

**Samarbeid om etablering av  
ØHD tilbud og  
ambulante team.  
innan psykisk helse og rus -  
2016 – 2018.**

# Mål og delmål

- \* **Overordna mål:**

- \* At menneske med psykiske lidingar og rusproblem får eit optimalisert og samordna tilbod frå primær og spesialisthelsetenesta, og at tilbodet utnyttar ressursane til beste for brukarane.

- \* **Delmål:**

- \* Etablering av samarbeidsteam / FACT team
- \* Etablering av kommunale døgnplassar /døgntilbod innan psykisk helse og rus

# Gjennomføring

- \* Engasjere ressurs som leiar og koordinerer arbeidet
- \* Etablere prosjektorganisasjon som får i oppdrag å arbeide saman med prosjektleiar for å nå måla i prosjektet
- \* Etablere ein prosjektplan
- \* Kartlegge og vurdere kva pasientar som kan ha nytte av eit kommunalt døgntilbod/ØHD – psykisk helse og rus
- \* Vurdere modell for etablering av eit kommunalt døgntilbod
- \* Kartlegge og vurdere kva pasientar som kan ha nytte av ambulante samarbeidsteam
- \* Vurdere modell for etablering av ambulant samarbeidsteam

# Prosess så langt

- \* Hatt fem arbeidsgruppemøter sidan 020916
- \* I hovudsak hatt fokus på ØH tilbodet
- \* Men og drøfta Team i diskusjonen
  
- \* Har prøvd å løfte opp hovedspørsmålet;  
Kva for ØH hendingar får vi til tenestesta?  
(lege, plo, ph .....  
Dette for å kunne besvare kva for tilbod ein treng.
- \* Vanskeleg å svare på dette.
- \* Ender ofte opp i diskusjon om kva tiltak vi har.
  
- \* Signal frå spes helse om at for mange brukarar kjem til dei som ikkje skulle ha vore der og er der pga at eit for dårleg tilbod kommunalt.
  
- \* Har drøfta ein del tankar om kva vi kan gjere og må jobbe vidare med.

# Spørsmål ??

- \* Økonomi (ikkje drøfta mykje pga uklare og få signal)
- \* Øhd seng/tilbod vs heile øyeblikkeleg hjelp linjen
- \* Begrep; akutt, øyeblikkeleg hjelp, krise, ....
- \* Team; Fact team, ØH team, Akutt Ambulant Team (AAT), ...  
«Multiteam» ???
- \* Kva møter vi i ulike tenester?
- \* Kva har vi for tilbod i ulike tenester?

# Økonomi St prop 1

10.00 HO departementet mv.	907,3	1 047,4	15,4
10.10 Folkehelse mv.	2 046,9	1 962,4	-4,1
10.20 Helseforvaltning	1 741,5	1 957,6	12,4
10.30 Spesialisthelsetjenester	140 637,7	141 860,7	0,9
10.50 Legemidler	354,1	353,5	-0,2
10.60 HO i kommunene	8 318,4	10 237,6	23,1
10.70 Tannhelse	263,7	286,6	8,7
10.80 Kunnskap og kompetanse	708,4	678,2	-4,3

# Økonomi forts

- \* Hovedprioriteringer i budsjettforslaget for HO departementet:
  - \* Redusert unødvendig og ikke-medisinsk begrunnet venting for pasientene
  - \* Økt tilgjengelighet, kapasitet og kvalitet i helse- og omsorgssektoren
  - \* Bedre behandling og forebygging innen psykisk helse- og rusfeltet

# Økonomi fort

Regjeringen vil øke innsatsen innenfor *psykisk helse og rusfeltet*. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling styrkes gjennom den foreslåtte aktivitetsveksten i sykehusene.

Til opptrappingsplanen for rusfeltet foreslår Regjeringen 345 mill. kroner i 2017, hvorav 300 mill. kroner gjennom vekst i kommunenes frie inntekter og 45 mill. kroner gjennom tiltak på ulike departementers budsjettområder.



# Begrep- Akutt el ØH

- \* Akuttmedisin utenfor sjukehus er definert som;
  - \* medisinsk nødmeldetjeneste, kommunal legevaktordning og ambulansetjenesten.
  - \* situasjoner som krever helsetjenestens raskeste og mest kompetente respons i henhold til Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.
- \* Øyeblikkelig hjelp er definert som;
  - \* Tiltak til pasienter som er i en tilstand eller situasjon der utredning eller behandling er påtrengende nødvendig.
  - \* ØH behøver ikke å bety at tilstanden er kritisk eller livstruende, men at pasienten har behov for utredning eller behandling uten unødvendig venting.
  - \* ØH benyttes som begrep for å skille mellom hjelpebehov som krever rask hjelp (akuttmedisin) fra helsehjelp som kan planlegges noen dager, uker eller måneder i forveien.
  - \* ØH innebærer henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon der pasienten har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie.
  - \* ØH gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten.

## 3.4.1 Pasienter som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold / døgntilbod

- \* Lettere og moderate psykiske helseproblemer og/ eller rusmiddelproblemer
- \* Avklart tilstand og/eller diagnose som får tilbakefall/forverring av (kjent) psykisk lidelse og/eller rusmiddelproblem,

Behov for

- \* observasjon
- \* oppfølging med omsorg, struktur og støtte.
- \* hjelp til å ivareta egenomsorg,
- \* støtte og hjelp til å mobilisere egne ressurser i en vanskelig livssituasjon
- \* hjelp til å opprettholde nære relasjoner til pårørende/andre i en psykisk krise eller ved tilbakefall til skadelig rusmiddelbruk

## 3.4.2 Pasienter som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig døgnopphold innen psykisk helse og rus

- \* Personer med alvorlig problematikk og/eller uavklarte tilstander skal fortsatt vurderes for øyeblikkelig hjelp/akuttbehandling i spesialisthelsetjenesten.
- \* Det er lokalt DPS/HF som har akuttansvar og som må kontaktes i situasjoner der spesialisthelsetjenesten bør bidra i vurderingen.
- \* Pasienter med tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten er ikke aktuelle for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

## 3.4.2 Pasienter som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig døgnoophold innen psykisk helse og rus

- \* I forskrift om psykisk helsevern § 1 utdypes plikten til å yte øyeblikkelig hjelp.
- \* Tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp omfatter blant annet:
  - \* psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv eller helse
  - \* psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
  - \* deliriøse tilstander der avrusing ikke er en hovedsak
  - \* psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig

# Status øh kjeder i dag

- \* Lege på legekantor i kommune (8/5)
- \* Plo (24/7) ØH ?? Nye pas må søkjast inn. (Avd. eller Forvaltning)
- \* Psykisk helse (8/5) ØH ?? Nye pas må søkjast inn. (Avd. eller Forvaltning)
  - \* Med litt utvida opningstid nokre dagar i nokre kommunar
- \* Legevakt inkl ØHD senger somatisk (24/7)
- \* DPS akuttelefon 8/5
  - \* akuttime, akuttvurdering lokalt, hendvisning vidare
- \* DPS Akutt Ambulant Team (AAT) Kdag 8-22, Hdag 10-18 og Ferier 8-16
  - \* akuttvurdering lokalt, hendvisning vidare
- \* PAM 24/7
- \* Avd. For Rusmedisin. Rusakutten (24/7) Meget dårlege ruspas.

# Bakgrunn

- \* Akuttprosjektet Nordhordland (2010-2013)
- \* NoU ..... Først og fremst
- \* Sirkulasjon pas PAM
- \* Drøfting eigen faggruppe (PH, lege, dps,
- \* Drøfting alm lege gruppe Lindås
- \* Økonomi i dette

# Akuttprosjekt Nordhordland

0101310 – 280213

- \* Har bedret kvaliteten på de psykiatriske akuttvurderingene.
- \* Vaktordningen ble først og fremst brukt av de med dårligst forutsetning for å gjøre gode vurderinger. (turnus + vikarer)
- \* Alle informanter vektla læringseffekte av å kunne konferere med psykolog og også få rask tilbakemelding om videre tiltak.
- \* Ordningen bidro til å gi et tilbud i spesialisthelsetjenesten til pasienter som ikke hadde et tilbud der fra tidligere.
- \* Vaktordningen i seg selv bidro ikke til redusert behov for innleggelser på et sentralisert sykehusnivå.
- \* Andel tvangshenviste og –innlagte var relativt stabil.

## Håndtering av psykisk sykdom og rus i den akuttmedisinske kjeden. Ingrid H. Johansen, lege, ph.d.

- \* Det finnes ingen studier som direkte har undersøkt kvaliteten på arbeidet som gjøres ved norske legevakter innen PH og R
- \* Men mange studier av Diagnose for mottatte pasienter.
- \* Studier har imidlertid vist at legevaktleger er like flinke som andre henvisende instanser til å velge ut hvilke pasienter som bør innlegges akutt i psykiatrisk sykehus (15).
- \* Videre ser man at de fleste pasientene allmennleger henviser til spesialisthelsetjenesten i psykiatri, håndteres videre innenfor spesialisthelsetjenesten (15, 21, 33)
- \* En stor andel av akuttinnleggelsene til psykiatriske sykehus kommer via legevakt (15, 26, 34). En enda større andel av tvangsinnleggelsene kommer via legevakt (15, 34, 35).



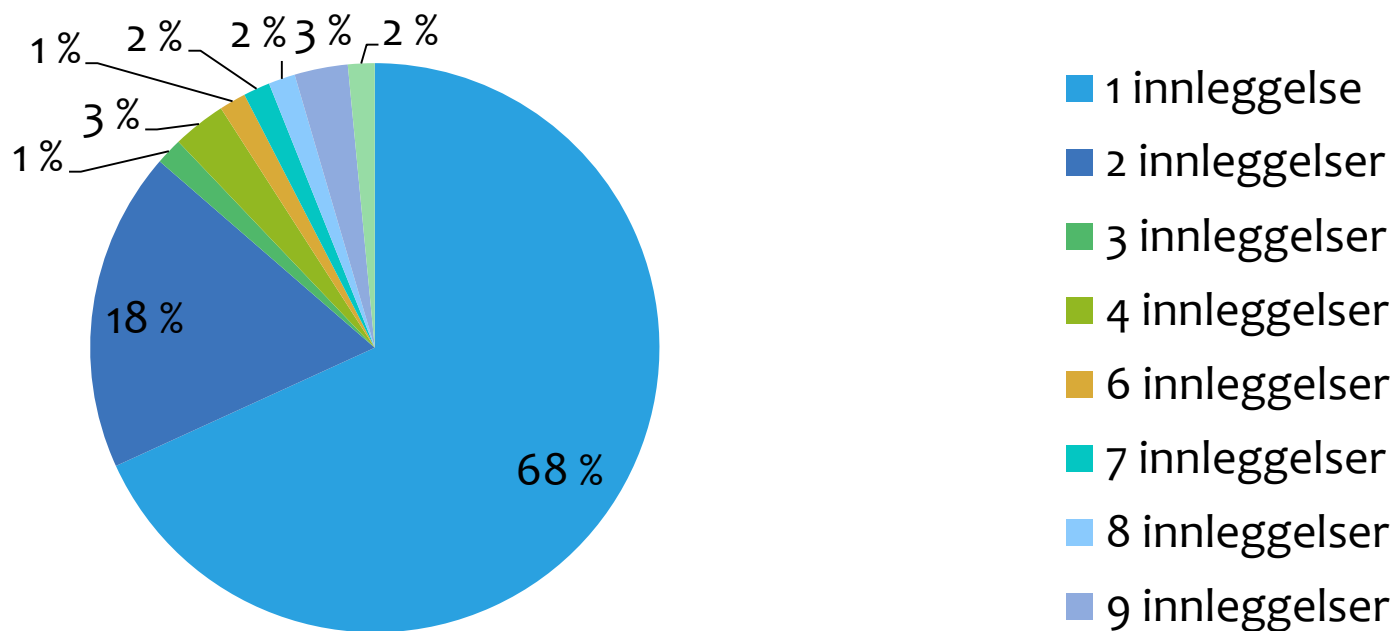
# Håndtering av psykisk sykdom og rus i den akuttmedisinske kjeden. Ingrid H. Johansen, lege, ph.d.

- \* Pasienter innlagt fra legevakt har høyere forekomst av akutt ruspåvirkning og aggressiv atferd sammenliknet med pasienter innlagt fra andre henvisningsinstanser (15).
- \* Samlet peker resultater fra flere studier på fire områder der det er behov for kompetanseheving på legevakt:
  - \* 1. Vurdering av selvmordsrisiko
  - \* 2. Lovverk i forhold til bruk av tvang
  - \* 3. Ivaretagelse av egen sikkerhet
  - \* 4. Kjennskap til lokale samarbeidspartnere og rutiner

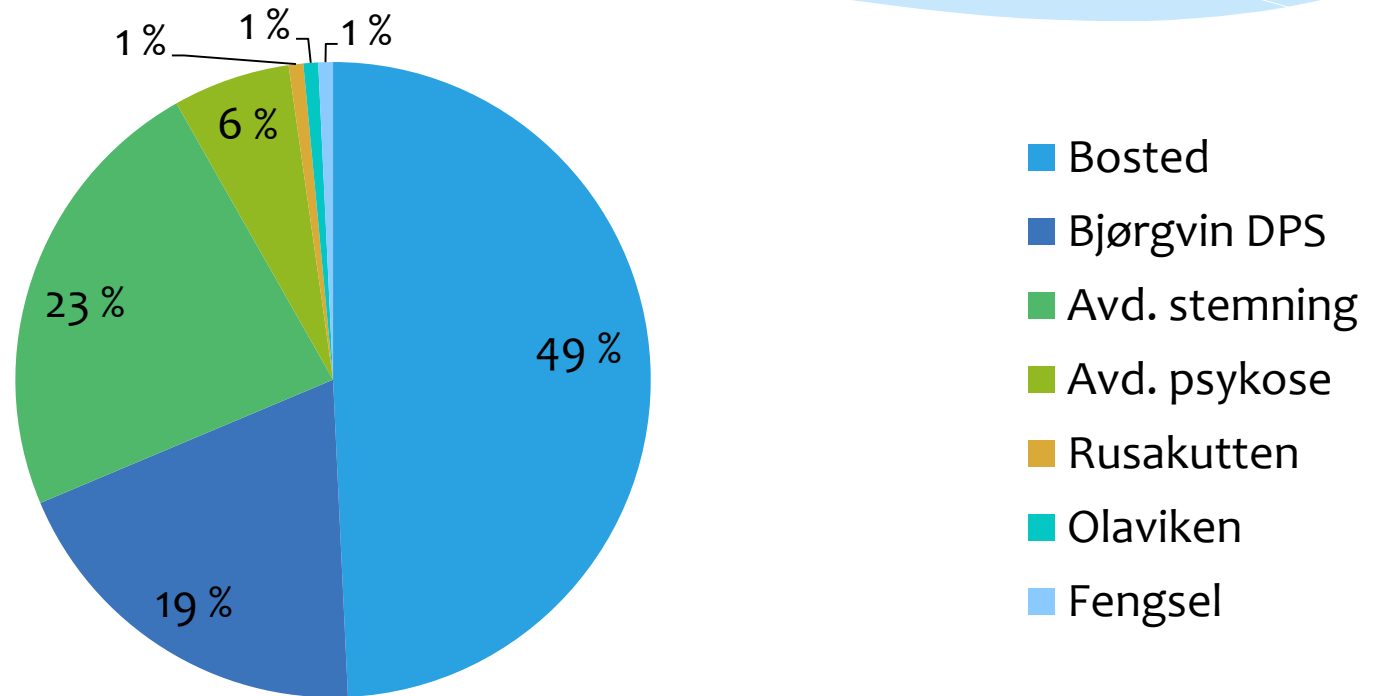
# PAM Innleggelser 2016

- \* 134 innleggelser fordelt på 68 personer.
- \* 1,97 innleggelser i gjennomsnitt.
- \* 6 pasienter som har fler en 5 innleggelser i perioden.
- \* Disse står for 38,8 % av innleggelsene fra Nordhordland

# Antall innleggelser pr pasient



# Hvor utskrives / overføres pasientene til?



# Gjennomsnittlig antall døgn i PAM

Overført / utskrevet til	Snitt døgn
Bosted	1,4
Bjørgvin DPS allmenn	1,7
Bjørgvin DPS psykose	2,2
Avdeling stemning	2,2
Avdeling psykose	3
Fengsel	1
Olaviken	2
Rusakutten	1
	1,76

# REF gruppen (DPS Rådet)

- \* Utvide perspektiv utover kriser/akutt. Problematisering av ØH-begrepet knyttet til pasienter med psykisk lidelser. Mange akutte situasjoner/kriser er mulig å unngå.
- \* Forslag om utvidet åpningstid i psykisk helsetjenesten (tilgjengelighet/forebygge kriser).
- \* Forslag om felles telefonberedskap på kveld/helg mellom Nordhordlandskommunene.
- \* Utnytter vi potensialet som ligg i noverande tenester godt nok?

# Lindås Almenlegeråd

- \* Nyttar AAT og AH tlf og har god nytte av denne kontakten
- \* Har ikkje så mange pas i øh fasen som dei ikkje handterer på kontoret (tek tid slik at dette vert løyst ...)
- \* Lang tid til diskusjon med PAM ved innleggelse (ulik taktikk her)
- \* Vanskeleg når det må gjerast vedtak på helsetenester, vanskelegare enn tidlegare å få og ta kontakt med plo og ph.
- \* Kronisk rus (alko); treng observasjon og omsorg, er grei å handtere, men kan lage bråk og oppkast i legevakten
- \* Andre på stigande rus; usikkert forløp, bør innleggast Rusakutten eller Somatisk, kor går grensen for kva som kan handterast kommunalt ?? Dette kan verte vanskeleg å handtere i legevakt som er delvis opprusta (ikkje som rusakutten)

# Lindås Almenlegeråd forts.

- \* Ustabil psyke som må leggjast inn utan nettverk heime (familie, venner, td aleinemor med barn) Kva gjer vi med barna? Kven går inn i dette? Tidlegare husmorvikar.
- \* Ustabil psyke som treng observasjon, omsorg, tid .....  
Kan ein nytte plo, ph?  
Aktiv vakt, bakvakt, betene kvar kommune eller heile regionen?
- \* Korleis utruste ulike kommunar likt? Vil nokon kommunar nytte spes helse og interkommunale tenester i større grad enn andre?
- \* Omsorg eller behandling, legeteneste eller spl teneste, førsteline eller andreline, samarbeid i dette?



# Vegen vidare

- \* ØHD senger på legevakt / helsehus (2 plasser disp.)
- \* Kompetanseheving legevakt
- \* Utvikling av AAT og samarbeidet med legevakten og kommunane.
- \* Korleis utvikle teamarbeidet (1 og 2 line) i regionen?
- \* Utvikle det vi har eller?
- \* Kva må ein gjere i kommunane ?
  - \* Kompetanseheving psyk helse og rus.
  - \* Korleis nytte PH og Plo i øh innsats?
  - \* Auke kommunal beredskap utover kl 1600.
  - \* Lokale tryggleiksplasser?
- \* ??????

# Samarbeidsutval 150916

- \* Info om prosjektet
- \* Sp ???