se om innleggelsesmønsteret fra opptaksområdet til Avdeling Sør har endret seg, er det registrert en rekke data om innleggelser og liggedøgn. Kildene er rapport nr. 1341, nr. 1949, nr. 1003066 og nr.1009543 fra det pasientadministrative journalsystemet «DIPS». Registreringen omfatter både sentral- og lokalsykehusnivået⁵. Registreringene viser antall innleggelser og liggedøgn fra den enkelte kommune, oppsummert for opptaksområdet til Avdeling Sør. De er derfor ikke et uttrykk for innleggelser på den enkelte akutte- eller subakutte sengepost ved UNN HF eller NLSH HF⁶, eller for innleggelser på den enkelte døgnenhet ved SPH.

En feilkilde i rapportene i DIPS er at dersom en person er innlagt ved en enhet og blir overført til en annen, vil det i DIPS bli registrert som en ny innleggelse fra respektive kommune. For å sikre at hver enkelt innleggelse kun ble registrert en gang er det ikke tatt med avdelings- eller postoverføringer.

Noen av de som var innlagt hadde flyttet i løpet av årene det ble hentet data for. Dersom en person hadde flyttet fra f.eks. Harstad til Tromsø i 2014, framkom alle tidligere innleggelser som om de var fra Tromsø kommune. Det var ikke mange slike og det er korrigert for dette forholdet.

Data for tvangsinnleggelser er også korrigert. I 2011 og årene før det, ble alle innleggelser av pasienter utskrevet i henhold til § 3.5 -3. ledd i Psykisk helsevernloven (tvunget vern uten døgnopphold = TUD) registrert som tvangsinnleggelser ved UNN Åsgård. Praksisen ble 1.1.2012 endret slik at de som ønsket innleggelse ble registrert som frivillig innlagt. For å kunne sammenligne tvangsinnleggelsene i 2012, 2013 og 2014 med 2011, er alle frivillige innleggelser av TUD registrert som tvangsinnleggelser. Den reelle tvangsstatistikken vil derfor være noe lavere enn det som framkommer i dette datamaterialet.

Avdeling Sør iverksatte endringen av akuttjenesten 5.9.2011. For å ha sammenlignbare perioder er det valgt å sammenligne de første 8 mnd. i årene 2012, 2013 og 2014 med de første 8. mnd. i 2011. I utgangspunktet skulle også årene 2009 og 2010 være med i datagrunnlaget. Det ble utfordrende fordi Avdeling Sør, før 1.1.2011, ikke ivaretok akutte sentralsykehusfunksjoner for opptaksområdet til SPH Ofoten. Disse hadde til da blitt ivaretatt av Nordlandssykehuset HF (NLSH HF). Det ble komplisert å få like kvalitetssikrede data for 2009 og 2010 fra NLSH HF som fra UNN HF. Ved å sammenligne med 2011 kommer det fram tydelige nok tendenser i utviklingen av og endringer i innleggelsesmønsteret fra opptaksområdet. Der det sammenlignes med andre perioder, og/eller brukes helårstall, bemerkes det fortløpende i framstillingene.

Henvendelser til forvakttelefonene ved SPH (kapittel 3.7)

Kilden er 1 239 registreringsskjema (se vedlegg 1). For å fremskaffe kunnskap om hvor mange og hvilke type henvendelser som kommer til forvakttelefonene ved SPH registrerte de som ivaretok funksjonen alle henvendelser i perioden 1.11.2014 – 31.1.2015. Registreringen gir kunnskap om

⁵ Vi bruker begrepet «sentralsykehusnivå» for akutte- og subakutte sengeposter og «lokalsykehusnivå» for døgnenhetene og de ambulante psykiatriske teamene (APT) på SPH.

⁶ Fordi innleggelsene på sentralsykehusnivå i 2011 var så betydelig færre fra opptaksområdet til SPH Ofoten sett i forhold til SPH Sør- og Midt-Troms, valgte vi også å innhente innleggelses- og liggedøgnsgnsdata for årene 2011, 2012, 2013 og 2014, fra opptaksområdet til Avdeling Sør, gjennomført på sentralsykehusnivå ved Nordlandssykehuset. De hadde inntil 31.12.2010 ivaretatt akuttinnleggelser fra Ofoten. Vi lurte på om det fortsatt var mange som ble innlagt der. Det viste seg at de hadde veldig få akutte- og subakutte innleggelser fra Avdeling Sør sitt område. Forholdet endret seg i svært liten grad. Innleggelsene er tatt med i datagrunnlaget.

hvem som henvender seg, når tid på døgnet henvendelsene kommer, hva det gjelder og hvordan de blir håndtert i Avdeling Sør.

Ved SPH Sør- og Midt-Troms er APT og døgnetenhetene lokalisert på samme sted. Ved SPH Ofoten er APT lokalisert i Narvik sentrum og Døgnetenheten i Håkvik. Det viste seg at mange av registreringene for vakttelefonen ved SPH Ofoten dreide seg om kontakt mellom APT og Døgnetenheten. Ved SPH Midt- og Sør-Troms gikk de til hverandre for å snakke sammen. I tillegg hadde medarbeiderne ved Døgnetenheten i Ofoten registrert kontakter på tider de ikke ivaretok forvakttelefonen. Vi har derfor valgt å se bort fra alle skjema som inneholdt intern kommunikasjon fra alle tre lokalisasjonene, og skjema fra SPH Ofoten som var registrert på feil tidspunkt. Totalt antall skjema var før korrigeringen 1 454. Det ble tatt ut 215 skjema slik at datagrunnlaget for registreringen baserer seg på 1 239 skjema. I denne rapporten framstilles data for Avdeling Sør samlet. De korrigeringer som er gjort vil ha størst betydning for den før nevnte «Internrapporten».

Når vi presenterer dataene viser vi stort sett til prosent. Unntaket er tidspunkt for henvendelsene, der viser vi antall henvendelser for definerte tidsperioder. Prosentberegningene for «Alder på den som kontakten dreier seg om» og «Hvem som henvender seg» er basert på antall skjema i datagrunnlaget. For «Hva dreide henvendelsen seg om?» og «Hvordan ble henvendelsene håndtert?» er prosentberegningen basert på antall kryss i underkategoriene.

På evalueringskonferansen for medarbeidere i Avdeling Sør opplyste de som hadde fylt ut registreringsskjemaene at det mest sannsynlig var av en underrapportering med tanke på kontakt med bakvaktene. De viste til at når de hadde registrert at «APT overtok saken» og det senere ble initiert en videokonferanse eller telefonisk kontakt med bakvaktene. Dette ble ikke i ettertid registrert i skjemaet som omhandlet hendelsen. Det samme gjaldt dersom pasienten ble innlagt lokal døgnetenhet, heller ikke da ble eventuell kontakt med bakvakt registrert i ettertid.

Grunnlagsdataene ble punchet i Excel og analysert i RSTUDIO.

Aktivitet i APT (kapittel 3.8)

Kildene er rapport nr. 6817 i DIPS og noe data fra 1 239 registreringsskjema utfylt av de som ivaretok forvakttelefonene ved SPH i perioden 1.11.2014 – 31.1.2015.

For å finne et tallmessig uttrykk for utvikling av aktivitet i APT er det registrert antall unike personkontakter medarbeiderne i APT hadde i 2011 og sammenlignet med 2012, 2013 og 2014. Her er det brukt helårstall. Det betyr at resultatet for 2011 inneholder ca. 4 mnd. med tall fra etter endringen av akuttjenesten 5.9.2011. Grunnen er problemer med å få filtrert dataene på annen måte. Vi mener likevel at det er mulig å bruke 2011 som utgangspunkt for sammenligning med 2012, 2013 og 2014.

Data fra registreringsskjemaene viser i hvor stor grad APT har blitt brukt i forhold til oppfølging av de sakene som i registreringsperioden ble meldt via vakttelefonene.

Henvendelser til forvaktene ved SPH før innleggelser på Akuttpost Sør (kapittel 3.9)

Kildene er innleggelsesskrivene i DIPS og/eller telefonhenvendelser til innleggende instans. Et viktig mål med endringen av akuttjenesten var at alle akutte- og ø-hjelpshenvendelser skulle gå via forvakttelefonene. Dette er en liten, men viktig, registrering med tanke på om Avdeling Sør reelt har én vei inn til spesialisthelsetjenesten.

I samme tremånedersperiode (1.11.2014 – 31.1.2015) som forvaktene registrerte aktivitet på vakttelefonene ble alle innleggelsene til Akuttpost Sør gjennomgått for å se om forvaktene hadde vært involvert før innleggelse. Dersom det ikke framkom av innleggelsesskrivene at de hadde vært involvert, ble det ringt til innleggende instans for å sikre opplysningene.

3 Funn

3.1 Erfaringer fra pasienter og pårørende

I dette kapitlet presenteres pasienters og pårørendes erfaringer med akuttjenesten i Avdeling Sør, basert på en temafokusert analyse av til sammen 9 fokusgrupper med henholdsvis pasienter som har vært innlagt på døgnet, pasienter som primært har vært i kontakt med APT, samt pårørende. Fokusgruppene har som hensikt å utforske pasienters og pårørendes erfaringer knyttet til evalueringens tre fokusområder: Opplevelse av tjenestetilbudet, endringer i tjenestetilbudet over tid, og forslag til forbedringer av akuttjenesten.

Et hovedfunn på tvers av alle fokusgruppene er at disse pasientene og pårørende i all hovedsak ga svært positive tilbakemeldinger om akuttjenesten i Avdeling Sør, og formidlet gode erfaringer fra hjelpen de hadde fått fra APT og/eller døgnet, uavhengig av hvilket SPH de tilhørte. Informantene ble oppfordret til å gi tilbakemeldinger om eventuelle negative erfaringer, og forhold de opplevde ikke fungerte godt nok. Det ble i alle fokusgruppene presentert noen utfordringer ved akuttjenesten, og gitt konkrete innspill til forbedringsområder og videreutvikling av tjenestetilbudet.

Kapitlet er strukturert ut fra de hovedaspektene ved akuttjenesten som ble tematisert av informantene ut fra deres opplevelser og erfaringer som brukere av tjenestetilbudet. Dette er aspekter som pasienter og pårørende selv vektla som viktige, og omhandler følgende temaer:

- Tilgjengelig og rask hjelp
- Lavterskeltilbud og oppsøkende tjeneste
- Å bli tatt på alvor
- Hjelp ut fra behov
- Trygghet og sikkerhetsnett
- Endring i akuttjenesten

Avslutningsvis gis det en oppsummering av utfordringene og forbedringspotensialet for akuttjenesten i Avdeling Sør, sett fra pasienters og pårørendes ståsted.

Tilgjengelig og rask hjelp

I samtlige fokusgrupper ble det uttrykt en felles opplevelse av at dagens akuttjeneste var lett tilgjengelig og at man fikk raskt hjelp. Dette ble fremhevet som et svært viktig aspekt for at en akuttpsykiatrisk tjeneste skal kunne gi brukerne et forsvarlig akutttilbud. Både pasienter og pårørende understreket betydningen av at sentrene hadde en døgnskcontinuerlig vakttelefon, som man kunne ringe i en akuttsituasjon uansett tidspunkt.

«Tilbudet er veldig bra. Det er tilgjengelig, det er nærhet til tjenesten hele døgnet. Det er godt å vite at det finnes.» (Pasient)

De aller fleste av pasientene hadde selv tatt kontakt med APT/vakttelefon for hjelp. For andre var det pårørende som hadde bedt om hjelp på vegne av dem, eller man hadde kommet i kontakt med akuttjenesten via legevakt, fastlege, psykolog eller andre helsetjenester.

Pasienter og pårørende ved alle 3 sentrene understreket at de hadde fått hjelp svært raskt, i motsetning til hva mange av dem hadde trodd på forhånd:

«Det gikk så fort! Og jeg ble fulgt opp veldig tett. Tenk at jeg faktisk fikk hjelp når jeg trengte det.» (Pasient)

«En dag vi stod i en akuttsituasjon, så sa NN at nå tar vi kontakt med APT. Under en time etterpå var APT der, og han var der i to timer. Det var et godt første møte, og jeg husker hvor overrasket jeg var over hvor fort det gikk.» (Pårørende)

«Vi ble så godt mottatt. Og dette med at det gikk så fort! Det at det er vaktordning, at de var der på kvelden, at vi slapp å vente - det var veldig viktig akkurat da.» (Pårørende)

En pasient trakk fram som positivt at hun hadde fått hjelp direkte, uten å måtte gå gjennom mange instanser:

«Min første opplevelse gikk så fort. Jeg trodde det var veldig vanskelig å få hjelp og bli lagt inn. Men det gikk veldig fort, og uten at jeg måtte gå gjennom mange ledd. Er veldig glad for hjelpen jeg fikk.» (Pasient)

Flere av informantene hadde vært i kontakt med andre hjelpeinstanser tidligere, og påpekte at APT ga raskere hjelp enn andre instanser. En pårørende beskrev det slik:

«Det var en Guds lykke at vi tok kontakt med APT. Der var de med en gang – samme kvelden! Vi har kjempet i så mange år... plutselig... det å få sånn medvind plutselig, var nesten sånn at jeg måtte holde meg fast i bordkanten.» (Pårørende)

Det ble fastslått i alle fokusgruppene at det var viktig at APT er tilgjengelig både dagtid, ettermiddag og kveld, fordi som en av pasientene uttrykte det: *«Folk er jo ikke syke etter klokka»*. Både pårørende og pasienter beskrev ettermiddagene og kveldene som ofte de vanskeligste tidspunktene å håndtere når man er psykisk syk.

Etter APTs åpningstid (kl. 8-22) ivaretas vakttelefonen av nattevaktene på døgnetenhetene, og informantene ga positive tilbakemeldinger om at hvert SPH har en døgnåpen vakttelefon for akutt hjelp. Samtidig ble det drøftet i alle fokusgruppene at man gjerne skulle hatt APT fysisk tilgjengelig for hjelp og samtaler også på nettene (kl. 22-08):

«APT skulle hatt døgnvakt 24/7. Mange ganger er det verst fra klokka 17 og utover kvelden. Sist gang måtte jeg ringe politiet, da startet det seint om kvelden. Hvem skulle jeg henvende meg til? Hadde APT vært der, kunne mye vært berget.» (Pårørende)

Det ble i tillegg påpekt at helger og høytider er en vanskelig tid, samtidig som andre tjenestetilbud da er stengt. APT har helgeåpent kl. 10-18, men med lavere bemanning enn i ukedagene. Det ble etterspurt utvidet åpningstid og flere ansatte på vakt i helger/høytider, fordi de erfarte at APT var nødt til å være mer stasjonære i helgene enn i ukedagene på grunn av redusert bemanning.

Lavterskeltilbud og oppsøkende tjeneste

Pasienter og pårørende opplevde APT som et lavterskeltilbud og en oppsøkende tjeneste. Det var fremhevet som viktig for begge parter at APT kunne rykke ut til mennesker i krise, og at de tok kontakt med pasienter og pårørende på eget initiativ. Dette ble beskrevet som avgjørende både i akuttsituasjoner, ved oppfølging av pasienter i etterkant og for å forebygge nye kriser. Mange av pasientene understreket at det var til stor hjelp at APT kunne komme hjem til dem, når de hadde det ekstra vanskelig:

«Når man kjenner seg veldig opprørt, og hatt det vanskelig en tid... Da kommer APT hjem til meg, og jeg kjenner at klumpen slipper taket.» (Pasient)

Fra de pårørendes side ble det også vektlagt stor betydning at APT kunne tilkalles på kort varsel og rykke ut i en krisesituasjon. Flere av de pårørende hadde erfart at helsetilstanden til den syke kunne være så alvorlig at det ikke var mulig for familien å få vedkommende ut av døra hjemme:

«Synes det fungerer så bra. Når det er akutt, da kan APT komme hjem til oss. Det er ikke bare å dra hjemmefra når det er en akuttsituasjon hjemme. Det er godt å få hit en person med erfaringer, som får henne til å roe seg og tenke annerledes.» (Pårørende)

Flere av de pårørende hadde opplevd at APT på eget initiativ ringte eller på annen måte tok kontakt med pasienter, som del av oppfølgingen eller ut fra bekymringer de hadde for vedkommende. En pårørende fortalte at det var en lettelse å vite at APT ringte til moren når hun hadde det vanskelig:

«Jeg har ikke selv tatt kontakt med APT, men jeg vet at de har tatt kontakt med mamma. (...) De kjenner henne godt. Jeg synes det er fint at ut fra kjennskap til henne er i forkant, og tar kontakt hvis de er bekymret. Jeg har også fått et annet liv etter at hun fikk tilbud om re-innleggelser på døgnavdelingen. Jeg kan senke skuldrene. Det er noen som følger med henne, følger henne opp og tar ansvar for henne. Jeg trenger ikke lenger være redd når telefonen ringer...» (Pårørende)

I alle fokusgruppene ble det trukket fram som positivt at APT var et lavterskeltilbud for kontakt. Det ble presisert at APT med dette var til hjelp før ting ble for vanskelig for dem, og at det bidro til å forebygge og unngå innleggelser. Samtidig understreket flere pasienter at de ønsket å klare seg selv, og ikke be om hjelp før det føltes helt nødvendig:

«Jeg tyner meg i det lengste, vil ikke mase på dem utidig. Ble bedre når jeg fikk beskjed av APT at det er et lavterskeltilbud. Synes det er lettere nå å ta kontakt, selv om det fremdeles er vanskelig. Det er godt å ringe dem, man får lettet trykket. Ting bygger seg opp, men det trenger ikke vokse deg over hodet lengre. Det å få snakket med noen, det blir lettere da...» (Pasient)

Pårørende fortalte at de satte pris på å kunne ta kontakt med APT i en tidlig og usikker fase, for å søke råd og diskutere hva som kunne gjøres for å unngå at situasjonen forverret seg:

«Det var en stor lettelse å få et system på dette. Å slippe å overbevise en ukjent lege på legevakten lenger. Noen tar ansvar. Og det viktigste: man får hjelp i en tidlig fase. Vi vet hvor man kan ringe, og man møter noen profesjonelle som kan hjelpe (...). Jeg kan kontakte dem i en usikker fase for å drøfte med dem, og de kjenner meg.» (Pårørende)

«Når jeg har pratet med APT, føler jeg meg hørt og fått roet meg ned. Når jeg må gå på vakt 24/7 hjemme for å passe på henne når hun ikke vil leve lenger... når jeg ikke klarer dette lengre, da gir jeg APT beskjed.» (Pårørende)

Samtidig ble det problematisert at det kunne være vanskelig å vite når man kunne ta kontakt med APT, og hva akuttilbudet i praksis innebærer:

«Jeg lurer fremdeles på hvor lenge jeg må holde ut? Jeg har mange ganger ventet med å ringe. Er det slik at man må være nær en innleggelse før man ringer dem? Er usikker på dette med hva jeg kan avgjøre, og være med på å bestemme...» (Pasient)

Det var heller ikke alle pasienter og pårørende som var klar over at akuttjenesten er et døgntilbud eller at APT kunne komme på hjemmebesøk. De ble derfor gitt

tilbakemelding om at det bør informeres bedre om tilbudet, og at det er noe uklart hvilken type hjelp og arbeidsform APT praktiserer:

«Jeg hadde fått inntrykk av at APT ikke kommer hjem til pasientene. Når hører jeg her at de gjør det. Skulle ønske det var et tilbud der de kom hjem til meg også....» (Pasient)

«Vi visste ikke at dette var et døgnkontinuerlig tilbud. Det bør gis ut bedre informasjon om tilbudet som finnes. Når man står midt oppi en krise, så er det ikke alltid lett å huske hva som er blitt sagt. Dersom jeg hadde fått med meg noe skriftlig informasjon, så kunne jeg sett på det senere når jeg kom hjem.» (Pårørende)

Det ble forklart fra flere hold at det kan være vanskelig å ta imot informasjon som gis muntlig i en akuttsituasjon. Det ble foreslått av en informant at APT rutinemessig kunne gitt pasienter og pårørende et skriftlig, standard informasjonsskriv og et visittkort ved førstegangs henvendelse, som man kunne ta med seg hjem til gjennomlesing.

Det ble i tillegg påpekt at mange erfarte at kommunale helse- og sosialtjenester ikke hadde god nok kjennskap til akuttilbudet ved SPH-ene, og det ble påpekt et behov for bedre informasjon til aktuelle samarbeidsparter og allmennheten om at det finnes et døgnkontinuerlig akuttilbud ved de enkelte SPH.

Å bli tatt på alvor

Et tredje sentralt tema som ble løftet fram i fokusgruppene, var viktigheten av å bli tatt på alvor når man ringte vakttelefonen eller henvendte seg på annen måte til APT for hjelp. Pasienter og pårørende ved alle de tre sentrene ga tilbakemelding om at de følte seg godt ivarettatt av APT/døgnet, og opplevde å bli møtt på en respektfull måte. De fleste følte seg sett, trodd på og tatt på alvor i den situasjonen de var i, og satte pris på at APT tok seg tid til den enkelte:

«Jeg ringer APT når jeg er langt nede, og de tar meg alltid på alvor» (Pasient)

«Synes jeg har blitt møtt så veldig bra. Hvis jeg ikke hadde møtt APT, vet jeg ikke hvor jeg hadde vært i dag. Jeg ble trodd. Følte at fastlegen ikke trodde meg.» (Pasient)

«Min første tanke var: endelig noen som kan hjelpe meg. Det var en letthetsfølelse! Endelig noen som kan forstå mitt problem som pårørende oppi dette.» (Pårørende)

«Dette er første gang hun og vi har blitt tatt så seriøst. Det har vært tidligere utredninger uten at det skjedde noe som helst (...). Vi har jobbet i så mange år for å få hjelp – det er rart at det skal være så vanskelig å få hjelp for barn og ungdom. BUP er et fryktelig tregt system. Mye lettere å få hjelp i voksenpsykiatrien. Vi har nå fått alle telefonnumre, hun kan ringe dem døgnet rundt. Har ikke hatt et slikt godt tilbud andre steder.» (Pårørende)

Videre ble det gitt gode tilbakemeldinger til medarbeidere ved APT/døgnet som varme og omsorgsfulle i sin kommunikasjon, og flinke til å bygge opp gode relasjoner med brukerne:

«Alle har den følelsen av at man er spesiell for dem. Det er en skikkelig god følelse!» (Pasient)

«Det er akkurat som å kunne ringe til en god mor å ha en fortrolig samtale, den følelsen når jeg ringer til APT. De hører meg. De ser meg.» (Pasient)

«Har bare positivt å si om APT. Det var et så behagelig fint vesen som møtte meg. Hun snakket et språk jeg forstår. Jeg vet at dersom det blir tøft, kan jeg ta kontakt igjen.» (Pas)

Et annet moment som ble trukket fram som positivt var at man fikk en kontaktperson ved APT. På den måten kunne man bygge opp en relasjon og tillit til vedkommende, og slippe å måtte forholde seg til mange ulike personer. Noen ga uttrykk for at hjelpen man fikk og måten man ble møtt på kunne være personavhengig. Samtidig ble det trukket fram av flere informanter at de opplevde god intern kommunikasjon i APT, som gjorde at det var greit å snakke med andre også:

«Et par ganger har jeg ikke fått snakket med den faste kontaktpersonen, men med noen andre. Det har gått veldig bra. Det er akkurat som de er støpt i samme form disse damene her, de er så varme!» (Pasient)

Hjelp ut fra behov

Informantene ga tilbakemelding om de synes det var god kvalitet på akutttilbudet ved SPH-ene, med mange dyktige fagfolk ansatt både ved døgnerhetene og APT. Særlig ble det trukket fram at man hadde fått god og nyttig hjelp i tråd med egne behov:

«Nå har vi blitt kjent, og de kjenner min problematikk. De 'senser' hvor jeg er. Jeg opplever å få gode råd. Og så opplever jeg at de hører på meg.» (Pasient)

«Hjelpe har vært kjempegod. De har hjulpet meg mye. De har stilt de rette spørsmålene. Jeg vet nå at det er noen jeg kan ringe når jeg trenger det.» (Pasient)

«Det er så bra å ha noen å snakke med. Klumpen forsvinner. Den løsner. De har det øret du trenger der og da» (Pasient)

Samarbeid mellom ansatte og pasient og/eller pårørende er et sentralt aspekt i en akuttsituasjon, og tilbakemeldingene fra informantene var at de hadde et godt samarbeid med både APT og døgnerheter. Det ble sagt at de opplevde ansatte som jevnt over flinke til å ta pasienter og pårørende med i beslutningsprosessen:

«Jeg har vært vant til å måtte klare mye selv. Jeg har blitt positivt overrasket. Etter hvert som man er blitt kjent, har det blitt veldig bra. APT kjenner historien. De vet hva det gjelder når jeg ringer. De er løsningsorienterte. De forstår situasjonen. Noen ganger blir det innleggelse, og andre ganger er hun hjemme. Vi drøfter dette sammen.» (Pårørende)

«Jeg har fått innleggelse en gang med å bruke APT. Da ønsket jeg det selv. Etter dette har jeg unngått innleggelse, veldig mye takket være APT og den hjelpen jeg får fra dem.» (Pasient)

Det ble imidlertid nevnt enkelte episoder hvor pasienter og pårørende ikke synes samarbeidet var godt nok. En pasient fortalte om en negativ opplevelse i samarbeidet med APT, hvor hun oppdaget at APT hadde kontaktet andre hjelpeinstanser om henne - uten at hun selv var involvert:

«De hadde snakket sammen. Men samarbeidet ikke med meg.» (Pasient)

Andre sa det kunne være personavhengig hvordan hjelp man fikk, og om de opplevde hjelpen som nyttig. En av de pårørende syntes informasjon og inkludering av de pårørende kunne vært bedre i starten, men at det hadde utviklet seg til et godt samarbeid etter hvert som man ble kjent med hverandre:

«I begynnelsen måtte jeg etterspørre og skaffe informasjon selv. Etter hvert har vi blitt en gjenganger i systemet, og blir både spurt til råds og informert. Vi snakker sammen om hva som kan være gode løsninger.» (Pårørende)

Det kom videre fram at en del av informantene ikke visste om at akuttjenesten i Avdeling Sør har en legespesialist i bakvakt tilgjengelig 24/7, og kun en fåtall var klar over muligheten for VK-konsultasjon med bakvakt. Det ble gitt tilbakemelding om at det er ønskelig med informasjon om bakvaktsordningen til pasienter og pårørende, og at man som pasient i større grad ble inkludert i vurderinger som angikk dem selv hvor bakvakt kontaktes av APT/døgnetenhet:

«Jeg kunne godt tenke meg både å se og høre bakvaktlegen jeg også. Hvert fall i enkelte situasjoner. Tenker at vedkommende også kunne ha godt av å se meg også. Når bakvakta kontaktes for vurdering av meg, vil jeg gjerne være med på den samtalen.»

Drøftingene i fokusgruppene tyder på at det er noe ulikhet mellom de tre sentrene i forhold til hvordan type hjelp pasientene fikk, og hvilke metoder de benytter i oppfølging av pasientene. Tilbakemeldingene fra de fleste av pasientene var likevel at de stort sett hadde fått råd og verktøy som var hjelpsomme for å komme seg videre:

«Jeg har gått i samtaleterapi mange år tidligere, men fikk ingen verktøy. Når jeg kom til APT – jeg har aldri fått så god hjelp før. De har gitt meg verktøy, dette har vært mest betydningsfullt. De har gitt meg oppgaver mellom hver gang. Det har påvirket meg positivt på så mange måter.» (Pasient)

«Jeg har fått gode verktøy. De har gitt meg konkret hjelp. Før brukte jeg å spørre folk, kan dere si meg hva jeg skal gjøre? Ingen kunne det.» (Pasient)

Pasienter og pårørende sa videre at det var viktig for dem at det nå fantes en tilgjengelig akuttjeneste i nærområdet, hvor de kunne få hjelp lokalt av APT eller døgnetenhet. En av de pårørende mente dette kunne forebygge lengre innleggelser på akuttavdeling på et sentralsykehus:

«Det er flott med et lokalt tilbud i en tidlig fase. Det er bedre med en kort innleggelse lokalt, enn et «dypdykk» over flere måneder langt unna» (Pårørende)

Pasienter som hadde vært innlagt på den lokale døgnetenheten, sa at de foretrakk å få innleggelse i nærområdet framfor å bli sendt til sentralsykehus i Tromsø. Det gjorde det mulig å ha kontakt med familie og venner. Noen synes det var en skremmende tanke å skulle bli sendt til et sykehus langt unna der man bor til daglig, hvis det ikke var helt nødvendig. I de tilfeller hvor alvorlighetsgraden tilsa innleggelse på sentralsykehusnivå, så ble det presisert at det er en del utfordringer knyttet til transport og ledsagerordning. Det ble gitt flere eksempler på negative erfaringer med transport av svært syke pasienter i drosje i flere timer til Tromsø, med kun pårørende med som ledsager. Dette ble beskrevet som skremmende og vanskelig opplevelse for den pårørende. Det ble gitt klare tilbakemeldinger om at transportordningen bør forbedres, slik at man sikrer forsvarlig og verdig transport av pasienter over lengre avstander uten at pårørende blir sittende alene med ledsageransvaret.

Trygghet og sikkerhetsnett

Et gjennomgående tema i fokusgruppene, var at pasienter og pårørende opplevde det som en viktig trygghet i hverdagen å vite at det fantes et døgkontinuerlig tilbud ved SPH hvor man kunne ringe når som helst. Akuttjenestens tilgjengelighet 24/7 fungerte på denne måten som et sikkerhetsnett for brukerne:

«Jeg blir jevnlig dårlig, og har mye med APT å gjøre. Har mest positive erfaringer. Vi begynner å bli kjent. Bare å vite at dem er der, er viktig. Mange ganger tenker jeg å ringe dem, men gjør det ikke likevel. Det er trygghet bare å vite at de er der. De vet hva de holder på med. Vil

heller ta kontakt med APT enn med fastlege. Jeg vil benytte anledningen til å skryte av dem, de vet hva som kan hjelpe meg» (Pasient)

«Det var en trygghet at hun fikk beskjed om å kunne ringe når som helst. Både vi som pårørende og hun selv fikk telefonnummeret.» (Pårørende)

«Det er ikke bestandig det de sier som er viktigst, men at de lytter. Det er veldig betryggende å vite at det er noen der jeg kan ringe.» (Pasient)

«Mamma blir trygg av lett tilgjengelighet bare en telefon unna, og at de på APT også ringer henne.» (Pårørende)

En pasient understreket betydningen av at sentrene med bakvaktordningen, også har medisinsk ekspertise tilgjengelig hele døgnet. Han fortalte om en situasjon hvor han plutselig ble veldig dårlig, og hadde kontaktet APT som igjen ringte bakvaktlegen. Vedkommende kunne raskt fastslå at tilstanden ikke skyldtes psykiske vansker, men at pasienten var alvorlig somatisk syk og trengte akutt hjelp.

«Det er viktig med en lege i bakvakt, som kan være med på å gjøre gode vurderinger. Det blir et sikkerhetssystem.» (Pasient)

Et konkret tiltak som ble opplevd som trygghetsskapende for både pasienter og pårørende, var mulighet for re-innleggelser på den lokale døgnenheten. Dette ble løftet fram som en hensiktsmessig ordning for både pasienter og deres familier, fordi det skapte kontinuitet og forutsigbarhet i behandling og oppfølging:

«Re-innleggelser er en veldig god ordning. Hvis jeg vet jeg skal dit, føles dette som en veldig sterk trygghet. Terskelen for å søke hjelp er veldig høy. Godt å derfor ha gjort avtaler på forhånd.» (Pasient)

«Trygghet er et nøkkelord, og re-innleggelser gir forutsigbarhet. Vi vet at hjelpen er nær. Da kan innleggelsen vare kort.» (Pårørende)

«Tryggheten i tilbudet står sentralt. Vi klarer mye selv når man vet at man får hjelp hvis det ikke går. Hvis man vet at hjelpen kommer, så holder man ut. For eksempel man vet at hun skal på re-innleggelse om noen dager.» (Pårørende)

Pårørende i alle fokusgruppene var samstemte i at det var viktig for dem å ha en tilgjengelig akuttjeneste, som et sikkerhetsnett i hverdagen. Det ble fortalt om en slitsom livssituasjon med stort ansvar for den som er psykisk syk, hvor de som pårørende ofte følte seg alene og var redd for hva som kunne skje. Å vite at de hadde APT å kontakte og dele ansvaret med, var derfor ansett som et viktig trygghetsaspekt:

«Det er godt å få hjelp av noen profesjonelle. Det føles betryggende. Jeg vet at hun er i de beste hender, og jeg kan slappe mer av nå. Jeg har fått sett hvor flinke de er.» (Pårørende)

Samtidig understreket pårørende at det var viktig for dem å bli informert og inkludert i oppfølgingen av pasienten:

«Når den syke får hjelp, blir det en trygghet for meg som pårørende. Det er også en trygghet at jeg får møte de hun møter.» (Pårørende)

Det ble imidlertid drøftet i alle pårørendegruppene, at akuttjenesten har et forbedringspotensial når det gjelder samarbeid med pårørende. Det ble særlig vektlagt et ønske om at SPH og SyS inkluderer

pårørende i større grad i forkant og etter utskrivelse fra sykehusinnleggelser, slik at pårørende er forberedt og kan bidra til å sikre at pasienten har nødvendig oppfølging:

«Det burde være noen form for oppfølging når man sender folk hjem, noen som tar kontakt med oss.» (Pårørende)

Det ble videre løftet fram viktigheten av at APT tar kontakt med pårørende i etterkant av en krisesituasjon også når pasienten følges opp poliklinisk uten innleggelse. Noen av de pårørende fortalte de hadde blitt ringt opp av APT i ukene etter en akutthenvendelse, som hadde betydd mye for dem. Andre ga tilbakemelding om at de skulle ønske at man som pårørende i større grad hadde blitt fulgt opp en periode etter en slik krisesituasjon, fordi de ofte lever tett på den som er syk og blir sittende med et stort ansvar for vedkommende i etterkant:

«Det er utrolig tøft for pårørende å stå i det. Han har bodd hos oss siden dette skjedde. Jeg skulle ønske jeg ble innkalt til samtale jeg også sammen med han av og til, sånn at jeg får vite noe av det samme som han.» (Pårørende)

«Jeg kunne tenkt meg at APT ringte meg opp og spurte hvordan det går. Det skjer jo noe med oss. Noen burde spørre, hva skjer med de andre i familien når de lever med en selvmordstruet person?» (Pårørende)

Endringer i akuttjenesten

De av informantene som hadde erfaringer med det psykiatriske hjelpetilbudet ved SPH-ene fra tidsperioden før innføringen av DeVaVi i 2011, ga alle uttrykk for en merkbar endring i positiv retning. En av pasientene sa at «*det er himmelrike å være syk nå i forhold til for 30 år siden*». Det ble fremhevet at endringene har bidratt til en mer tilgjengelig tjeneste, raskere hjelp, få hjelp lokalt i sitt nærmiljø, samt mer avlastning for pårørende:

«Det var vanskeligere å få hjelp før. De ville bestandig bare sende meg et annet sted. Sist gang ble jeg i stedet spurt: Du må bare si fra hva du trenger, så kan vi hjelpe deg. Det er mye enklere. Jeg fikk plass på døgnenheten med en gang jeg trengte det, og fikk stoppet noe som kunne blitt skikkelig ille.» (Pasient)

«Det har vært en positiv utvikling de siste årene. Er så sjeleglad for at det er noe som heter APT, og at de har krisesenger på døgnavdelingen. Før, hvis du ble syk på en fredag, måtte du vente til mandag eller bli sendt til Tromsø. Langt vekk. Nå får vi hjelp i vårt nærmiljø, her hvor vi har familie. De kan stikke innom meg på besøk når jeg er innlagt. Familien min er veldig viktig for meg. Nå kan APT også komme hjem til meg. Det er bare helt fantastisk! Det har vært ei 'rivanes' utvikling.» (Pasient)

«Tidligere hadde man alt ansvaret alene som pårørende. Nå er det et helt system med ulike muligheter. Dette er veldig bra.» (Pårørende)

Det ble videre påpekt at APT som tjeneste har utviklet seg i positiv retning fra oppstart og fram til i dag. Det ble fortalt om noen startproblemer i etableringsfasen, men at man erfarte at APT har gradvis utviklet sin kompetanse, utvidet sitt og erfaringsgrunnlag, og blitt mer tilgjengelig og gir raskere hjelp:

«Har hatt kontakt med APT over flere år. I starten før vi ble kjent var ikke alt like positivt. Men etter hvert vet de mer om hvordan de kan møte meg. Vurderinger om hvor akutt det er, har blitt mye bedre. Tidligere handlet de oftere i panikk, og det var misforståelser over telefon.

Det har blitt veldig bra de siste to årene. Du kan ha masse trykk inni deg, så tar man en telefon til dem, og så letter det. Det forebygger at jeg blir verre.» (Pasient)

«Jeg opplevde det var litt startproblemer i APT, og de kom med mange lettvinte løsninger. Nå har de kommet mye lengre, og jeg opplever at de har bredere kompetanse. Og de har fått kompetanse på mange områder (...) De hjelper meg veldig når jeg har tøffe perioder, og det forebygger innleggelse.» (Pasient)

Innspill til forbedringer

Pasienter og pårørende ga ulike innspill til hvordan akuttjenesten kan forbedres ytterligere. Basert på disse tilbakemeldingene kan forbedringsområdene oppsummeres i følgende punkter:

Informasjonsarbeid

- Informasjon om akuttjenesten til helse- og sosialtjenester i kommunene
- Informasjon om akuttjenesten til befolkningen for øvrig (nettsider, brosjyrer etc.)
- Skriftlig informasjon til pasienter og pårørende om akuttjenesten ved førstegangs henvendelse
- Informasjon til pasienter og pårørende om legespesialist i bakvakt og mulighet for VK

Videreutvikling av APT

- Tydeliggjøring av tjenestetilbudet og hvordan type hjelp APT kan gi
- Utvikle videre APT som lavterskeltilbud og oppsøkende, ambulerende tjeneste
- Sikre at bakvakt kontaktes til nødvendige vurderinger av pasienter
- Sikre at VK-konsultasjoner benyttes ved behov
- 24/7 beredskap og økt bemanning i helgene

Pårørendearbeid

- Informasjon, samarbeid og inkludering av pårørende
- Ta pårørende med tidlig i prosessen
- Avlaste pårørende for ansvar
- Inkludere og samarbeide med pårørende før/etter utskrivelse fra sykehus
- Aktiv oppfølging av pasienter og pårørende etter krisesituasjoner
- Sikre forsvarlig transport- og ledsagerordning

Oppsummering

I all hovedsak gir pasienter og pårørende uttrykk for tilfredshet med akuttjenesten i Avdeling Sør, og gir tilbakemelding om gode erfaringer som brukere av tjenestetilbudet ved de enkelte SPH.

Oppsummert opplever pasienter og pårørende akuttjenesten som lett tilgjengelig med rask hjelp, og som et lavterskeltilbud og en oppsøkende tjeneste. Dette bidrar til trygghet og et sikkerhetsnett i hverdagen for både pasienter og pårørende. Videre opplever pasienter og pårørende at de blir tatt på alvor og møtt på en god måte, med nyttig hjelp i tråd med deres behov. Pasienter og pårørende ser det som viktig at akuttjenesten har en vakttelefon som kan kontaktes 24/7, med mulighet for innleggelse hele døgnet. Det verdsettes også at det finnes legespesialist i bakvakt, og at man kan få hjelp av APT eller døgnenhet lokalt i sitt nærmiljø. De av informantene som har hatt erfaringer med akuttjenesten over lengre tid, er samstemte i at tjenestetilbudet har utviklet seg i positiv retning og i større grad møter pasienters og pårørendes behov. Det er likevel noen utfordringer som skisseres. Pasienter og pårørende gir tilbakemelding om at akuttjenesten har særlig forbedringspotensial når det gjelder informasjon, tydeliggjøring av APT som tjenestetilbud, samt samarbeid og inkludering av pårørende i oppfølging av pasienter.

3.2 Erfaringer fra medarbeiderne i Avdeling Sør

I dette kapittelet presenteres tilbakemeldinger gitt fra medarbeiderne på evalueringsseminaret som ble arrangert 17. februar 2015. Utfra tilbakemeldingene vi fikk ble det skrevet et sammendrag.

«Plutselig legger vi inn pasienter på natt lokalt»

Medarbeiderne ga tilbakemeldinger på at de generelt opplever endringene i akuttjenesten som veldig positive. Akuttjenestene oppleves i stor grad å være flyttet ut til SPH, og omleggingen har også ført til bedre kontinuitet, stabilitet og kvalitet i behandlingstilbudet for inneliggende pasienter på de lokale døgnenhetene.

Medarbeidere på døgnenhetene erfarer at det har skjedd store endringer i arbeidsoppgaver og innleggelsesmønstre de siste årene. De forteller at døgnenhetene nå håndterer akutte innleggelser, også på natt. Pasientpopulasjonen på døgnenhetene har endret seg, og de har flere pasienter med alvorlig psykoselidelser enn tidligere. Det oppleves som positivt at det er større tilgjengelighet til døgnenhetene enn før, og det oppleves veldig bra å kunne gi et godt tilbud til pasienter lokalt. Samtidig har dette medført noen utfordringer, og det fortelles om enkelthendelser der innleggelser på natten har opplevdes som utfordrende. Dette gjelder spesielt innleggelser av pasienter som er påvirket av rusmidler. Flere av medarbeiderne gir tilbakemeldinger på at lokale døgnenheter ikke har rammer til alvorlig utagering.

«Alt går så fort nå, og det har skjedd mange endringer. Plutselig legger vi nå inn pasienter som er ruset på natt. Dette kan oppleves utrygt. Man har ingen sikkerhet på natt, ingen i bakhand. Har lege langt unna, men ingen folk ved en eventuell utagering. Vi har bra akuttsystem for pasient, men hvordan ivareta personalet og de andre pasientene dersom det skjer noe?»

Tidligere var flere av pasientene med et høyt omsorgsnivå frivillig innlagt på Subakuttpost Sør. Etter at denne posten ble lagt ned opplever døgnenhetene å få pasienter som er sykere enn før. I forbindelsen med nedleggelsen ble det iverksatt tiltak, ved at de fikk blant annet tilført stillinger på APT og Døgnenhetene. Nedleggelsen opplevdes likevel som krevende:

«Subakuttpost Sør hadde utviklet et fagmiljø, så selv om vi fikk tilført stillinger demmet ikke dette på kort sikt opp for kompetansen som ble borte».

Lokalt på døgnenhetene kan tjenesten fremdeles oppleves som sårbar dersom sentrale personer går ut i permisjon eller slutter. Ved en av enhetene mistet man tilstedeværende psykiater i 2014. Flere av medarbeiderne der fortalte at pasienter man tidligere klarte å gi et tilbud til lokalt, nå måtte dra til sentralsykehuset i Tromsø. Utover dette er det fremdeles noen av pasientene som selv ønsker å dra til Tromsø selv om de har et tilbud på lokal døgnenhet. Ved behov for innleggelse på akuttpost, oppleves det som smidig. Medarbeiderne på akuttposten på sykehusseksjonen ga tilbakemelding på at de har inntrykk av at de pasientene som nå henvises dit har behov for de rammer som akuttposten gir. Dette er endring i forhold til tidligere, ved at det er i større grad de «riktige» pasientene som nå kommer til akuttpost i Tromsø. Det forekommer imidlertid fremdeles innleggelser til akuttposten i Tromsø som ikke går via vakttelefonen og bakvaktsystemet.

«Det har ikke vært mulighet til å ha akuttfunksjon uten tilgang til leger i bakvakt.»

Flere av medarbeiderne påpekte at det ikke hadde vært mulig å få til en akuttjeneste på ettermiddag, natt og helg uten tilgang til leger i bakvakt. Det oppleves som en stor trygghet å ha noen å konferere og drøfte ulike problemstillinger med, og helt nødvendig når beslutninger skal tas. Videre oppleves

det som en stor trygghet at legen har engasjement for senteret, lokalkunnskap og er kjent for de ansatte.

«Det er en stor fordel at legene i vaktsystemet kjenner pasientene og området, og at jeg kjenner legene som går i vakt. Dette gjør det lettere å ta kontakt med bakvakten for å drøfte saker. Jeg setter også stor pris på når bakvakten selv tar kontakt for å sjekke hvordan det går (spesielt i helgene), da dette også senker terskelen for å ta kontakt tilbake.»

Det ble videre sagt at trygghet for de ansatte gir trygghet i jobben.

Det å ha lege tilgjengelig opplevdes viktig for å kunne gi rask og god hjelp:

«Vi har hevet kvaliteten på behandlingen, nå kan vi starte behandling med en gang når pasienten kommer inn gjennom god dialog med bakvakta. Når pasienten kommer inn, kan personalet ta kontakt med bakvakta og drøfte hva vi skal gjøre. Vi bruker legen som har vakt på ettermiddag og kveld, ellers bruker vi vår faste lege på senteret.»

Vaktordningen ble brukt noe ulikt på de forskjellige sentrene. Tilgang til leger lokalt avgjør konferering på dagtid i hverdager, men noen brukte vaktordningen også da. Bakvakten ble også i noen tilfeller brukt til å drøfte inneliggende pasienter.

«Vi kontakter bakvakta også på dagtid dersom vi trenger det.»

«Vært litt fram og tilbake når det har vært mangel på lege hos oss, da har vi brukt vaktlegen også på dagtid for å drøfte saker.»

Noen uttrykte usikkerhet i forhold til når og hvordan bakvakta kan brukes:

«Noen ringer bakvakta, andre ikke. Noen vil ikke forstyrre bakvakta på natt, da må det være veldig alvorlig.»

«Bakvakten handterer det som skjer der og da, men lager ikke løp videre. Har fått beskjed om at dette må løses lokalt.»

«Det er et godt system på helg og kveld. Sliter noen ganger med å få kontakt med legene mellom 08-16. Har forstått på noen av legene at de ikke har vakt mellom 08-16. Noen mener at vakten starter klokken 16.00. Ulik praksis fra legens side i forhold til hvor tilgjengelig de er.»

Legene opplevde at vaktsystemet alt i alt fungerer svært bra, og det å jobbe som bakvakt i et slikt vaktssystem erfares som positivt. De henvendelsene som kommer til bakvakten er stort sett henvendelser om saker som bør drøftes med bakvakt. De erfarte likevel at det mangler noe på rutinesiden i forhold til når og hvordan bakvakt skal brukes. Ved innleggelse av kjente pasienter oppfattes det ofte som ikke nødvendig å kontakte bakvakten. Bakvakten blir heller ikke alltid orientert om innleggelser som gis som lavterskeltilbud, eller innleggelser som gjøres av andre enn bakvakter. Både medarbeidere i døgnetenhetene, APT og legene i bakvakt ønsket at bakvaktene fikk informasjon om også slike innleggelser, da dette oppleves som viktig for å ha oversikt over situasjonen i avdelingen, og for å ivareta pasientsikkerhet ved innleggelser. Det ble påpekt at det er viktig med rutine om informasjon til bakvakt om alle innleggelser/oppfølging (for eksempel i forhold til suicidalitet).

Samtidig er dette et ressurssspørsmål som må drøftes nærmere:

«Burde bakvakt snakke med alle pasienter som blir innlagt? Er det hensiktsmessig? Er det nødvendig?»

«Skal vi gjøre vurdering av alle pasientinnleggelser? Gir økt kvalitet, men er ressurskrevende.»

Bakvakter opplevde også at det noen ganger var utydelighet i forhold til pasienter under 18 år, og ønsket mer avklaringer i forhold til rutiner, samarbeidsparter og hvem som har ansvar for hva.

«Et helhetlig system, vi ønsker å samarbeide for en sammenhengende tjeneste»

Medarbeiderne i avdelingen opplever at de stort sett har et godt samarbeid og kommunikasjon mellom seg i avdelingen både mellom APT, døgnerhetene og bakvakt systemet.

«Vi har gode holdninger internt, snakker samme språk, forstår hverandre, og har de samme utfordringene.»

Spesielt framheves det som positivt at det er innført faste og regelmessige samarbeidsmøter på videokonferanse mellom sykehusseksjonen og døgnerhetene på SPH hver uke. Medarbeiderne har blitt kjent med hverandre, og det har gitt bedre samhandling om det enkelte pasientforløp. Disse møtene har også medført bedre samhandling mellom de ulike døgnerhetene i avdelingen, blant annet ved kapasitetsutfordringer der man kan bruke døgnerheter ved andre SPH når det ikke er kapasitet lokalt.

«Det er blitt mye bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttposten og døgnerhetene på SPH enn før. Man opplever i større grad som likeverdige parter.»

Ved noen av sentrene deltar også APT på disse møtene, dette oppleves som positivt. Døgnerhetene og APT samarbeider i det daglige om innleggelser, men det er av flere uttrykt ønske om flere samarbeidsmøter og arenaer for å sikre sammenhengende pasientforløp. Det ble fortalt om et godt samarbeid mellom døgnerheter og APT, men at det er potensiale for å bli enda bedre.

Arbeidet med å tydeliggjøre ansvarsforholdene og arbeidsoppgaver mellom døgnerhetene og APT har vært viktig. Dette har medført bedre flyt og at pasientens forløp i større grad blir sees under ett. «Samhandlingsstrategien for Avdeling Sør» oppleves også som et viktig bidrag til bedre samhandlingsflyt:

«Det er enklere å få lagt inn på egen døgnavdeling enn før, samhandlingsregelen oppleves som en svært god føring.»

Ved to av sentrene samarbeider døgnerheten og APT også om bruk av personalressurser.

«Ambulant team bistår i noen sammenhenger oss på døgner, og vi motsatt. Veldig bra når Ambulant team har mulighet til å følge pasient inn ved innleggelse på døgner dersom vi har mye å gjøre. Selvfølgelig viktig å være edruelig på dette, og at vi ikke utnytter ambulant team ved vikarbehov.»

Akuttpost Sør gir tilbakemelding på at det er et større potensiale for å benytte APT i forbindelse med utskrivelser og oppfølging av pasienter etter utskrivelse, enn det som blir benyttet i dag. Dette støttes av flere fra APT, der de i noen sammenhenger erfarer at døgnerhetene ikke har involvert APT i pasientforløpet før utskrivelsen. Dette gjelder spesielt fra sykehusseksjonen.

Rutiner kan og bør bli bedre:

«Legene er blitt flinkere å skrive notater i forhold til før, men man opplever fremdeles at det mangler notater i journalsystemet på at man har vært i kontakt med bakvakt lege.»

Legene opplever noen ganger på sin side at inntakstnotatene kan være mangelfulle fra APT og døgnettenhet. Det er noe ulikt hva som dokumenteres fra de ulike APT og døgnettene ved inntakst. Legene ønsket at det blir jobbet videre med å standardisere inntakstnotatene for å sikre god nok dokumentasjon. Flere ga også tilbakemelding på at avdelingen trenger flere standarder og rutiner i forhold til somatiske undersøkelser ved inntakst og innleggelser av pasienter ved SPH. Dette i form av at det sikres at alle pasientene får en kort somatisk sjekk (blodtrykk, puls, blodprøve, EKG) ved innleggelse. Dersom det ikke er lege på senteret, kan et forslag være å samarbeide med lokal legevakt.

Flere ga uttrykk for at man jobbet hele tiden med å forbedre kvaliteten på arbeidet sitt, og en stolthet over det man faktisk har fått til.

«DeVaVi har vært et kick-off på mange positive ting, vi er i gang og vil fortsette med det, vi er i positiv utvikling.»

Flere påpekt her at arbeidet med å utvikle organisasjonen og DeVaVi prosjektet har vært viktig for å bringe enhetene i avdelingen sammen. Man opplever seg i større grad som en del av en sammenheng. Det oppleves å ha vært en positiv utvikling i samarbeidet både internt i senteret og i klinikken, men også med andre samarbeidspartnere. Erfaringene er at det har vært jobbet en god del med å få til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Eksempler på dette fra ulike sentre var i forhold til kommunebesøk, avholdte samarbeidsmøter, samarbeid rundt enkeltpasienter og oppfølging av pasienter med TUD status. Her var det likevel påpekt at det alltid er et potensiale på bedre samhandling. Utfordringer her var blant annet at flere kjente på at senteret er mindre synlig i omkringliggende kommuner, og at man i større grad burde innhente kompetanse fra kommunene:

«Dette ønsker vi å gjøre noe med. Vi må ha mer tid til å snakke mer med de «der ute», de har en annen kompetanse og dette kan hjelpe oss også.»

Videre var det en utfordring å få god nok informasjonsflyt og kommunikasjon med fastleger, og god nok kommunikasjon med kommunene underveis i behandlingsforløpene (elektronisk meldinger).

Samtidig erfarte flere at kommunene noen ganger har store forventninger til hva spesialisthelsetjenesten skal stille opp med av tilbud. Noen ganger oppleves det at man gjør oppgaver som er i grenselandet til kommunale oppgaver.

«Psykiatritjenestene i kommunene «hviler» seg litt på oss av og til.»

Samtidig ble det sagt at det er utfordrende å lage gode systemer for overgangen mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste, og at det er viktig med fleksibilitet:

«Bedre å heller gå over på deres banehalvdel enn å være rigide og dermed holde litt for mye igjen.»

Medarbeiderne opplever å ha brukermedvirkning i fokus, og det jobbes for å ha et godt samarbeid med brukere og pårørende i det daglige rundt enkeltsaker. Det ble imidlertid også sagt at man burde jobbe mer med å få ut informasjon til brukere, pårørende og andre samarbeidspartner, samt trekke brukerkompetanse inn på systemnivå.

«Pårørendearbeid – det skal bli et satsningsområde framover. Vi har tenkt å begynne å registrere pårørendehenvendelser, videre invitere pårørende til fast samarbeid.»

«Vi bør ha et mål om større dialog med brukere, trekke brukerkompetanse mer inn i samarbeidsfora og ved videreutvikling av tjenestene.»

«Vi må kanskje bli flinkere å bruke videokonferanse»

Det er positive tilbakemeldinger på bruk av videokonferanse (VK) når dette brukes. Både medarbeidere og bakvakter forteller at VK mange ganger gir mer enn når man bare snakker i telefonen. Personalgruppen opplever bruk av VK som en stor støtte, spesielt ved suicidvurderinger. Flere er positivt overrasket hvor bra det har gått. Bruk av VK oppleves spesielt nyttig for legene i bakvakt når man har behov for å snakke med pasienten. Det ble videre presisert at VK er nyttig i uklare situasjoner, ved at man får dybde og større forståelse av situasjonen.

«Det blir en annen type bakvakt med VK som mulighet – men det gir en bedre kvalitet på tjenesten.»

Mediet oppleves ikke å være til hinder for å snakke med pasienter. Medarbeiderne erfarer at det er det samme som ved fysisk møte - noen vil prate, andre ikke, noen går ut og inn av rommet. VK brukes forskjellig av både sentrene, ansatte og bakvakter uten at man vet årsaken til dette. Personalgruppen har opplevd å foreslå bruk av VK, men at legene i bakvakt har sagt at dette kan ordnes på telefon. Det er også motsatte erfaringer, at legene noen ganger har bedt om å bruke VK uten at personalet på APT eller døgnerhetene har foreslått dette. Det er en generell oppfatning om at videokonferanse brukes i for liten grad:

«Vi må kanskje være flinkere å bruke VK systemet.»

Noen ga her tilbakemelding på at utvidet bruk av videokonferanse (for eksempel ved legekantor og psykiatritjenesten i omkringliggende kommuner), kunne ha stor nytteverdi og bidra til enda bedre tilgjengelighet til tjenesten.

«DeVaVi har så stort potensiale, så vi må bare fortsette i riktig retning»

Oppsummert kan det sies at medarbeiderne i Avdeling Sør opplever at akuttjenesten har endret seg de siste årene. De tar imot henvendelser fra pasienter og samarbeidsparter hele døgnet, og det erfarer at tjenesten som helhet er tilgjengelig 24/7. Døgnerhetene tar imot innleggelser hele døgnet, og jobber med en bredere pasientpopulasjon enn tidligere. Det at man har leger tilgjengelig i bakvakt oppleves som helt nødvendig for å få til en slik helhetlig tjeneste. Det har vært jobbet mye med samhandling og samarbeid for å få til bedre pasientflyt, og medarbeiderne trekker fram samarbeidsmøter og samhandlingsstrategien som viktige føringer. Flere understreket også viktigheten av at leger ambulerer til de døgnerhetene som har behov for det.

Medarbeiderne uttrykker at endringene har vært positive, og man er veldig fornøyd med å ha fått til mye som er bra. Det er fremdeles utfordringer som det må jobbes mer med, blant annet i forhold til rutiner internt og eksternt. Det vil også være nødvendig å drøfte grenseoppganger i oppgaver mellom lokalsykehus og sentralsykehus, og tilsvarende ut mot primærhelsetjenestene.

Medarbeiderne ønsker å fortsette med å utvikle tjenesten videre, i forhold til å ha fortsatt fokus på økt kvalitet på tjenesten, bruker- og pårørendeperspektivet og mer bruk av videokonferanse (økt tilgjengelighet).

3.3 Tilbakemeldinger fra dialogkonferansen

Oppsummeringen som følger under er basert på referat fra gruppearbeidene, og notat fra fremlegg og diskusjonen. Spørsmålene oppsummeringen viser er de som ble gitt som gruppeoppgaver.

Hva fungerer godt?

- God tilgjengelighet til psykiater i bakvakt når denne kompetansen er nødvendig
- Stabile videokonferanseløsninger og få tekniske problemer
- Godt samarbeid mellom bakvakt og forvakt ved vurdering av pasient via videokonsultasjon
- Ambulante psykiatriske team er tilgjengelig når hjelpebehovet melder seg
- Ambulante psykiatriske team reduserer terskelen for å søke hjelp
- Ambulante psykiatriske team opplever å ha en viktig rolle i sekundærforebygging
- Stabil bakvaksordning, og godt samarbeid mellom akuttpost, døgnenhet og ambulante psykiatrisk team har bidratt til at flere pasienter får sitt akutttilbud på sitt lokale senter for psykisk helse.
- Døgnenhetene tar innleggelser på natt

Hva er utfordringene?

Bruker- og pårørendeperspektivet:

- Begrenset informasjon om tjenestetilbudet, forkortelser og intern begrepsbruk kan bidra til mangelfull informasjon og forvirring for pasienter, pårørende og samarbeidsparter.
- Håndtering av egenandel ved tilstander hvor pasientens motivasjon er redusert, men hjelpebehovet stort. Dette kan gjelde pasienter som er en akutt/subakutt fase av sitt sykdomsforløp.
- Sikre at pasienter får bedre informasjon om helsetjenesten, behandlingstilbud og plan for oppfølging

Samhandling:

- Ambulante psykiatriske team opplever store forskjeller på hvordan samarbeidet rundt behandlingsforløpene i de ulike kommunene i opptaksområdet utvikler seg. Det er ønskelig å få til større grad av likeverdige tjenester uavhengig opptaksområde.
- Evenes, Tjeldsund og Skånland har interkommunalt samarbeid, men må forholde seg til to forskjellige senter for psykisk helse (SPHO og SPSH-T). Kan skape uklarheter forhold til ansvarsforhold.
- Avklaring av oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten når det gjelder pasienter som har behov omfattende omsorgs- og oppfølgingstilbud.

Kvalitetssikring:

- Psykiater i bakvakt ønsker å være orientert om alle innleggelser på lokal døgnenhet. Dersom ambulant psykiatrisk team legger inn pasient, har det hendt at bakvakt ikke har blitt orientert.
- Sikre kvalitet på journalføring, spesielt inntakstjournal, i akuttforløp. Spesielt viktig når flere helsepersonell lokalisert på ulike steder skal samarbeide rundt samme pasient.

Generelt:

- Burde vært felles vaktnummer for alle akutte henvendelser
- Forebygging av «svingdørproblematikk»

Hva er behovene fremover?

Bruker- og pårørendeperspektivet:

- Sikre gode transportordninger ved akutt innleggelse
- Bedre informasjon til pasienter og pårørende
- Forenkling av språk i journal og informasjon til pasienter og pårørende
- Mindre bruk av forkortelser som ikke gir mening i informasjonsmateriell og nettsider
- Sikre opplæring til pasienter og pårørende
- Større fokus på pårørendesamtaler. Pårørende opplever større grad av ansvar når tjenesten i større grad satser på hjemmebehandling. Styrking av støtte til pårørende vurderes som en utfordring.

Kommunikasjonsløsninger:

- Behov for bedre infrastruktur i spesialisthelsetjenesten og kommunene med tanke på teknologi og kommunikasjon
- Elektroniske (EDI, DIPS) notat bør brukes i større grad for å styrke samhandling mellom pasientens fastlege

Samhandling:

- Tydeliggjøring av roller og ansvar når flere instanser forholder seg til samme pasient samtidig. Dette gjelder spesielt behandlingsforløp hvor ambulant psykiatrisk team og fastlege samarbeider.
- Heve kvalitet på epikriser
- Tjenesteavtaler som grunnslag for god samhandling mellom kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten
- Behov for avklaring av ansvar og roller ved samtidighet i behandling, eksempelvis ambulant psykiatrisk team og allmennlege
- Styrke samarbeidet mellom ambulant psykiatrisk team og kommunal psykiatritjeneste
- ACT team, samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten
- Årlige samhandlingsmøter mellom SPH og kommunene
- God informasjon om akuttjenester og behandlingstilbud på internett

Kvalitetssikring:

- Felles journalføring i tilfeller hvor dette er naturlig, eksempelvis ambulante psykiatriske team og døgnenhet forholder seg samtidig til samme pasient
- Praksis som tar utgangspunkt i nasjonale veiledere
- Ansette flere erfaringskonsulenter
- Mer utstrakt bruk av videokonferanse i vurderinger av pasienter
- Mulighet for kommunehelsetjenesten følger pasienter under innleggelse, spesielt pasienter som har mange innleggelser.

- Standardisering av inntakstnotat ved innleggelse i døgnenhet
- Stabil bakvaksordning som har god kjennskap til lokalt senter for psykisk helse og oversikt over helsetjenestene i opptaksområdet
- Sikre somatiske vurderinger og suicidalvurderinger tidlig i akutte forløp
- Tilbud om krisemestringsplaner som standard
- Systematisk evaluering av akutte behandlingsforløp

Generelt:

- Satse målrettet på utvikling av kompetanseheving i APT
- Redusere tid brukt på reiser ved å ta i bruk teknologi som videokonferanseløsninger
- 24/7 beredskap for APT
- Mulighet til å håndtere tvang på lokal døgnenhet
- Akutttilbud til pasienter med rusavhengighet

3.4 Erfaringer fra legevaktene

I dette kapittelet presenteres tilbakemeldingene fra dialogmøtene med interkommunale legevakter.

Tilbakemeldingene er organisert i fire deler; Akuttsystemet som helhet, erfaringer fra samarbeidet med APT, døgnenheter og bakvakter, erfaringer ved innleggelse av pasient, og veien videre i forhold til videreutvikling av tilbudet (videokonferanse).

Akuttsystemet som helhet

Akuttsystemet som helhet opplevdes i hovedsak som godt, og som en stor forbedring i forhold til før. Det opplevdes som veldig positivt at lokal døgnenhet tar imot innleggelser hele døgnet, og at det er opprettet en døgnkontinuerlig vakttelefon. Flere av de tilstedeværende ønsket seg et lignende akutt tilbud for barn og unge.

En tilbakemelding som gikk igjen fra alle dialogmøtene var nytten av å få en sammenfattet presentasjon av akuttsystemet slik det er organisert i dag. Flere fikk oppklart spørsmål underveis. Dette ble en viktig del av dialogmøtet da vi fikk tilbakemelding på at systemet som helhet ikke var godt nok kjent blant alle legene. Det ble her gitt tilbakemeldinger på at informasjon kan bli bedre om hvilket tilbud man kan forvente å få. Det var ikke var godt nok kjent at vakttelefonen var en 24/7 tjeneste, og at henvendelser som gjelder vurdering av tvang også skal til vakttelefonen. Videre var det flere som ikke visste at døgnenheten etter vurdering kan ta imot pasienter hele døgnet – også ukjente pasienter. Noen leger hadde erfart at det ikke alltid opplevdes å være «en vei inn» i systemet gjennom vakttelefonen, da de hadde erfaring med at de fremdeles måtte ta mange telefoner rundt i systemet. Et par stykker hadde også ringt direkte til sentralsykehuset UNN/Åsgård ved behov for avklaringer og/eventuelt innleggelse av pasienter uten å bli henvist tilbake til vakttelefonen.

Erfaring fra samarbeidet med APT, døgnenheter og bakvakter

APT ble brukt av de fleste, og APT opplevdes som en tilgjengelig og veldig god samarbeidspart. De som brukte APT opplevde hjelpen stort sett som nyttig og relevant, men det ble også gitt tilbakemelding på at det kan være noe personavhengig i forhold til hvilken hjelp en får når en ringer vakttelefonen. Videre var det noen som fortrinnsvis ønsket å få snakke med en lege med en gang, og at det burde vurderes å utvide APT med legekompentanse.

Noen savnet epikriser og mer tilbakemeldinger fra APT på hva som skjer med pasienten videre, og man var opptatt av at APT har samme dokumentasjonsplikt som andre. Det ble vist til et eksempel på at APT hadde overtatt saken, så dukket pasienten opp på legevakten uken etterpå uten at man visste hva som hadde skjedd i mellomtiden. Samtidig ble det påpekt at de som jobber i APT ikke må bruke for mye tid på dette:

«Jeg forstår godt at enkelte opplever manglende dokumentasjon fra APT som viktig. Men det er viktig at APT er rask tilgjengelig som nå. Jeg ønsker ikke at fokus hos APT dreier seg fra aksjon/reaksjon til dokumentasjon. Gi oss tilbakemelding og dokumentasjon på det som er viktig, når vi trenger det, men bruk ikke all tid på dette.»

I de tilfeller de er i kontakt med bakvaktsystemet er det ubetinget positivt at de får snakke med en erfaren psykiater med god kjennskap til området. En av legene som var til stede hadde også erfaring med bruk av videokonferanse (vurdering fra bakvaktlege i DeVaVi) – dette ble opplevd veldig positivt.

Erfaringer ved innleggelse av pasienter

Stort sett hadde legevakten god erfaring med samarbeidet rundt innleggelse av pasienter. Flere hadde erfaring med at det fikk fortære nå å få plass/tilbud om innleggelse på lokale døgneheter. Utfordringene her var i forhold til at ansvarsfordelingen i noen tilfeller kunne oppleves uklar mellom legevakt og DeVaVi systemet.

«Hvem har ansvaret dersom APT/DeVaVi systemet ikke tilråder innleggelse?»

Det ble her referert til noen hendelser der lege på legevakt ønsket innleggelse av pasient, men der APT/DeVaVi systemet vurderte dette annerledes og ga tilbud om andre alternativ. Dette kunne oppleves som «overprøving» av lege på legevakt. Man ønsket seg klarere rutiner i forhold til hvordan man skal håndtere eventuell uenighet om innleggelse, og hvem som har ansvaret for pasienten dersom tilbudet til pasienten blir at APT tar kontakt neste dag.

«Er man på legevakt gjør man vurderinger der og da, enten sendes pasienten hjem eller man legger inn... Det er ingen observasjonsmulighet på legevakt. Vente å se holdning er derfor utfordrende. Det holder ikke alltid å skulle gjøre avtaler for neste dag.»

Noen opplevde også at det tok for lang tid i de tilfellene det var snakk om vurdering av innleggelser, spesielt i forhold til tvang. Videre var det utfordrende å få et godt lokalt tilbud for pasienter som samtidig var ruset.

Transport var nevnt som en utfordring i forbindelse med innleggelser til sykehuset i Tromsø. Selv om dette temaet ikke var gjenstand for evalueringen var det flere av legene som ga tilbakemeldinger på dette.

«Man kan ikke unngå å drøfte transport dersom man ønsket et helhetlig system.»

Flere opplevde det som utfordrende og særdeles tidkrevende at legevakten må organisere transport for innleggelse til Tromsø. Ved tvangsinnleggelse forlanger også politiet at det skal være helsepersonell med, noe som ikke alltid er lett å få til i praksis.

Veien videre – bruk av videokonferanse

På direkte spørsmål fra oss om det ville være nyttig å ha mulighet for videokonferanse på legevakta, slik at APT kunne koble legespesialist i bakvakt direkte inn i vurderingen sammen med lege og pasient/pårørende, fikk vi følgende tilbakemeldinger:

- Noen mente det ikke vil være mulig da det ikke er tid til det på en hektisk legevakt.
- Noen mente det kunne være mulig, spesielt ved vurdering av tvang.

- Noen ønsker å få VK utstyr på legevakten. Man kunne tenke seg å bruke slik utstyr både i forhold til samarbeid, vurderinger og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.
- Noen mener at dette vil være mer nyttig å ha på fastlegekontor.

Kort oppsummert kan man si at legevaktene var stort sett fornøyd med systemet, men at det var behov for tydeligere informasjon om tjenesten – hvilken hjelp kan man forvente å få? Man ønsket også en gjennomgang av rutiner, ansvar og roller i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

3.5 Erfaringer fra for- og bakvaktsystemet ved UNN Åsgård

Oppsummering av innspill

Legegruppa hadde hovedsakelig erfaringer med systemet gjennom kontakt med de som henviser eller pasienter som ble henvist til innleggelse. Det ble sagt at pasienter som legges inn vurderes å ha reelt behov for innleggelse, og at de hadde erfaring med at APT er gode til å formidle informasjon via strukturerte journalnotat. Pasienter med kroniske lidelser synes å bli ivaretatt lokalt, mens akutte kriser blir håndtert via APT og vakttelefon. Det ble kommentert som en fordel at overleger i bakvakt kjenner lokale forhold godt. Det var en opplevelse av at veien inn i akuttsystemet ikke alltid virker å gå via vakttelefonen, og at kommunehelsetjenesten både konfererer med vaktsystemet på Åsgård og vaktsystemet i DeVaVi.

Det ble stilt spørsmål ved om henvendelse til lokal vaktordning var for kronglete ved tvangsinnleggelser.

3.6 Innleggesles- og liggedøgnstata

Datamaterialet presenteres i to hovedområder «Innleggesler på sentralsykehusnivå versus lokalsykehusnivå» og «Liggedøgn på sentralsykehusnivå versus lokalsykehusnivå» Sist i kapittelet oppsummeres funn.

Presentasjonene viser stort sett reelle tall for innleggesler og liggedøgn. På grunn av endringer i befolkningsgrunnlaget i løpet av årene det er innhentet data for, er det også gjort beregninger av innleggesler per 10 000 innbygger >18 år. Beregningen blir benyttet når endringer i bruk av innleggesler på lokal- og sentralsykehusnivå sammenstilles.

Vi viser noen steder til «Internrapporten» (se Forord). Det gjør vi når vi henter data derfra som vi mener har betydning for det totale resultatet for Avdeling Sør som her presenteres.

Innleggesler på sentralsykehusnivå versus lokalsykehusnivå

Tabell 1 viser innleggeslene på sentralsykehusnivå for årene 2011, 2012, 2013 og 2014. Tabellen viser også tvangs- og frivillige innleggesler for opptaksområdet til Avdeling Sør.

Tabell 1

Innleggesler på akutte- og subakutte sengeposter ved UNN Åsgård og Nordlandssykehuset (= sentralsykehusnivå) – fra opptaksområdet til for Avdeling Sør (8 første mnd./år)										
§ 3 i «Psyisk helsevernloven» omhandler tvang § 2 omhandler frivillighet	Reelle tall				Endring i prosent sammenlignet med 2011			Endring i reelle tall sammenlignet med 2011		
	2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Antall tvangsinnleggesler (§ 3)	117	97	106	136	-17	-9	16	-20	-11	19
Antall frivillige innleggesler (§ 2)	210	187	97	88	-11	-54	-58	-23	-113	-122
Antall innleggesler totalt	327	284	203	224	-13	-38	-31	-43	-124	-103

Tabellen viser en reduksjon av 103 akuttinnleggesler når vi sammenligner 2014 med 2011. I 2014 kom det 31 % færre akuttinnleggesler til sentralsykehusnivået fra opptaksområdet til Avdeling Sør sammenlignet med 2011.

Tabell 2 viser totalt antall innleggelser på lokalsykehusnivå fra opptaksområdet til Avdeling Sør for årene 2011, 12, 13 og 14. Alle lokale innleggelser er frivillige innleggelser.

Tabell 2

Innleggelser på døgnetenhetene i Avdeling Sør (= lokalsykehusnivå) fra opptaksområdet til Avdeling Sør (8 første mnd./år)									
Reelle tall				Endring i prosent sammenlignet med 2011			Endring i reelle tall sammenlignet med 2011		
2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
460	504	527	570	10	15	24	44	67	110

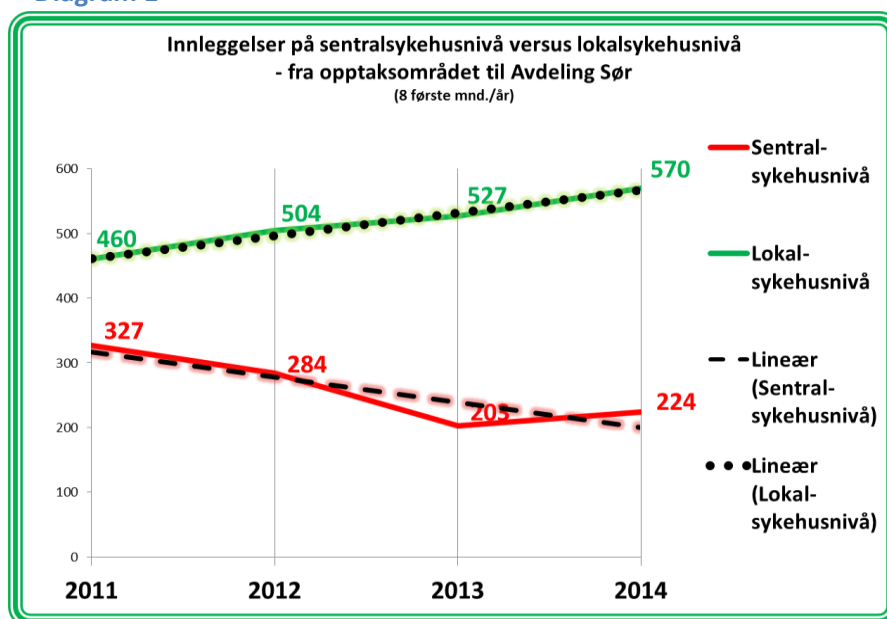
Tabellen viser en økning på 110 lokale innleggelser når vi sammenligner 2014 med 2011. I 2014 ble det gjennomført 24 % flere innleggelser fra opptaksområdet til Avdeling Sør lokalt, sammenlignet med 2011. Dette tyder på at de reduserte innleggelsene sentralt kompenseres med innleggelser lokalt.

Diagram 1 illustrerer at trenden er økende for innleggelser lokalt og nedadgående sentralt. Sentralt er nedgangen stor i 2012, sterkest i 2013 og øker fra 2013 til 2014. Lokalt er det en sterk økning i 2012, litt svakere i 2013 og en strek økning igjen i 2014.

2013 var et spesielt år for Avdeling Sør. Styret for UNN HF vedtok å legge ned Subakuttpost Sør med virkning fra 1.7.2013. Det førte til at opptaksområdet mistet tilgang til 10

sengeplasser⁷. Det er sannsynlig at den sterke nedgangen av innleggelser på sentralsykehusnivå i 2013 har sammenheng med nedleggelsen av Subakuttpost Sør. Nedleggelsen sin betydning for trenden over de årene dataene viser er likevel begrenset. Dataene viser, uavhengig av nedgangen i 2013, at antall sentrale akuttinnleggelser går betydelig ned i 2012 og 2014 sammenlignet med 2011. I samme periode øker innleggelsene lokalt så mye at de kompenserer for nedgangen sentralt.

Diagram 1

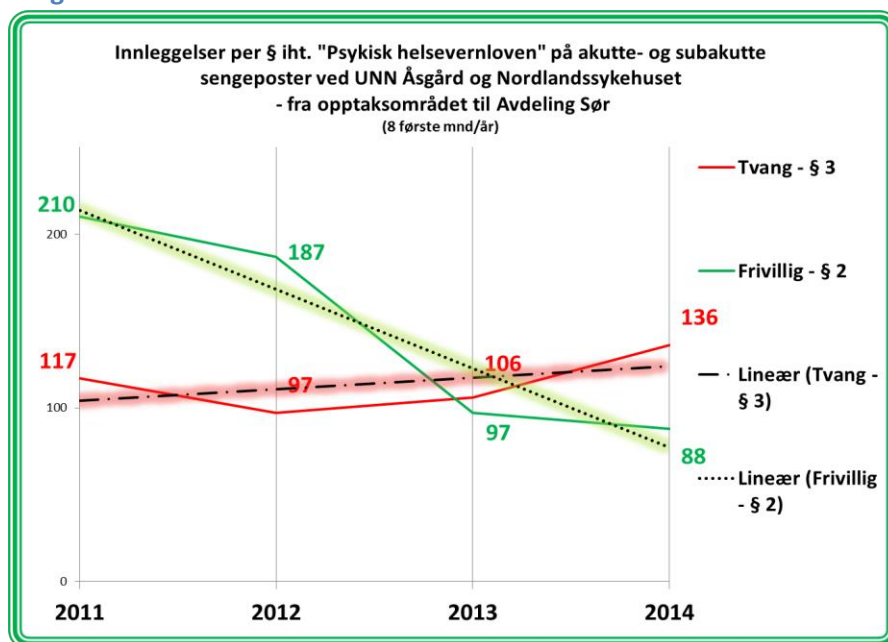


⁷ Alle sengene ble ikke brukt av opptaksområdet til Avdeling Sør. Posten hadde relativt lavt belegg og en ikke ubetydelig del av liggedøgnene ble brukt av det øvrige opptaksområdet til UNN Åsgård.

Diagram 2 viser utviklingen av tvangs- versus frivillige innleggelser på sentralsykehusnivå.

Det viser at det er de frivillige innleggelsene som går ned, mens innleggelser på tvang går ned i 2012 og 2013 for så å øke i 2014. Det er her viktig å huske at vi i statistikken for tvangsinnleggelser for årene 2012, 2013 og 2014 valgte å ta med frivillige innleggelser av pasienter på tvunget vern uten døgnsorg (TUD). (Se kap 2.3.2; s.9). Det ble gjort for å kunne sammenligne mest mulig realistisk med 2011. Uten den korrigeringen ville trendlinjen for tvangsinnleggelser vært nærmest flat.

Diagram 2



For frivillige innleggelser er tallene (selv uten de frivillige innleggelsene av pasienter på TUD) såpass store at det kan konkluderes med en klar nedadgående trend fra 2011 til 2014. Nedgangen er så stor at den ikke kun kan tilskrives naturlige årsvariasjoner. Videre kan det konkluderes med at det er nedgangen av de frivillige innleggelsene som gjør at totalt antall innleggelser går ned med nesten en tredjedel fra 2011 til 2014.

Med de forbehold som nevnes over, og med forbehold om at tallene for tvangsinnleggelser er små, viser trendlinjen for tvangsinnleggelser en svakt økende tendens. Fordi trenden «drives» av data for året 2014 er det viktig å påpeke at selv med de frivillige «TUD-innleggelsene» i statistikken, gikk tvangsinnleggelsene ned i 2012 og i 2013 for så å øke relativt kraftig i 2014. Diagram 1 viser at det var en økning av totalt antall innleggelser på sentralsykehusnivå fra 2013 til 2014. Diagram 2 viser at det var økningen av tvangsinnleggelser som gjorde at totalt antall gikk opp fra 2013 til 2014. Det er derfor interessant å se litt nærmere på mulige årsaker til den økningen av tvangsinnleggelser.

I 2014 sees en relativt stor forskjell i antall tvangsinnleggelser mellom opptaksområdet til SPH Sør-Troms sett i forhold til SPH Ofoten og SPH Midt-Troms (data fra «Internrapporten»). 2013 er beskrevet som et spesielt år på grunn av nedleggelsen av Subakuttpost Sør. Subakuttpost Sør hadde mulighet for lengre opphold enn det Akuttpost Sør har og hadde derved mer tid til å jobbe relasjonelt med enkeltindivider. Gode relasjoner, med svært syke mennesker, vil sannsynligvis kunne forhindre bruk av tvang. Medarbeiderne på Subakuttpost Sør var opptatt av frivillighet i behandlingstilbudet og balanserte hårfint mellom bruk av tvang og frivillighet. Det er likevel vanskelig å si klart at nedleggelsen har ført til økt bruk av tvang.

Fra 2013 til 2014⁸ øker totalt antall innleggelser til sentralsykehusnivået fra opptaksområdet til Sør-Troms. Det er en oppgang av tvangsinnleggelser som står for hele økningen. Som tidligere påpekt er det små tall som ligger bak datamaterialet for tvangsinnleggelser. Variasjonene kan derfor være

⁸ Det gjør det også fra Ofoten området, men tallene derfra er så små at situasjonen egentlig er uforandret. Fra Midt-Troms området ser vi ikke den samme tendensen, der går forbruket ned hvert år.

uttrykk for naturlige årsvariasjoner. Årsvariasjoner er mest sannsynlig årsaken til endringene av tvangsinnleggelser fra opptaksområdet Midt-Troms og Ofoten. Der var økningen av tvangsinnleggelser, fra 2011 til 2014, kun henholdsvis 1 og 3. Fra Sør-Troms økte de med 15. Om en kun ser på økningen fra 2013 til 2014, finner en at tvangsinnleggelsene fra Midt-Troms gikk ned med 3, fra Ofoten økte de med 9 mens de fra Sør-Troms økte med 24. Fordi tvangsinnleggelsene fra Sør-Troms området økte så pass mye mer enn fra de to andre, mener vi at det der er grunn til å se spesielt på andre årsaker enn naturlige variasjoner.

Et faktum som kan tenkes å ha betydning er at døgnenheten ved SPHST, tidlig i 2014, ikke fikk fornyet ambuleringsavtalen de hadde med en legespesialist. Spesialisten hadde over flere år vært til stede på døgnenheten 2 – 3 dager per uke, og utover det vært tilgjengelig på telefon og via videokonferanse. Den ordningen de fikk istedenfor var preget av lite kontinuitet. Medarbeiderne ved døgnenheten mener at dette gjorde noe med deres mulighet til å stå i uavklarte situasjoner (se kapittel 3.2). De mener også at dette har ført til at pasienter de før 2014 kunne ivareta lokalt i større grad ble sendt til Akuttpost Sør. Dette understøttes av tallmaterialet, som korrigert for befolkningsmengde⁹ viser at det er Sør-Tromsområdet som i 2014 hadde flest innleggelser på sentralsykehusnivå. Det kan ikke entydig sies at det som beskrives her er den direkte årsaken til økningen av tvangsinnleggelser fra Sør-Troms området fra 2013 til 2014. Det er likevel grunn til å anta at det har virket inn. Dersom avdelingen ønsker at flest mulig akutte innleggelser skal gjennomføres lokalt og frivillig, viser dette i så fall at det er viktig å ha en stabil legespesialist fast tilknyttet døgnenheten. Det viser kanskje også at det er viktig at personer som innehar sentrale posisjoner er stabile, har god lokalkunnskap og har gode relasjoner til de som trenger hjelp.

Tabell 3 viser innleggelser på lokal- og sentralsykehusnivå hver for seg og sammenlagt. Det benyttes innleggelser per 10 000 for å korrigere for befolkningsøkningen fra år til år.

Tabell 3

INNLEGGELSER PER 10 000 INNBYGGER >18 ÅR I OPPTAKSOMRÅDET TIL AVDELING SØR FORDELT PÅ LOKAL- OG SENTRALSYKEHUSNIVÅ OG SAMLET (8 første mnd./år)											
2011			2012			2013			2014		
Lokal	Sentral	Lokal + sentral	Lokal	Sentral	Lokal + sentral	Lokal	Sentral	Lokal + sentral	Lokal	Sentral	Lokal + sentral
64	45	109	69	39	108	72	28	99	77	30	107

Tabellen viser at totalt antall innleggelser (lokal + sentral) er nærmest uforandret i løpet av de fire årene vi har data for. Vi ser en nedgang i 2013 – et år som allerede er definert som spesielt.

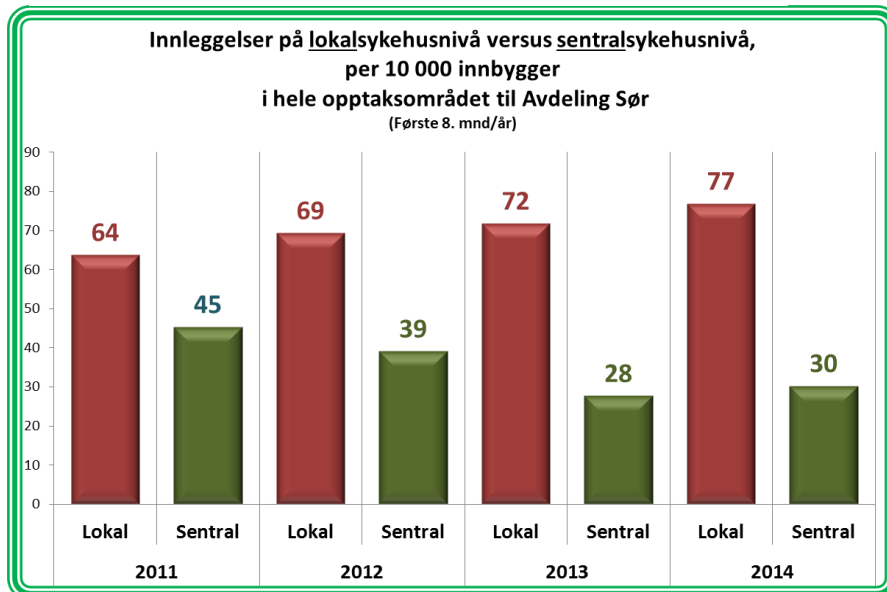
Tall fra Statistisk sentralbyrå (tabell 04511 filtrert på «Utskrivninger» og % beregnet – 31.5.2015) viser at det på landsbasis er en nedgang, fra 2011 til 2013, i utskrivelser fra psykiatriske sengeposter for voksne på 3,3 %. Selv om dette er «utskrivningstall» for alle sengeposter, ikke kun døgnenheter ved SPH/DPS og akutte- subakutte sengeposter, bør en forvente en lignende utvikling for innleggelser i avdelingens opptaksområde. Det er en nedgang fra 2011 til 2013 på 9 % - som var et spesielt år for avdelingen. Om en sammenligner 2014 med 2011 sees en liten nedgang på 1,8 %. Den lille nedgangen er mest sannsynlig et uttrykk for naturlige årsvariasjoner eller for en nasjonal trend.

⁹ Presentasjon av data i «Internrapporten» viser at behovet for totalt antall innleggelser på sentralsykehusnivå i 2014 fra Sør-Troms var 38/10 000 innbygger, fra Midt-Troms 27/10 000 innbygger og fra Ofoten 24/10 000 innbygger.

Diagram 3 viser utvikling i **Diagram 3**

forholdet mellom bruk av lokale og sentrale innleggelser fra opptaksområdet til Avdeling Sør.

Tendensen er stigende for lokale innleggelser og synkende for sentrale. Om en prosentberegner dataene i diagram 3 finner en at i 2011 ble 59 % av innleggelsene gjennomført lokalt mot 41 % sentralt. I 2014 ble 72 % gjennomført lokalt mot 28 % sentralt.



Data i «Internrapporten» viser relativt store forskjeller i bruk av innleggelser per 10 000 innbygger fra det respektive opptaksområdet til SPH Ofoten, SPH Sør-Troms og SPH Midt-Troms. For innleggelser på sentralsykehusnivå, ser vi i 2011 et stort skille mellom Ofoten området og de to andre. En forklaring på forskjellen kan være at SPH Ofoten, i flere år før 2011, hadde et velfungerende APT som samarbeidet med sin lokale døgnerhet om innleggelser lokalt. Forklaringen støttes av det høye antallet innleggelser som det året ble gjennomført lokalt i Ofoten og at totalt antall (lokale + sentrale) innleggelser fra Ofoten området i 2011 ligger på nivå mellom Midt-Troms og Sør-Troms områdene. I 2014 er skillet tydelig redusert. En forklaring kan være at det mot slutten av 2010 ble etablert et APT ved SPH Sør-Troms og at SPH Midt-Troms i 2011 utvidet åpningstiden og forsterket sitt APT. Begge innledet et samarbeid med sine lokale døgnerheter. APT fikk også rett til å legge inn pasienter både lokalt og sentralt. En slik forklaring kan tyde på at det er viktig at APT har relevant myndighet og samarbeider tett med sine lokale døgnerheter om «rett pasient på rett sted». Flere andre forhold, som vil virke inn på de forskjellene vi ser mellom opptaksområdene, er presentert i «Internrapporten». Oppsummert kan en si at selv om det er forskjeller mellom de tre opptaksområdene, er trenden for alle at behovet er økende for innleggelser lokalt og nedadgående sentralt fra 2011 til 2014.

Tabell 4 viser antall innleggelser på kveld, natt og i helger på døgnerhetene i Avdeling Sør for årene 2009 – 2011 sammenlignet med årene 2012 – 2013.

Tabell 4

Innleggelser mellom kl. 16:00 og 08:00 på hverdager og i helger hele døgnet, på døgnerhetene i Avdeling Sør (= lokalsykehusnivå) Årene 2009, 2010 og 2011 sammenlignet med årene 2012, 2013 og 2014 (Første 8 mnd./år)			
Reelle tall		Endring i prosent	Endring i reelle tall
2009 - 2011	2012 - 2014		
277	566	104	289

I tabellen framkommer en samlet økning på 289 slike innleggelser (pluss 104 %) på døgnerhetene på lokalsykehusnivå i Avdeling Sør.

Diagram 4 illustrerer en kraftig økning av denne type innleggelser fra før og etter iverksettelsen av den nye akuttjenesten. Flere av disse innleggelsene ville sannsynligvis gått til sentralsykehusnivået. Dette fordi det før 5.9.2011 ikke var faglig forsvarlig å ta imot innleggelser på tidspunkt på døgnet der en ikke hadde mulighet til å få bistand fra legespesialist. Etableringen av bakvaktordningen i DeVaVi, bestående av

legespesialister med mulighet for direkte vurderinger via videokonferanse og med god kunnskap om lokale forhold, var høyst sannsynlig en helt avgjørende faktor for den endringen dataene viser. Også etableringen av forvaktordningen, som innbar at personale ved den respektive døgnet ivaretok vakttelefonen når APT ikke hadde åpent, var sannsynligvis viktig med tanke på at de som da skulle ta imot innleggelser var direkte involvert i avgjørelsene om innleggelse. Et tredje element var at APT utvidet sin åpningstid til 22:00 på kveldene på hverdager og hadde åpningstid mellom 10:00 og 18:00 på lør-, søn- og helligdager. Det tette samarbeidet som utviklet seg mellom medarbeiderne i APT og på døgnetene var nok også viktig for dette resultatet.

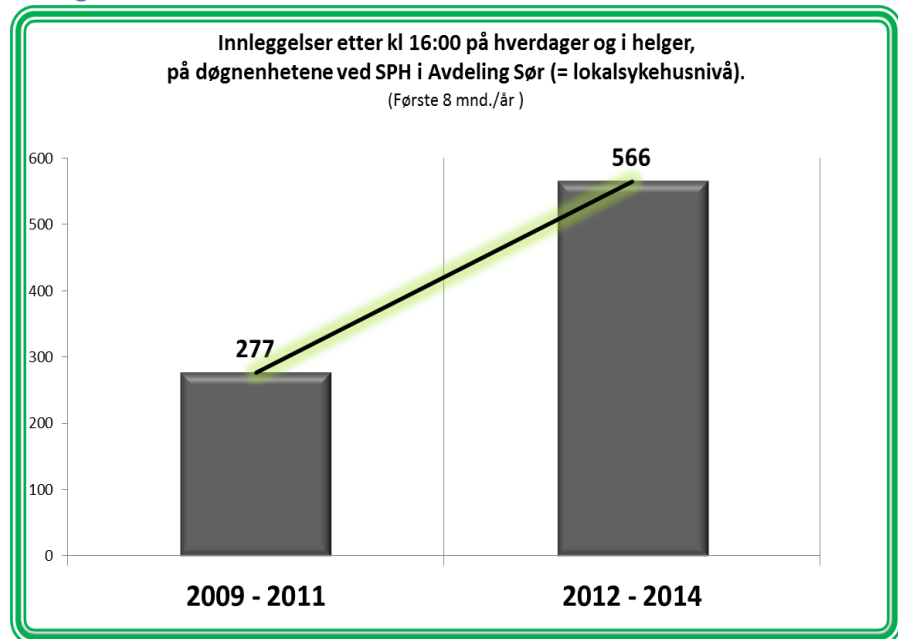
Ut fra dataene kan en konkludere med at døgnetene i Avdeling Sør tar imot over dobbelt så mange innleggelser på kveld, natt og i helger, sett i forhold til hva de gjorde før iverksettelsen av den nye akuttjenesten. De tar nå imot innleggelser 24/7. At de gjør det har høyst sannsynlig stor betydning for reduksjonen av innleggelser til sentralsykehusnivået.

Liggedøgn på sentralsykehusnivå versus lokalsykehusnivå

Utviklingen i bruk av liggedøgn følger i store trekk utviklingen for innleggelser. Det kan derfor stort sett reflekteres over liggedøgn på samme måte som i analysen av innleggelser. Liggedøgn kan – i motsetning til innleggelser – si noe om bruk av sengeplasser. Endringer i opptaksområdets bruk av sengeplasser vil derfor bli analysert i denne presentasjonen av liggedøgnsdata

De reelle tallene gir det beste bildet når en vil se på endringer i bruk av senger. De to følgende tabellene (5 og 6) viser antall liggedøgn brukt av befolkningen i opptaksområdet til Avdeling Sør på henholdsvis sentral- og lokalsykehusnivå.

Diagram 4



Tabell 5

Liggedøgn på akutte- og subakutte sengeposter ved UNN Åsgård og Nordlandssykehuset (= sentralsykehusnivå) - fra opptaksområdet til Avdeling Sør (8 første mnd./år)									
Reelle tall				Endring i prosent sammenlignet med 2011			Endring i reelle tall sammenlignet med 2011		
2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
4 097	3 357	2 020	2 359	-18	-51	-42	-740	-2077	-1738

Gjennomsnittlig liggetid på sentralsykehusnivå lå i 2011 på 12,5 dager. I 2014 var den gått ned til 10,5. Opptaksområdets bruk av liggedøgn reduseres med 1 783 fra 2011 til 2014. Tallene er for de første 8 mnd./år. En omregning av reduksjonen til helårstall gir en nedgang på 2 674 liggedøgn for et helt år. Det tilsvarer en reduksjon på sentralsykehusnivå på litt over 7 senger per år.

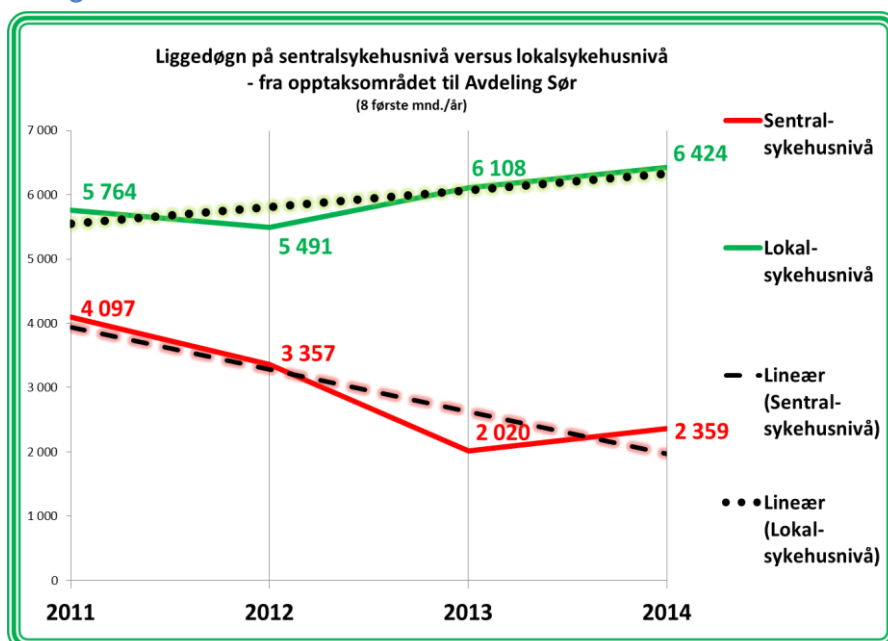
Tabell 6

Liggedøgn på døgnenhetene ved SPH i Avdeling Sør (= lokalsykehusnivå) - fra opptaksområdet til Avdeling Sør (8 første mnd./år)									
Reelle tall				Endring i prosent sammenlignet med 2011			Endring i reelle tall sammenlignet med 2011		
2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
5 764	5 491	6 108	6 424	-5	6	11	-273	344	660

Gjennomsnittlig liggetid på lokalsykehusnivå lå i 2011 på 12,5 dager. I 2014 var den gått ned til 11. Opptaksområdets bruk av liggedøgn øker fra 2011 til 2014 med 660. Når en omregner økningen til helårstall sees en oppgang på 990 liggedøgn for et helt år. Det tilsvarer en økt bruk av litt over 2,5 senger på lokalsykehusnivå per år.

Diagram 5

Diagram 5 viser trenden i utviklingen av liggedøgn på sentral versus lokalsykehusnivå. Endringen følger stort samme mønster som innleggelsene, med to unntak. Det er en nedgang lokalt i 2013, som var et spesielt år. Den andre forskjellen er at opptaksområdet til avdelingen benytter færre liggedøgn i spesialisthelsetjenesten totalt. Tabell 3 viste at antall innleggelser var på samme nivå i 2011 som i



2014. Forskjellen oppstår fordi gjennomsnittlig liggetid per innleggelse er gått ned.

Når reduksjonen av liggedøgn og sengeplasser sentralt sees i sammenheng med økningen lokalt, viser det at opptaksområdet til Avdeling Sør bruker 1 078 færre liggedøgn i spesialisthelsetjenesten. Omregnet til helårstall utgjør det en nedgang på 1 617 liggedøgn per år. Det tilsvarer en reduksjon på 4,5 senger samlet for sentral- og lokalsykehusnivået. Befolkningen i Avdeling Sør sitt opptaksområde bruker 4,5 senger mindre i spesialisthelsetjenesten i 2014 enn de gjorde i 2011.

Tall fra Statistisk sentralbyrå (tabell 04511 filtrert på «Døgnplasser» og % beregnet – 31.5.2015) viser at det fra 2011 til 2013, på nasjonalt nivå, var en nedgang i antall senger i psykisk helsevern for voksne på litt under 8 %. Nedleggelsen av Subakuttpost Sør i 2013 førte til en nedgang av sengeplasser i opptaksområdet til Avdeling Sør på 17 %¹⁰. Det er viktig å påpeke at denne sammenligningen ikke sier noe om hvor mange senger som var eller er tilgjengelig per befolkningsrate, hverken for landet som helhet eller for Avdeling Sør sitt opptaksområde. Ut fra målsetningen for evalueringen av DeVaVi, er det likevel interessant å gjøre seg noen betraktninger om hvilken dreining av tjenestetilbudet dette kan ha ført til for de som før var lengre innlagt i sengepostene i Avdeling Sør.

Det vil alltid være en gråsone med tanke på om det riktige tilbudet til en hjelpetrengende best ivaretas i spesialisthelsetjenesten eller i kommunehelsetjenestene. En kan tenke seg at nedgangen av liggetid og sengeplasser har ført til at kommunene nå ivaretar pasienter som før fikk tilbud om lengre innleggelser i spesialisthelsetjenesten, spesielt noen av de som fikk tilbud på lokalsykehusnivå. Dette bekreftes av at medarbeiderne på døgnetenhetene oppfatter at de nå jobber med en annen pasientgruppe enn tidligere. De har ikke så mange som kommer på såkalt «avlastningsopphold». De har også færre planlagte innleggelser og flere akutte innleggelser. De jobber også mer ambulant enn tidligere. Det er likevel vanskelig å tenke seg at kommunehelsetjenestene har overtatt tilbudet i så stort omfang som reduksjonen viser. Det er mange innleggelser, og derved personer innlagt, i en seng per år. Det er nærliggende å tenke seg at flere av de som før var innlagt på sengeposter i Avdeling Sør nå må ha fått et annet tilbud i spesialisthelsetjenesten. Som før beskrevet etablerte og/eller forsterket avdelingen APT før de iverksatte den nye akuttjenesten. Tilbudet fra APT kan ha kommet i stedet for tilbud om innleggelser. Medarbeiderne i APT vil, slik avdelingen har lagt opp tjenestetilbudet, alltid jobbe i forhold til en del pasienter som samtidig får et tilbud fra kommunene, døgnetenhetene og Akuttpost Sør.

Oppsummering av funn fra datamaterialet for innleggelser og liggedøgn

INNLEGGELSER:

Innleggesmønsteret fra opptaksområdet til Avdeling Sør har endret seg fra før avdelingen satte i verk den nye akuttjenesten 5.9.2011 til 2014.

Antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten er på samme nivå i 2014 som i 2011. Men det er en klar dreining av innleggelser fra sentralsykehusnivået til lokalsykehusnivået. En tredjedel (103 = 31 %) av akuttinnleggelsene, som i 2011 kom til sentralsykehusnivå, blir nå håndtert på lokalsykehusnivå. I 2011 ble 59 % av innleggelsene, per 10 000 innbygger >18 år i opptaksområdet til Avdeling Sør, gjennomført lokalt og 41 % sentralt. I 2014 ble 72 % av innleggelsene gjennomført lokalt og 28 % sentralt.

De lokale døgnetenhetene ved SPH tar imot over dobbelt så mange innleggelser (289 = 104 %) mellom kl. 16:00 og 08:00 på hverdager og i helger.

Mye tyder på at forsterkning, oppbygning og myndiggjøring (rett til å legge inn) av APT har bidratt til reduksjonen på sentralsykehusnivå og økningen på lokalsykehusnivå.

¹⁰ Som før nevnt var ikke alle 10 sengene brukt av opptaksområdet til Avdeling Sør – men de fleste var det.

Det er høyst sannsynlig at døgnhetens mulighet for å legge inn akutt styrkes av et minimum av fysisk tilstedeværelse (ambulerende) for legespesialister, som også har en utvidet funksjon ved å være tilgjengelig via telefon og videokonferanse.

At avdelingen har etablert en bakvaktordning av legespesialister, som er tilgjengelig for de ambulante teamene og døgnhetene 24/7, er avgjørende for å ivareta lovverkets forsvarlighetskrav når pasienter legges akutt inn på lokalsykehusnivå i Avdeling Sør.

LIGGEDØGN:

Utviklingen for liggedøgn følger stort sett samme mønster som for innleggelser. Unntaket er at opptaksområdet til Avdeling Sør har en nedgang i liggedøgn i spesialisthelsetjenesten.

Fra 2011 til 2014 sees en reduksjon av liggedøgn på sentralsykehusnivå på 1 738. På lokalsykehusnivå øker liggedøgnene med 660. Samlet gir dette en nedgang på 1 078. Omregnet til helårstall viser det at befolkningen i opptaksområdet til Avdeling Sør benytter 4,5 færre senger i spesialisthelsetjenesten i 2014 sammenlignet med 2011.

3.7 Henvendelser til forvakttelefonene ved SPH

I dette kapittelet fremlegges resultater fra registreringen av alle henvendelsene til forvakttelefonene ved SPH i perioden 1.11.2014 – 31.1.2015. De er organisert under fem spørsmål. Hvem tar kontakt? Til hvilken tid på døgnet kommer henvendelsene? Hvem er det henvendelsene dreier seg om? Hva dreier henvendelsene seg om? Hva skjer med henvendelsene? Sist i kapittelet oppsummeres funn.

Hvem tar kontakt?

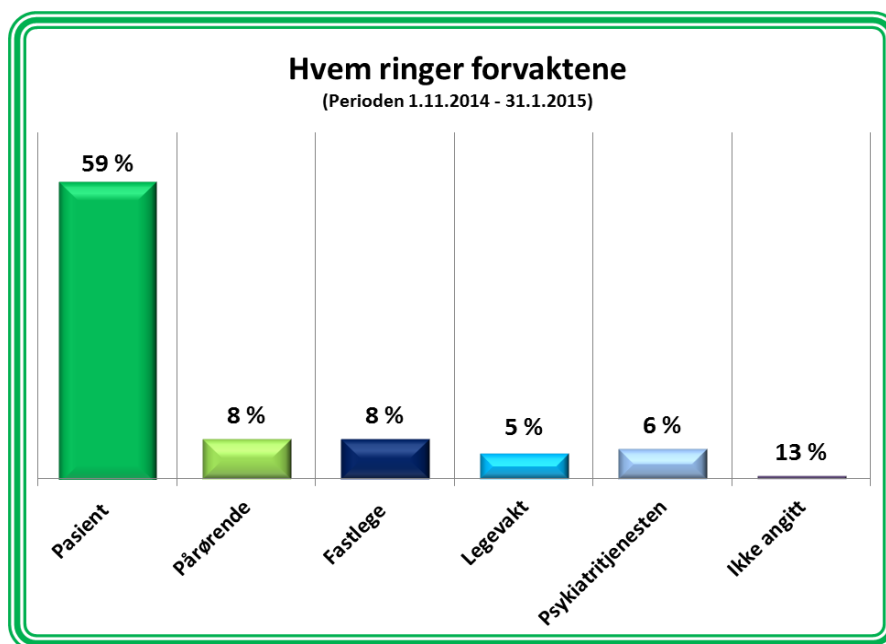
Diagram 6 viser at det i hovedsak er pasientene og deres pårørende som ringte forvaktene. Til sammen var 67 % av henvendelsene fra dem. Kommunehelsetjenestene sto for til sammen 19 % av henvendelsene.

Nasjonalt har det vært en debatt om de ambulante akuttteamene i Norge skulle ta imot direkte henvendelser fra pasienter og pårørende, eller kun de som ble

formelt henvist fra kommunehelsetjenestene. Begrepet «portvaktfunksjon» ble lansert i debatten. De som har deltatt i debatten fra Avdeling Sør sin side har hevdet at dette må være en åpen tjeneste og ønsket heller å bruke begrepet «portåpnerfunksjon» om aktiviteten til APT i Avdeling Sør. En rapport om organisering og praksis i ambulante akutt-team åpnet for begge deler [8].

De kvalitative studiene som er gjennomført i denne evalueringen viser at pasienter og pårørende er svært fornøyd med tjenestene de får fra APT. De opplever også at de medvirker til beslutninger om hvilken hjelp som skal gis. Det er tidligere vist en sterk nedgang av innleggelser til sentralsykehuset. At forvaktene i så stor grad brukes av de som selv er hjelpetrengende, tyder på at de som trenger hjelpen er med å påvirke til at de får hjelp nært sin hverdag og livssituasjon. På evalueringssamlingen

Diagram 6



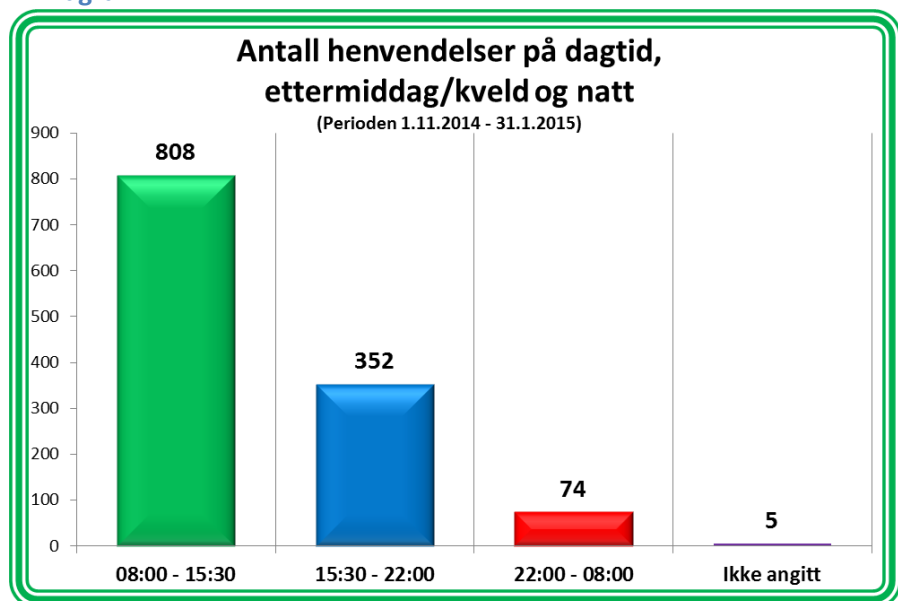
for medarbeidere i APT og ved døgnenhetene, ble det drøftet om den åpne tilgangen til tjenestene i APT førte til at spesialisthelsetjenesten gjorde kommunale oppgaver. Det ble da påpekt at det var viktigere at pasientene fikk et godt tilbud enn hvem sin «banehalvdel» en befant seg på. Dette viser utfordringen med å gi hjelp på riktig nivå, uten at en streng oppgavefordeling medfører at noen ikke får den hjelpen de trenger, tidlig nok.

Nitten prosent av henvendelsene til forvaktene kom fra kommunehelsetjenestene. De kvalitative studiene viser at kommunene er fornøyde med tjenestene de fikk når de henvendte seg. Dataene sier ikke noe om behovet til kommunehelsetjenestene er større eller mindre enn det henvendelsene her tyder på. I kapittel 3.9 nedenfor, framkommer det at det i stor grad er én vei inn til spesialisthelsetjenesten i Avdeling Sør. Det var likevel ikke alltid alle henvendelsene gikk til forvaktene. Det er mulig at det relativt lave antallet henvendelser fra kommunehelsetjenestene tyder på at de i større grad skulle henvendt seg til forvakttelefonene?

Til hvilken tid på døgnet kommer henvendelsene?

Diagram 7

I diagram 7 ser vi at henvendelsene stort sett kom innenfor åpningstiden til APT, som er 08:00 – 22:00. APT ivaretar forvaktfunksjonen i sin åpningstid og håndterer de fleste henvendelsene til forvakttelefonene ved SPH. Mellom kl. 22:00 og 08:00 ivaretar medarbeidere på døgnenheten forvaktfunksjonen. Det er interessant at det i løpet av tre mnd. kom såpass mange henvendelser på natt. Omregnet til helårstall utgjør det 296 henvendelser. Om en ser økningen av innleggelser ved døgnenheten på kveld og natt i sammenheng med henvendelsene på natt, kan dette tyde på at en døgnskcontinuerlig forvaktfunksjon er viktig for å hindre «unødvendige» innleggelser til sentralsykehusnivået



Hvem er det henvendelsene dreier seg om?

Det var en klar overvekt av kvinner. De utgjorde 67 % av de pasientene det kom henvendelser om i registreringsperioden. Aldersgruppen 51 – 70 år representerte 36 % av dem det ble tatt kontakt om. Aldersgruppen 31 – 50 representerte 34 %. Aldersgruppen 19 -30 år utgjorde 24 % og aldersgruppene 0 – 18 og 70 år og eldre, utgjorde begge 3 % av dem det ble tatt kontakt om.

Akuttjenesten er en del av psykisk helsevern for voksne. Likevel fikk forvaktene en del henvendelser om aldersgruppen 0 – 18 år. Tre prosent utgjorde ca. 37 av henvendelsene i løpet av de tre mnd. registreringen pågikk. I dialogsamtalene på legevaktene ble det tatt opp at det er behov for en lignende vaktordning for barn og unge. Kanskje viser dette at psykisk helsevern for voksne dekker opp for et udekket behov innenfor psykisk helsevern for barn og unge?

Hva dreier henvendelsene seg om?

Tabell 7

Hva gjelder henvendelsen (Perioden 1.11.2014 - 31.1.2015)	
Vurdering av medikamentell behandling	1 %
Vurdering av suicidalitet	4 %
Behov for råd og/eller veiledning	23 %
Ønske om oppfølging fra APT	14 %
RUS	5 %
Psykose/mani	5 %
Angst/depresjon	9 %
Selvskading	1 %
Suicidalitet	3 %
Annet	36 %

Dataene i tabell 7 viser at det i stor grad dreide seg om behov for råd og veiledning og ønske om oppfølging fra APT, til sammen 37 %. «Annet» utgjorde også en stor andel. Spesifiseringer i registreringsskjemaene viser at det dreide seg om administrative saker, om støttesamtaler, behov for sosial kontakt og lignende. Tabellen viser også at det var alvorlige tilstander det ble tatt kontakt om. Vurdering av suicidalitet, psykose/mani, selvskading, angst/depresjon, rus og suicidalitet utgjorde til sammen 27 % av henvendelsene.

Hva skjer med henvendelsene?

Tabell 8

Hvordan ble henvendelsen håndtert (Perioden 1.11.2014 - 31.1.2015)	
Bakvakt konsultert via mobiltelefon	4 %
APT overtok saken	22 %
APT og kommunehelsetjenesten samarbeider	8 %
Henvist til kommunehelsetjenesten	2 %
Henvist til VOP	2 %
Innleggelse ved lokal døgnetenhet	3 %
Innleggelse ved Akuttpost Sør	1 %
Saken avsluttet etter første kontakt	18 %
Annen avtale	39 %

Tabell 8 viser at APT overtok 22 % av sakene som kom til vakttelefonene. De samarbeidet med kommunehelsetjenestene i 8 %, og de henviste 2 % av sakene til kommunehelsetjenestene. At 18 % av sakene ble avsluttet etter første kontakt, henger sannsynligvis sammen med at 23 % av

henvendelsene dreide seg om behov for råd og veiledning (se tabell 7), og at kategorien «annet» utgjorde en så stor andel av henvendelsene. Henvendelsene førte i liten grad til innleggelse. Når det ble innleggelse ble det i størst grad gjennomført på lokal døgnenhet (3 %). 1 % av henvendelsene førte til innleggelse på sentralsykehusnivå. Dette understøtter at datamaterialet tidligere har vist at innleggelser er gått ned på sentralsykehusnivå og opp på lokalsykehusnivå. At så pass få av henvendelsene fører til innleggelse understøtter også funnet om at APT ga tilbud til 177 flere personer i 2014 enn de gjorde i 2011 (se kapittel 3.8).

Bakvaktene ble kontaktet via mobiltelefon i forbindelse med 4 % av henvendelsene. Dataene viser ikke om det var i forbindelse med innleggelser, men det er sannsynlig da henvendelsene i 4 % av tilfellene førte til innleggelse. Registreringsskjemaene inneholdt en kategori for «Bakvakt konsultert via videokonferanse». Den er tatt ut av tabellen fordi den viste 0 %. På evalueringsseminaret sa noen av de som hadde ført registreringsskjemaene at det nok var en underrapportering på det området. Dersom de hadde krysset for «APT overtok saken» og senere initierte en videokonferanse hadde de ikke tatt fram skjemaet og ført inn det tiltaket. De mente det samme hadde skjedd dersom pasienten ble innlagt ved en av døgnenhetene. Dersom personalet ved døgnenheten hadde initiert en videokonferanse med bakvakt etter innleggelse, var det ikke blitt registrert i skjemaet som omhandlet hendelsen. Vi kan derfor anta at videokonferanser er benyttet i større grad enn det som kom fram av registreringsskjemaene.

For 39 % av henvendelsene ble det gjort annen avtale enn de kategoriene som lå i skjemaet. Dette samsvarer med at 36 % av henvendelsene dreide seg om annet (se tabell 7). Temaene som er spesifisert for håndtering av henvendelsene samsvarer også med temaene som ble spesifisert for «Annet» under spørsmålet om hva hendelsene dreide seg om.

Oppsummering av funn fra datamaterialet for henvendelser til forvakttelefonene ved SPH

Det er pasientene selv som i størst grad henvender seg til forvaktene ved SPH (59 %). Åtte prosent av henvendelsene kom fra pårørende. Det betyr at 67 % av henvendelsene kommer fra de som har behov for hjelp eller er i nær kontakt med dem. At kommunehelsetjenesten kun står for til sammen 19 % av henvendelsene, kan tyde på at det er potensiale for økt kontakt fra dem. Spesielt fordi dataene i kapittel 3.9 viser at det ikke alltid er én vei inn til spesialisthelsetjenestene i Avdeling Sør.

65 % av henvendelsene kommer innenfor vanlig arbeidstid. 28 % kommer mellom 15:30 og 22:00. Resten kommer mellom 22:00 og 08:00. Det er en overvekt av kvinner som henvender seg (67 %). Dem henvendelsene dreier seg om er stort sett i aldersgruppene 31 – 50 og 51 – 70 år. Tre prosent gjaldt aldersgruppen 0 – 18 år. Det siste kan være et uttrykk for et udekket behov for en lignende vaktjeneste for barn og unge som det er for voksne.

Til sammen 37 % av henvendelsene dreide om behov for råd og veiledning og ønske om oppfølging fra APT. 27 % av henvendelsene dreide seg om alvorlige tilstander. En relativt høy andel dreide seg om «Annet» (36 %). Dette kan tyde på at forvaktene ivaretar mange funksjoner og er et reelt lavterskeltilbud.

APT jobbet selv videre med 22 % av henvendelsene. De samarbeidet med kommunehelsetjenestene i 8 % av henvendelsene. Kun 2 % av henvendelsen ble overført til kommunehelsetjenestene. Dette kan tyde på at de henvendelsene som ikke dreier seg om «Annet» eller ikke blir avsluttet etter første kontakt (18 %), er av så alvorlig karakter at det er spesialisthelsetjenesten sin oppgave å forholde seg til dem. På den annen side er det også mulig å tenke seg at forvaktene i større grad kunne arbeide sammen med kommunehelsetjenestene om henvendelsene.

At henvendelsene i liten grad førte til innleggelser på sentralsykehusnivå samstemmer med det innleggesdata tidligere har vist. At bakvaktene i liten grad blir kontaktet (4 %) kan, ut fra opplysninger gitt på evalueringssamlingen, skyldes underrapportering. Det kan også tyde på at de blir kontaktet kun i forbindelse med innleggelser.

3.8 Aktivitet i APT

Framstilling og analyse er i dette kapittelet organisert i to hovedområder. «Unike personer APT har vært i kontakt med per år» og «I hvor stor grad og på hvilken måte ivaretar APT henvendelsene til forvakttelefonene ved SPH». Sist i kapittelet oppsummeres funn.

Unike personer APT har vært i kontakt med per år

Tabell 9

Antall unike personer som får tilbud fra Ambulant psykiatrisk team per år (Det vil være personer som går igjen fra år til år. Helårstall.)									
Reelle tall				Endring i prosent sammenlignet med 2011			Endring i reelle tall sammenlignet med 2011		
2011	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
780	864	905	957	11	16	23	84	125	177

Tabellen viser en jevn økning av personer som får tilbud fra APT. Økningen er sterkest i 2014.

Diagram 8 illustrerer tendensen i utviklingen av antall unike personer som er i kontakt med APT. Som tidligere vist (se tabell 3) er ikke innleggelsene per 10 000 innbygger gått ned på samlet lokal- og sentralsykehusnivå. Men de har dreid fra sentralsykehusnivå til lokalsykehusnivå og gjennomsnittlig liggetid har gått ned. Antall liggedøgn i

spesialisthelsetjenesten har samlet gått ned, men økt på lokalsykehusnivå. I den dreiningen har mest sannsynlig APT spilt en viktig rolle gitt sin funksjon og myndighet i 2014.

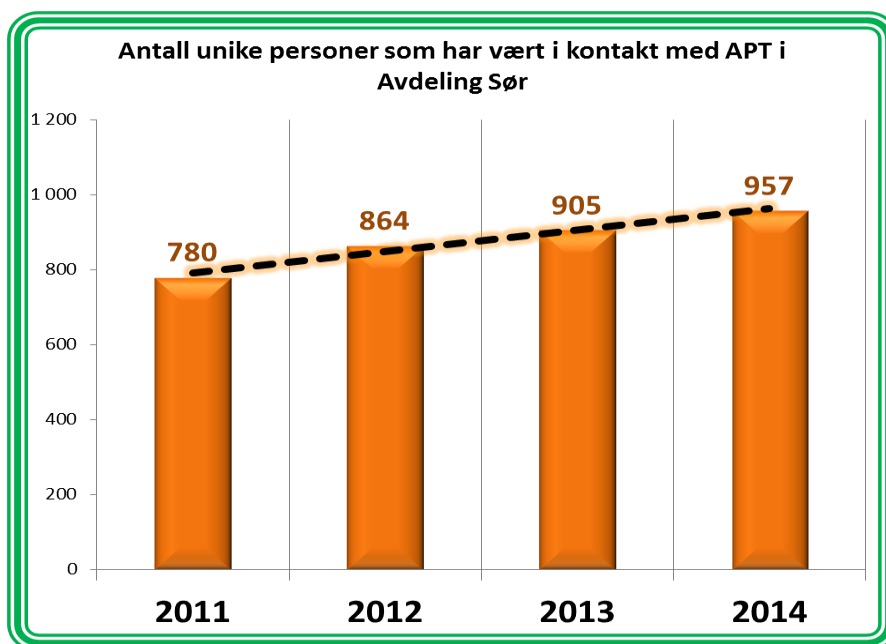
Ut fra tallmaterialet kan det konkluderes med at APT i Avdeling Sør er i kontakt med 177 flere personer i 2014 enn de var i 2011. Det er en økning på 23 %. Sammen med dreiningen av mønsteret for innleggelser og

liggedøgn, kan det kan tyde på at medarbeiderne i APT i 2014 i større grad enn i 2011, gir et tilbud til befolkningen og ivaretar den fleksibilitet som er nødvendig for rask hjelp.

I hvor stor grad og på hvilken måte ivaretar APT henvendelsene til forvakttelefonene ved SPH

Diagram 7 (se side 39) viste at de aller fleste henvendelsene til forvaktene kom i APT sin åpningstid. Det betyr at dataene fra de 1 239 registreringsskjemaene for en stor del dreier seg om aktivitet i

Diagram 8



APT¹¹. I deres åpningstid kom det til sammen 1 162 henvendelser. Det viser at medarbeiderne i APT håndterte ca. 13 henvendelser per dag i registreringsperioden. Det er her viktig å påpeke at ivaretagelsen av vakttelefonen kun er en av flere funksjoner for medarbeiderne i APT. I tillegg til å følge opp sakene fra vakttelefonene, følger de opp pasienter og familier i krise. Det er også lange avstander fra der APT har sine lokaler til de mest fjerntliggende kommunene i det respektive opptaksområdet. Det betyr at de nødvendigvis må bruke en del tid på reiser for å møte de de skal hjelpe, så nært deres hverdag og livssituasjon som mulig, slik de nasjonale og regionale føringene for psykisk helsevern legger opp til.

Oppsummering av funn fra datamaterialet for aktivitet i APT

Denne oppsummeringen tar også inn data fra øvrige kapitler i rapporten.

APT i Avdeling Sør er i kontakt med 177 flere personer i 2014 enn de var i 2011. Det er en økning på 23 %. APT håndterte de aller fleste av 1 239 henvendelser som kom til forvaktene ved SPH i perioden 1.11.2014 – 31.1.2015. De henvendelsene APT arbeider med ser ut til å være av alvorlig karakter. Det er en del som tyder på at APT kan bruke bakvaktene i større grad og kanskje også i større grad involvere kommunehelsetjenestene i sitt arbeid.

Sett i sammenheng med at befolkningen i Avdeling Sør sitt opptaksområde benytter 4,5 senger mindre i spesialisthelsetjenesten i 2014 enn de gjorde i 2011, kan det tyde på at APT i 2014 gir ambulante tjenester til en del av de som før var innlagt. Det er høyst sannsynlig at APT, gitt sin myndighet til å beslutte innleggelse, har spilt en viktig rolle i dreiningen fra innleggelser på sentralsykehusnivå til lokalsykehusnivå.

3.9 Henvendelser til forvaktene ved SPH før innleggelser på Akuttpost Sør

Vi beskriver kort resultatet fra registreringen og konkluderer.

Oppsummering av registreringen

I løpet av registreringsperioden (1.11.2014 – 31.1.2015) var det totalt 76 innleggelser. 34 av disse gikk «rett vei», det vil si via forvaktene. 42 innleggelser gikk utenom forvakt. For 29 av de 42 som ikke hadde gått via forvaktene var det ikke forventet slik kontakt. Det dreide seg om innkalling til vurdering av tvunget vern uten døgnopphold, administrering av depotinjeksjoner, stabiliseringsopphold og ECT-behandlinger. De resterende 13 burde gått via forvaktsystemet – de gikk «gal vei». Om vi legger sammen de 34 som gikk «rett vei» med de 13 som gikk «gal vei» får vi 47 innleggelser som skulle ha gått via forvaktene. De 34 som gikk «rett vei» utgjorde rundt 73 %, mens 13 som gikk «gal vei» utgjorde rundt 27 %.

Tre fjerdedeler av innleggelsene gikk via forvaktene. Det vil si at de fleste innleggelsene meldes til forvaktene ved det respektive SPH. Avdelingen har likevel ikke alltid én vei inn.

¹¹ Vi har ikke analysert i hvor stor grad henvendelsene er kommet på lør-, søn- og helligdager. Det betyr at de henvendelsene som kom før 10:00 og etter 18:00 på slike dager framstår som håndtert av APT, mens de i realiteten er håndtert av personale på døgnenhetene. Vi antar at det ikke er mange slike tilfeller og tenker det ikke svekker konklusjonen om at registreringen i hovedsak er en registrering av aktivitet i APT.

4 Måloppnåelse

I henhold til den overordnede målsetningen er konklusjonen at prosjektet DeVaVi har vært avgjørende for utvikling av et reelt akuttpsykiatrisk tilbud nært pasientens hverdag og livssituasjon. Tilbudet oppleves som faglig forsvarlig, fleksibelt og er raskt tilgjengelig.

Under dette redegjøres det for måloppnåelse for hvert av de 5 målene beskrevet i kapittel 1.4.

1. Etablere én vei inn til spesialisthelsetjenesten for pasienter, pårørende og de kommunale helsetjenestene, 24/7

Dette var en sentral målsetting for endringen av akuttjenesten. For å nå målet planla og gjennomførte avdelingen vesentlige endringer i faglig struktur og organisering (se kapittel 1.5). Etableringen av en forvaktordning ved hvert SPH og en felles bakvaktordning, dannet grunnlaget for ny organisering. Evalueringen viser at forvaktene ved SPH i stor grad ivaretar henvendelser i henhold til målsetningen og at én vei inn til spesialisthelsetjenesten er etablert.

Pasienter og pårørende gir tilbakemelding på at de opplever at lokal spesialisthelsetjeneste er lett tilgjengelig, og at de får rask og god hjelp ut fra sitt behov. Det oppleves trygt å vite at det er et lokalt akutttilbud 24/7, også med mulighet for innleggelse uansett tidspunkt.

Legevaktene er generelt fornøyd med tilbudet, men viser til enkelthendelser som ikke har fungert etter målsettingen om én vei inn. Enkelte legevaktleger mener at å ringe forvaktene er for tidkrevende når det er snakk om tvangsinnleggelser, mens andre mener det må brukes tid på disse vurderingene.

For- og bakvaktsystemet på sentralsykehusnivå viser også til at henviser enkelte ganger har ringt direkte til dem, eller både til vakttelefonene ved SPH og UNN Åsgård. Noen spør om ordningen er «kronglete» ved tvangsinnleggelser.

Pasienter, pårørende og legevaktlegene uttrykker en viss usikkerhet på hvordan ordningen fungerer og hva de kan forvente av hjelp når de henvender seg til APT/vakttelefonen.

2. Åpne for at døgnetenhetene skal kunne ta imot akutte innleggelser 24/7 og derved hindre unødvendige innleggelser og transport av pasienter til sentralsykehusnivå

Avdelingen ønsket å endre innleggelsesmønsteret ved å kanalisere flere akutte innleggelser til lokalsykehusnivået og dermed unngå unødvendige innleggelser og transport til sentralsykehusnivå. Organisasjonsendringene som det redegjøres for i kapittel 1.5, var viktige forutsetninger for å nå dette målet. I tillegg til etableringen av for- og bakvaktsystemet var arbeidet med holdningsendringer, «Samhandlingsstrategien» og sikring av legedekning på døgnetenhetene gjennom ambuleringsordninger vesentlig for å oppnå dette målet. Evalueringen viser en betydelig endring av innleggelsesmønsteret, og som en konsekvens av dette et redusert transportbehov.

Innleggelser mellom kl. 16:00 og 08:00 på de lokale døgnetenhetene har økt med 104 %. Det er mer enn en fordobling av slike innleggelser etter at akuttjenesten ble endret 5.9.2011. Det er høyst sannsynlig at flere av disse innleggelsene ville gått til sentralsykehusnivået før endringene i prosjektet DeVaVi ble implementert. Det var tidligere ikke muligheter for spesialistvurderinger etter kl. 16:00. Tilbud om akutt innleggelse på døgnetenhetene ville derfor ikke vært forsvarlig.

Totalt antall innleggelser på sentralsykehusnivå er redusert med 31 % (103) fra 2011 til 2014. Samtidig har innleggelsene på lokalsykehusnivå økt med 24 % (110).

Som følge av reduksjonen i antall innleggelser sentralt, ligger det en sterk reduksjon av behov for transport av pasienter til Tromsø. Nedgangen tilsvarer nedgangen av innleggelser sentralt. Legevaktlegene og pårørende understreker viktigheten av at de transportene som likevel er nødvendige blir gjennomført forsvarlig og så raskt og skånsomt som mulig.

Pasienter og pårørende uttrykker tilfredshet med at det er mulig å få tilbud om innleggelse døgnet rundt og nært sitt hjemsted. Pasienter som har erfaring fra før og etter endringen er spesielt opptatt av at de nå i større grad kan få besøk av sine pårørende under en innleggelse. De opplever at det er enklere å bli innlagt lokalt, og at de selv kan be om innleggelse ved behov. Både i fokusgruppene og på dialogkonferansen sa pårørende at de i større grad ønsker å bli informert og involvert i behandlingsforløpet, både ved oppfølging av APT og i forbindelse med innleggelse på døgnet. Et tettere samarbeid med pårørende er særlig ønskelig før/etter utskrivelse og i etterkant av en akutsituasjon som del av oppfølgingen av pasienten. Dette ble støttet av brukerorganisasjonene.

Medarbeidere på døgnetene beskriver at de arbeider med en annen pasientgruppe enn tidligere. De gir nå tilbud til pasienter som er akutt innlagt, og mindre grad av planlagte innleggelser og «avlastningsopphold». Legespesialistene i bakvakt mener at de i større grad kan bli involvert når innleggelsene blir gjennomført lokalt, og videre at journalføring må kvalitetssikres.

3. Utvikle APT slik at de i sin åpningstid kan yte rask og fleksibel hjelp i tett samarbeid med pasientene, pårørende og de kommunale helsetjenestene

Gjennom organisasjonsendringene fikk APT en sentral rolle i avdelingens arbeid for å opprette et reelt akuttpsykiatrisk tilbud på lokalsykehusnivå. De fikk myndighet og «redskap» til å vurdere og å tilby hjelp tilpasset den enkelte pasient. Det at APT fikk tilgang til legespesialister gjennom bakvaktordningen, sikrer faglig forsvarlighet. Dette gjennomføres ved at spesialist er tilgjengelig via videokonferanse eller telefon 24/7. Evalueringen viser at APT i stor grad ivaretar sin tiltenkte rolle ved å gi rask og fleksibel hjelp i tett samhandling med pasienter, pårørende og interne og eksterne samarbeidspartnere.

Antall personer APT er i kontakt med har økt med 23 % (177) fra 2011 til 2014. APT er sentral i forhold til intern og ekstern samhandling. I løpet av tre mnd. håndterte de over 1 000 henvendelser som kom til vakttelefonene ved SPH. 67 % av henvendelsene kom fra pasienter og pårørende, som uttrykker stor tilfredshet med responstid, tilbudet og ivaretagelse fra APT. De opplever at APT i større grad kommer hjem til dem ved behov. Mange ønsker at APT skal gi et tilbud 24/7.

Pårørende og brukerorganisasjonene var opptatt av det økende ansvaret pårørende fikk når behandlingen blir gjennomført mens pasienten er hjemme. Det etterlyses at pårørende i større grad informeres og inkluderes i oppfølging av pasienter, og at det legges til rette for samarbeid og pårørendesamtaler.

Videre ble det tatt opp at språket spesialisthelsetjenesten bruker er preget av forkortelser og ord det er vanskelig å forstå for folk flest og derved for pasienter og pårørende.

Samarbeidspartnerne fra legevaktene og de kommunale helsetjenestene uttrykker stor grad av tilfredshet med tilbudet fra APT. De opplever at de får hjelp og støtte når de trenger det. Det er god tilgang på legespesialist i bakvakt når det er behov for det. Det ble også sagt at det er bedre å drøfte problemstillinger med en spesialist som er tilknyttet og kjenner virksomheten og opptaksområdet, enn med en mindre erfaren primærvakt på sentralsykehusnivå.

Utfordringer rundt ansvarsforhold ble problematisert i dialogmøtene med legevaktene og av deltakerne fra kommunehelsetjenestene som var til stede på dialogkonferansen. Det ble uttrykt usikkerhet rundt hvem som har ansvar for de avgjørelsene som blir tatt etter råd fra eller i samarbeid med APT.

Medarbeiderne i APT ga tilbakemelding om at de opplever store forskjeller med tanke på hvordan samarbeidet rundt behandlingsforløpene i de ulike kommunene i opptaksområdet utvikler seg. Det er ønskelig å få til større grad av likeverdige tjenester uavhengig av opptaksområde. Det ble også drøftet om APT og de som arbeider i den kommunale psykiske helsetjeneste kunne samarbeide om ambulerings.

4. Forbedre samhandling mellom lokal- og sentralsykehusnivået i avdelingen

Dette målet var viktig for å sikre at rett pasient får rett tilbud, til rett tid og på rett sted. Tidligere samarbeidsprosjekt og utredninger (se kapittel 1.2) viste at lokal og sentralsykehusnivået hadde lite kjennskap til hverandres utfordringer og muligheter og at de til dels arbeidet i forhold til to forskjellige pasientpopulasjoner. At samarbeidspartnerne på lokal- og sentralsykehusnivå i 2008 ble organisert i en avdeling, gjorde det mulig for den nye Avdeling Sør å arbeide med forbedring av samhandlingen. Evalueringen viser at samhandlingen er vesentlig forbedret.

Tilbakemeldingene fra medarbeiderne, viser at de er svært fornøyd med den interne samhandlingen slik den nå er. De tre ukentlige samhandlingsmøtene på VK mellom Akuttpost Sør og de tre døgnerhetene, fungerer som en viktig arena for utveksling av informasjon, for økt forståelse av den enkelte enhets situasjon til enhver tid og for samhandling på alle nivå. Møtenes viktige betydning understøttes ved at noen APT også er begynt å delta for å bedre kunne bidra i samhandlingen rundt felles pasientsaker.

5. Sikre døgnekontinuerlig spesialisttilgang for døgnerheter og APT

I kapittel 1.5 beskrives to vesentlige tilretteleggingstiltak for å nå dette målet. Det første er etableringen av bakvaktordningen via VK og mobiltelefon. Det andre er tilretteleggingen for at legespesialister skulle kunne ivareta det medisinskfaglige ansvaret for døgnerhetene ved SPH Midt-Troms og SPH Sør-Troms ved å ambulere dit og ved øvrig tilgjengelighet via VK og mobiltelefon.

Evalueringen viser at de to tiltakene er avgjørende for at Avdeling Sør nå har etablert et faglig forsvarlig og reelt akuttpsykiatrisk tilbud på lokalsykehusnivå. Evalueringen viser også en sårbarhet ved utskifting av personer som ivaretar det medisinskfaglige ansvaret ved ambulerings. I tillegg er det mye som tyder på at de som inngår i bakvaktordningen bør ha lokal tilknytning, lokalkunnskap og gode relasjoner til de som ivaretar forvaktordningen.

Medarbeiderne i APT og på døgnerheten uttrykker klart at de ikke kunne ivaretatt akuttjenesten slik de gjør nå dersom de ikke hadde hatt tilgang til legespesialist. De mener samtidig at de kan bruke VK mer enn de faktisk har gjort, som en kvalitetssikring i utfordrende vurderinger.

Fordi bruk av videokonferanse i akuttpsykiatri både nasjonalt og internasjonalt er lite utprøvd og forskningsmessig evaluert, ble det i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) søkt om og innvilget forskningsmidler fra Helse Nord RHF til et 3-årig kvalitativt forskningsprosjekt («VIDEOCARE») om temaet [20]. Hensikten med studien var å utforske brukernes erfaringer med bruk av videokonferansekonsultasjoner i akutte tilfeller innen psykisk helsevern. Studien er basert på intervjuer med pasienter, psykiaterne i vaktordningen og helsepersonell ved døgnerheter og APT ved henholdsvis SPH Midt-Troms, SPH Ofoten og SPH Sør-Troms.

Studien viser at VK-systemet ble sett på som et supplement til telefon, og ble benyttet i de mer utfordrende situasjonene hvor medarbeiderne ved SPH-ene og/eller psykiateren i bakvakt så behov for at legespesialist fikk se og snakke med pasienten. Et hovedfunn er at mulighet for spesialistvurdering 24/7 via VK bidro til økt trygghet for både pasienter, lokalt helsepersonell og legespesialistene i bakvakt, gjennom involvering av pasienten, reduksjon av usikkerhet, bedre samarbeid og deling av ansvar, og ved at VK fungerte som et sikkerhetsnett. Det konkluderes med at muligheten for bruk av VK med bakvakt 24/7 bidrar til økt kvalitet i en desentralisert akuttpsykiatrisk spesialisthelsetjeneste, og er et verktøy som kan gi et mer likeverdig akutttilbud uavhengig av hvor folk bor [21].

Studien er ikke avsluttet, og ytterligere to forskningsartikler er under arbeid. Den ene belyser hvilke situasjoner VK vurderes som et mer hensiktsmessig verktøy enn telefon i akuttpsykiatriske pasientvurderinger, mens den andre drøfter hvordan VK-systemet innebærer en ny måte å organisere akuttjenesten på. Pasienten inkluderes i større grad, og systemet krever endringer i organisering og arbeidsform for både legespesialister og medarbeiderne ved de ulike SPH.

5 Anbefalinger fra evalueringsteamet om videre utvikling

Evalueringen viser at Avdeling Sør's akuttjeneste per mars 2015, framstår som robust, faglig forsvarlig og er organisert i henhold til nasjonale, regionale og lokale føringer for psykiske helsevern. Akuttsystemet strekker seg fra sentralsykehus og hjem til pasienten. Gjennom organisering og klinisk struktur er antall akutte innleggelser på sentralsykehusnivå betydelig redusert. Døgnerheter og ambulante team har utviklet et tettere samarbeid, og har stabil tilgang på medisinskfaglige vurderinger i tilfeller hvor dette er en forutsetning for et faglig forsvarlig tilbud.

Evalueringsprosessen har vært gjennomført i dialog med brukere og samhandlingspartnere, og har derfor i seg selv medført at flere er blitt bedre kjent med tjenesten og hva de kan forvente av hjelp. Evalueringen viser også at det er rom for forbedringer. Forslagene til forbedringer må sees på som innspill til videreutvikling og justering av tjenesten for å understøtte den gode utviklingen evalueringen viser.

Gjennomføring av transport og økonomi har ikke vært tema for evalueringen. Gjennom evalueringsarbeidet er det likevel kommet fram forhold som gjør at vi sist i dette kapittelet gjør oss noen refleksjoner rundt de to temaene.

Evalueringsteamet anbefaler forbedring på følgende områder:

- 1) Gi tydelig og god informasjon om alle deler av akuttjenesten. Dette gjelder både til pasienter, pårørende og de kommunale helsetjenestene.
- 2) Sikre at alle akutt og ø-hjelpshenvendelsene går til forvaktene ved SPH – «en vei inn».
- 3) Sikre at pårørende blir fulgt opp på en måte som i større grad ivaretar deres behov for medvirkning og informasjon når et familiemedlem er i krise og/eller under behandling.
- 4) Revidere interne rutiner for medarbeidere som deltar i akuttjenesten. Inkludert å sikre at videokonferanse benyttes der det er hensiktsmessig i større grad enn nå.
- 5) Utvikle, forbedre og tydeliggjøre generell samhandling med de kommunale helsetjenestene. Det er behov for å avklare ansvar og drøfte samtidighet i ansvar med kommunehelsetjenestene. Det bør også vurderes om medarbeidere i de kommunale psykiske helsetjenestene kan samarbeide med APT om ambulante tjenester.
- 6) Drøfte videreutvikling av infrastruktur for VK. Det bør utredes muligheter for å flytte akuttjenesten enda nærmere pasientenes hverdag og livssituasjon ved å etablere VK-studio på fastlegekontor, på legevakter og hos øvrige som ivaretar kommunalt psykisk helsevern. Lange avstander internt i det enkelte opptaksområde, gir medarbeiderne i APT en utfordring med å gi likeverdige tjenester til kommuner som ligger langt unna der APT er lokalisert. Bruk av teknologi vil åpne en mulighet for at APT og legespesialistene i bakvakt kan delta direkte i pasientvurderinger via VK på legevaktene.
- 7) Sikre videre rekruttering og stabil tilgang på tilstrekkelig legespesialistkompetanse ved SPH-ene. Det er avgjørende for å ivareta forsvarlighet i tjenesten at det er etablert en bakvaktordningen og lagt til rette for at legespesialister kan ambulerer til døgnerhetene. Evalueringen viser en sårbarhet ved utskifting av personer som ivaretar det medisinskfaglige ansvaret ved ambulering. Det er mye som tyder på at de som inngår i bakvaktordningen bør ha lokal tilknytning, lokalkunnskap og gode relasjoner til de som ivaretar forvaktordningen. De lønnsbetingelsene bakvaksordningen gir, vil kunne være en rekrutterende og stabiliserende faktor.

Refleksjoner rundt rutiner for transport

Transport og ledsagerordningen for psykisk helsevern ved UNN HF er regulert av prosedyrer som er utarbeidet av PHRK og UNN HF [1]. Rutinene for pasienttransport var derfor ikke et tema for denne evalueringen. Mange av informantene var likevel opptatt av å gi tilbakemeldinger om sine erfaringer med rutinene for transport. Pårørende viste til eksempler der de kun sammen med en taxisjåfør, hadde fått ansvaret alene for transport av svært syke familiemedlemmer over flere timer.

Legevaktlegene viste til tilfeller der de hadde brukt uforholdsmessig lang tid, ved et tilfelle to dager, før forsvarlig transport ble iverksatt. De gir sterk kritikk av ordningen for transport av psykisk syke sammenlignet med transport av de som er somatisk syke. Det viser at UNN HF og Psykisk helse- og rusklinikken har behov for å gå igjennom gjeldende transportrutiner for å iverksette endringer som ivaretar pasientenes verdighet, pårørendes behov for trygghet, og respekt for de kommunale helsetjenestenes tidsbruk.

Refleksjoner rundt økonomi

Denne evalueringen har ikke hatt fokus på økonomi. Samtidig har evalueringen vist en nedgang i innleggelser til sentralsykehusnivå på 103 (31 %). Det er sannsynlig at denne endringen av innleggelsesmønsteret har ført til reduserte transportkostnader og reduserte kostnader per innleggelse. Kostnadene for et liggedøgn på sentralsykehusnivå er høyere enn på lokalsykehusnivå.

Avdelingen har utgifter for ambulerings og bakvaktordningen. Alternativet til ambulerings ville være legespesialisttilgang via utleiefirma, som er svært dyre og erfaringsmessig ustabile ordninger. En tilstedeværende bakvaktordning ved hvert av de tre SPH har vist seg å være umulig på grunn av utfordringer med å rekruttere legespesialister. Dersom en likevel tenker seg at det var mulig, er det høyst sannsynlig at kostnadene ville blitt høyere enn den bakvaktordningen avdelingen har etablert for å etterkomme nasjonale og regionale styringssignaler.

En annen viktig refleksjon er om endringene har ført til reduserte «menneskelige omkostninger». Tilbakemeldinger fra brukerne som har deltatt i denne evalueringen er at endringene i akuttjenesten går i riktig retning for å gi pasienter rask og god hjelp, på rett nivå, så nært deres hverdag og livssituasjon som mulig. Videreutvikling av tjenestetilbudet i framtiden bør fortsatt være i dialog med pasienter og pårørende som brukere av akuttjenesten.

6 Referanse og litteraturliste

1. Bjørhovde N (2013). Sluttrapport fra prosjekt: Transport av psykisk syke i UNN 2011-2013 «Verdige transportordningen for psykisk syke», UNN HF, Allmennpsykiatrisk klinikk og Akuttmedisinsk klinikk.
2. Bratlid T, Kilvær D, Bjørhovde N, Hansen G (2006). Rapport fra kvalitetssikringsprosjektet: «Veien til akuttinnleggelse på tredjelinjenivå» et lokalt prosjekt ved Allmennpsykiatrisk avdeling, UNN HF i forbindelse med Multisenterstudien på akuttpsykiatriske tilbud i Norge (MAP) 2005-2006.
3. Halkier B (2010). Fokusgrupper. Oslo: Gylden Norsk Forlag.
4. Helse og omsorgsdepartementet (2001). Telemedisin og ansvarsforhold. Rundskriv I-12/2001
5. Helsedirektoratet (2006). Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (IS-1388).
6. Helsedirektoratet (2012). Distriktpsikiatriske tjenester 2011 Driftsindikatorer for Distriktpsikiatriske sentre (IS-2027).
7. Helse Nord RHF (2012). Regional plan for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern i Helse Nord – Tiltaksplan 2012-2015.
8. Helsedirektoratet (2014). Organisering og praksis i ambulante akutteam ved Distriktpsikiatriske sentre (DPS) (IS-2156).
9. Jacobsen, DI (2005). Hvordan gjennomføre undersøkelser? 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
10. Karlsson B, Borg M, Sjølie H (2011). Ambulante akutteam ved Distriktpsikiatriske sentre – en kartleggingsstudie. *Sykepleie Forskning*. 6(1):62-68.
11. Kolbjørnsrud OB, Larsen F, Elbert G, Ruud T (2009). Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sykehus? *Tidsskrift norsk lægeforening*, 129:1991–1994.
12. Lov om helsepersonell m. v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64. Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).
13. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). LOV -1999-07-02 63. Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).
14. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). LOV-1999-07-02-61 Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).
15. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) LOV-1999 07-02-62 Helse- og Omsorgsdepartementet (HOD).
16. Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB (2010). Arbeidsgruppe 2. Utvikling og oppgradering av Distriktpsikiatriske sentre Arbeids- og ressursfordeling mellom DPS og sykehus.
17. Ose SO, Slettbakk R (2013). Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. SINTEF-rapport A25247. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
18. Ruud T, Gråwe RW, Hatling T (2006). Akuttpsykiatrisk behandling i Norge -resultater fra en multisenterstudie. SINTEF-rapport A310. Trondheim: SINTEF Helse.
19. Sosial- og helsedirektoratet (2006). «Du er kommet til rett sted» Ambulante akuttjenester ved Distriktpsikiatriske sentre”. Rapport IS-1358. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
20. Trondsen MV, Bolle SR, Stensland GØ, Tjora A (2012). VIDEOCARE: Decentralised psychiatric emergency care through videoconferencing, *BMC Health Services Research*, 12:470.

21. Trondsen, MV, Bolle SR, Stensland GØ, Tjora A (2014). Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies, *BMC Health Services Research*, 14:544.
22. Tjora A (2010). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
23. UNN HF, Psykisk helse- og rusklinikken (2014). Plan for økt frivillighet 2014-2016.

VEDLEGG:

1 Registreringsskjema for henvendelser til forvakttelefonene ved SPH

+ **Nr. 1** +

Registrering av henvendelser til vaktordningen i DeVaVi

Skal fylles ut av APT og personale ved døgnenheten ved alle henvendelser til vaktordningen.

Dato (ddmmåå = slik: 071211)

Tid start Tid slutt
(ttmm = slik: 1045)

1) *Hvem tar kontakt?*

Pasient	☐	Legevakt	☐
Pårørende	☐	Psykiatritjenesten	☐
Fastlege	☐	Flyktningmottak	☐
		Andre	☐

1a) Hvis andre, vennligst spesifiser:

Hvem gjelder henvendelsen?

2) Kvinne ☐ Mann ☐

3) Alder

☐ 0 - 18 år	☐ 51 - 70 år
☐ 19 - 30 år	☐ 71 og eldre
☐ 31 - 50 år	

4) Flyktning / asylsøker ja ☐ nei ☐

5) Kommunenummer (se utsendt oversikt)

6) *Er den henvendelsen gjelder under behandling i spesialisthelsetjenesten?*

VOP	☐	APT	☐	SyS	☐
BUP	☐	Døgn	☐	Somatisk beh.	☐
				Vet ikke	☐

+

+

7) *Hva gjelder henvendelsen?* (sett flere kryss dersom aktuelt)

- ☐ Vurdering av medikamentell behandling
- ☐ Vurdering av suicidalitet
- ☐ Behov for rådgivning / veiledning i forhold til videre tiltak / pasientforløp
- ☐ Ønske om oppfølging av APT
- ☐ Rus
- ☐ Psykose / mani
- ☐ Angst / depresjon
- ☐ Selvskading
- ☐ Suicidalitet
- ☐ Annet

7a) Hvis annet, vennligst spesifiser:

8) *Hvordan ble henvendelsen håndtert?* (sett flere kryss dersom aktuelt)

- ☐ Bakvakt i DeVaVi konsultert via telefon
- ☐ Bakvakt i DeVaVi konsultert via videokonferanse *
- ☐ APT overtok saken
- ☐ APT og kommunehelsetjenesten samarbeider i saken
- ☐ Henvist til oppfølging fra kommunehelsetjenesten
- ☐ Henvist til NAV
- ☐ Henvist til VOP
- ☐ Henvist til BUP
- ☐ Telefonvakt ved døgnerheten formidlet kontakt med APT neste dag
- ☐ Pasienten ble innlagt på døgnerheten
- ☐ Pasienten ble innlagt på Akuttpost Sør
- ☐ Pasienten ble innlagt på Subakuttpost Sør
- ☐ Saken avsluttet etter første kontakt
- ☐ Annen avtale

8a) Hvis annen, vennligst spesifiser**

** Dersom det blir lite plass under "spesifiser" – merk feltet med: "se baksiden" og bruk baksiden av arket.

* Dersom "x" her, fyll også skjema ut for VIDEOCARE.

Husk at hendelsen også skal dokumenteres i DIPS med dokumenttype
"Ambulant psykiatrisk team, Vaktnotat".

+

+

2 «Samhandlingsstrategi for Avdeling Sør»

Samhandling ved samtidighet i behandlingsforløp.

Det hender relativt ofte at en pasient har en samtidighet i forhold til kontakt med behandlingsenheter og behandlere i Avdeling Sør. Selv om det til enhver tid er en behandler som er behandlingsansvarlig for en pasient, kan han/hun være i langsgående behandling ved en voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP), ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) og /eller følges opp av et ambulant psykiatrisk team (APT), for så å bli akutt eller planlagt innlagt ved en av sengepostene. Enten Akuttpost Sør eller en av døgnenhetene. Pasienten vil da for en periode få en ny ansvarlig behandler. I slike tilfeller skal det alltid være et samarbeid mellom ansvarlig behandler der pasienten er innlagt/følges opp og samtidige behandlere. Vi må søke å unngå at pasienter, pårørende og samtidige behandlere opplever at planlagte behandlingsforløp endres uten at det er drøftet med dem, er godt begrunnet og forståelig for alle impliserte. Det er derfor av overordnet betydning at den behandlingsenhet/behandler som mottar en ny pasient har system for å sjekke om pasienten er i et samtidig behandlingsforløp i Avdeling Sør. Avdeling Sør har over tid utviklet, og vil fortsette utviklingen av, en infrastruktur bestående av videokonferanseutstyr som er/skal være lett tilgjengelig ved alle enheter. Dette kan brukes slik at samtidige behandlere kan delta sammen i behandlingsmøter med felles pasienter, selv om avstandene er store. Det er også en mulighet for at pårørende, som for eksempel bor i Harstad og et familiemedlem er innlagt i Tromsø, kan delta sammen med lokal behandler i behandlingsmøtene. Slike fellesmøter mellom pasient, eventuelt pårørende og samtidige behandlere kan være spesielt viktig i begynnelsen og mot slutten av et behandlingsforløp ved en sengepost, og/eller i forkant av en innleggelse på en sengepost der VOP, BUP og/eller APT har fulgt opp pasienten over kortere eller lengre tid.

Samhandling ved overføringer mellom behandlingsenheter.

I de aller fleste tilfeller er samarbeid om overføringer til neste behandlingssted/nivå uproblematisk. I noen få tilfeller, spesielt når det er overbelegg på sengepostene eller begrenset kapasitet ved poliklinikker, har det vært utfordringer med å få tilbud på nytt behandlingssted/nivå innen rimelig tid. I disse tilfellene har det ført til at pasienten er blitt for lenge på et behandlingssted/nivå som ansvarlig behandler mener at ikke er tilstrekkelig eller er uegnet for pasienten sin problematikk.

I de sjeldne situasjonene hvor det er vanskelig å komme til en konsensus vedrørende overføring kan ansvarlig behandler henvise til "Samhandlingsreglene for akutte pasientforløp i Avdeling Sør" og derved beslutte at pasienten skal overføres. Det er likevel viktig å understreke at det i utgangspunktet skal være god dialog og løsningsfokus som er gjeldende. Det skal, så langt det er mulig, tas hensyn til mottakende nivå/enhet sin situasjon, og søkes å finne fleksible løsninger som alle er fornøyd med – ikke minst pasienten og dennes pårørende.

Samhandlingsregler for akutte pasientforløp i Avdeling Sør.

Pasienter som meldes som ø-hjelp fra VOP, BUP og/eller via telefonvaktordninga i DeVaVi, til Akuttpost Sør eller en av døgnenhetene i Avdeling Sør, skal tas i mot umiddelbart.

Pasient som er innlagt på Akuttpost Sør og meldes til APT/døgnenhet skal tas i mot så snart det er mulig og senest innen 2 døgn.

Mottagende behandlingssted/nivå er ansvarlig for strategier/løsninger for overbelegg/begrenset kapasitet på en slik måte at de kan ta i mot pasienten som forutsatt i samhandlingsreglene.

3 Intervjuguide for fokusgruppeintervju med pasienter og pårørende

Intervjuguide pårørende/pasient – evaluering DeVaVi

Introduksjon om hvorfor dette møtet, og hva har vi gjort for å lage et bedre akuttsystem.

Veien inn

- Hvordan visste du om hvor du skulle henvende deg for å få hjelp?
- Hvordan kom du i kontakt med APT og/eller døgnerheten?
- Hvilke eventuelle andre instanser var du i kontakt med før APT og/eller døgnerheten?

Vakttelefonen/møtet med APT/Døgnerhet

- Hvordan synes du at du ble møtt når du/dere ringte vakttelefonen?
- Hvordan opplevde du det første møtet med den/de som snakket med deg fra ambulant team/døgnerhet?
- Hva slags forventninger hadde du til møtet med ambulant team/døgnerheten? (type hjelp)

Beslutningsprosessen

- Hvordan opplevde du hjelpen som ble gitt?
- Ble du orientert om hvilke typer hjelp dere kunne få?
- Opplevde du å ha påvirkning i avgjørelsen om hvilket tilbud som ble gitt?
- Hvis nei, hvordan ønsket du det skulle vært i stedet?
- Hvordan opplevde du at du ble møtt som pårørende/pasient?
- Hvordan opplevde du samarbeidet mellom dem du var i kontakt med?

Bakvakt/Videokonferanse

- Fikk du vite at senteret har lege/psykiater i bakvakt?
- Var lege/psykiater (bakvakt) involvert ved innleggelsen?
- Ble dere tilbudt å snakke selv med legen/psykiateren på telefon eller videokonferanse?
- Hvis ja, hvordan opplevde du hjelpen fra legen?
 - Hvis dere selv snakket direkte med legen på telefon
 - Hvis dere selv snakket direkte med legen på videokonferanse
 - Hvis personalet snakket med legen på deres vegne
 -

Tilbudet som helhet

- Hva synes du fungerer bra med tilbudet vårt?
- Har du merket en endring i tilbudet vårt de siste årene? (Bedre/verre, hva?)
- Hvordan kan vi gi et bedre tilbud?