



PROSJEKTRAPPORT

Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling
i St. Olavs hospital

Mandat 5

Foreslå framtidig organisering
av mottaksfunksjoner
i psykisk helsevern

Innhold

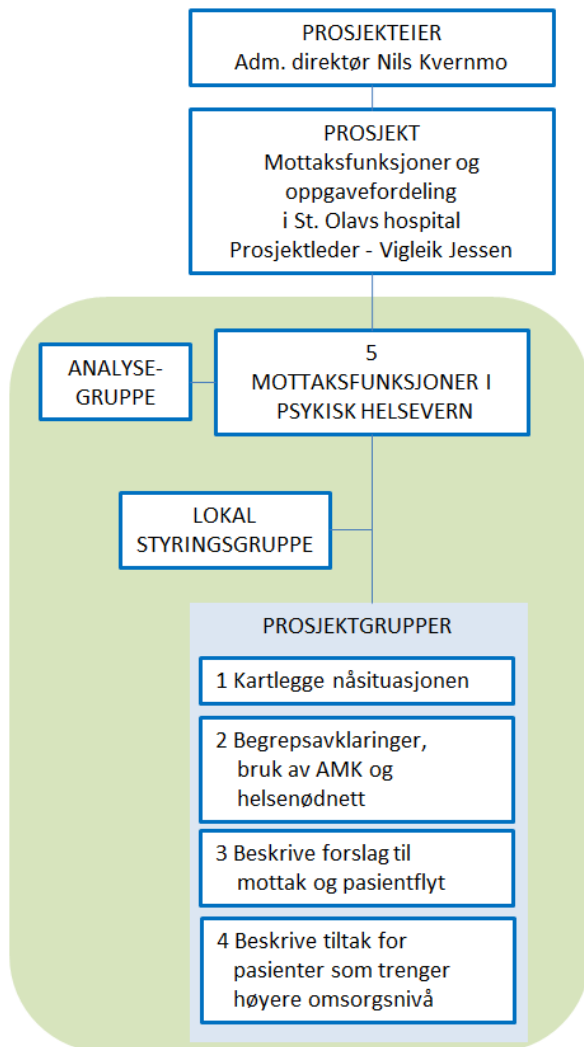
Forord.....	4
Oppsummering.....	5
Begrepsbruk	5
Bruk av AMK for pasienter i PH	5
Bruk av Nødnett i PH	5
Forslag til modell	5
Lokalisering av mottaksfunksjoner.....	6
Kompetanse, beslutningsmyndighet og bemanning.....	6
Organisering	6
Intern pasientflyt mellom mottak, sykehus og DPS	7
Fra sykehus til DPS.....	7
Fra DPS til sykehus.....	7
Dokumentasjon	7
Håndtering av akutte henvendelser knyttet til BUP	7
Samarbeid med somatikk og rusbehandling	7
Innledning.....	8
Prosjektets leveranse bygger på følgende forutsetninger	9
Utvikling av akuttfunksjonen i PH etter 2003	10
Kapasitetsbehov for akuttmottak i 2020 og 2030.....	10
Dagens bilde av pasientflyt innen akutte mottaksfunksjoner.....	11
Bruk av AMK	11
Prosjektgruppens anbefaling.....	11
Beskrivelse av pasientflyt etter akutte henvendelser inn til Psykisk Helsevern i dagens situasjon..	12
Harmonisering av begrep	12
Kategorier for øyeblikkelig hjelp i somatikken	12
Kategorier for øyeblikkelig hjelp i Psykisk Helsevern	12
Anbefaling fra prosjektgruppen	13
Nødnett	13
Forslag til ny hensiktsmessig organisering og lokalisering.....	14
Anbefaling fra prosjektgruppen	14
Forslag til Modell.....	14
Fordeler med et samlet akuttmottak	15

Ulemper med et samlet akuttmottak.....	15
Implementering.....	15
Lokalisering av akuttmottak.....	17
Prosjektet anbefaler.....	17
Fordeler/begrunnelse for felles lokalisasjon.....	17
Mulige ulemper med felles lokalisasjonen.....	17
Mulighet for å ta imot akutte innleggelser.....	17
Arbeidsoppgaver/ Funksjon i akuttmottaket.....	18
Akuttpsykiatriske vurderinger.....	18
Oppstart akuttbehandling.....	19
Kompetansekrav og bemanning.....	19
Pasientflyt mellom mottak, akuttposter og DPS.....	20
Anbefaling fra prosjektgruppen.....	20
Organisering (mottaksseksjon).....	20
Implikasjoner for vaktssystemet.....	21
Implikasjoner for AAT.....	22
Forenkle og forbedre.....	22
Utfordringer og tiltak knyttet til akuttmottak av pasienter mellom 16-18 år og mellom 18-23 år..	22
Samarbeid med Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin og somatiske avdelinger.....	24
Samarbeid med kommunene.....	24
Referanseliste.....	26
Vedlegg.....	26
Figurliste.....	26

Forord

Denne rapporten er leveranse i et av ti delprosjekt¹ som inngår i prosjektet «Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs Hospital». Mandat for delprosjektet var å *foreslå framtidig organisering av mottaksfunksjoner i Divisjon psykisk helsevern*. Arbeidet med delprosjektet er gjennomført i perioden 16.06.15-04.05.16.

Prosjektet har vært rigget på følgende måte:



Lokal styringsgruppe

Liv Sjøvold – Divisjonssjef, leder lokal styringsgruppe
 Anne-Lise Løvaas – Avdelingssjef Tiller DPS
 Anne Cathrine Svenning – Avdelingssjef Orkdal DPS
 Odd Gunnar Ellingsen – Avdelingssjef Nidaros DPS
 Pål Sandvik – Avdelingssjef Østmarka sykehus
 John Sigurd Tetlien – Avdelingssjef Avd. Brøset
 Anne-Bjørg Nyseter – Avdelingssjef BUP
 Tor Åm – Samhandlingsdirektør, Direktørens stab
 Hege Hafstad Johansen – Brukerrepresentant
 Geir Tranø – Hovedverneombud
 May Kristin Pedersen – Tillitsvalgt NSF
 Marte Berger – Tillitsvalgt YLF

Prosjektgruppe

Randolf Vågen – Prosjektleder
 Katie Wikstrøm – Prosjektkoordinator
 Sara Marie Nilsen – Forsker fra RSHU
 Roger Næss – Seksjonsleder fra AAT Nidaros DPS
 Stig Erlend Bærøy – Overlege fra AAT Orkdal DPS
 Øyvind Watne – Overlege fra AAT Tiller DPS
 Elin Ulleberg – Seksjonssjef fra Nidaros DPS
 Knut Langsrud – Fung. Avdelingssjef fra Avd. Østmarka
 Bjørn Seljeflot – Overlege Avd. Østmarka
 Lauritz Lynum – Sykepleier Avd. Østmarka
 Ole Kristian Drange – Lege i spesialisering, Forvaktsystemet
 Kari Gårdvik – Overlege fra BUP

(AAT = Ambulant Akutt Team)

Analysearbeid er gjort i et samarbeid mellom ansatte i Divisjon psykisk helsevern og Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RHSU) og fremkommer i egen rapport² og der kilde ikke er oppgitt kommer figurer og tabeller fra denne.

Lokal styringsgruppe har i sitt møte av 04.05.16³, med noen justeringer og presiseringer, gitt sin tilslutning til forslag fra prosjektgruppen.

¹ [Mandat prosjekt Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling](#)

² [Analyserapport Mottaksfunksjoner Psykisk Helsevern, 2016-05-02](#)

Oppsummering

Kapittelet gir en oppsummering av anbefalinger om mottaksfunksjoner i Divisjon psykisk helsevern (heretter benevnt PH) og tiltak som allerede er igangsatt parallelt med dette prosjektet.

Begrepsbruk

Det vil være hensiktsmessig at PH tilpasser seg somatikkens begrepsbruk ved behov for hurtig intervensjon. Prosjektgruppen anbefaler at det innenfor PH brukes begrepet «haster» om tilstander som krever vurdering innen 24 timer. Om det er hensiktsmessig av rapporteringsgrunner kan «haster» inndeles i 3, slik ø-hjelpsbegrepet er det i dag.

Bruk av AMK for pasienter i PH

Fra 29.03.16 benyttes et definert telefonnummer for å komme i kontakt med AMK og ønsket avdeling i St. Olavs Hospital. Dette gjelder også for PH der helsepersonell til nå har vært henvist til å kontakte sentralbordet i tilsvarende situasjoner. Det gjenstår et implementeringsarbeid da ordningen er lite benyttet og ufullstendig kjent blant relevante brukere.

Bruk av Nødnett i PH

Det er gjort en intensjonsavtale i St. Olavs Hospital om bruk av Nødnett for de ambulante teamene i PH, inklusive AAT. Slik vil PH bli tilgjengelige for samarbeidspartnere i akutsituasjoner, samtidig som en løser problemet med trygghet for ansatte i ambulante team.

I møte om felles kommunikasjonsknutepunkt for akutt psykiatri og somatikk 14.03.16⁴ ble det gitt uttrykk for en intensjon om at PH blir knyttet til Nødnett i første omgang med AAT v/Tiller DPS som en pilot. Det innebærer opplæring for ansatte og deretter påkobling.

Forslag til modell

Prosjektgruppen anbefaler en modell for akuttmottak i PH som er et samarbeid mellom AAT ved DPS, Akuttseksjonen ved Avdeling Østmarka og vaktsystemet. Et samlet akuttmottak i PH bemannes av personell fra disse tre aktørene i perioden 8-22 hverdager (10-17 helg/helligdager). Fra 22–8 hverdager (17-10 helg/helligdager) blir funksjonen ivaretatt av vaktsystemet. I praksis vil dette bety at det er et samlet (samlokalisert) mottak som tar i mot alle akutte henvendelser. På dagtid er det i tillegg et operativt AAT på hvert DPS.

Modellen vil være egnet for et nytt Senter for psykisk helse. Den kan være krevende å implementere umiddelbart i sin helhet pga dagens organisering av PH og lokalisasjon av enhetene. I påvente av at hele modellen kan implementeres kan mottaksfunksjoner på kveldstid utvikles (15.30-22.00) i en eller flere etapper:

³ [Referat lokal styringsgruppe \(ESA 16/4217-2\)](#)

⁴ Møterefaterat 2016-03-04 Helse Midt-Norge, avdeling for Felles servicefunksjoner for ambulansetjenesten i Midt-Norge/St. Olavs hospital: «AMK som kommunikasjonsknutepunkt for akuttpsykiatri» (ESA ?)

Etappe 1: Et felles AAT og tilstedeværelse av spesialist ved akuttpostene utover kvelden.

Etappe 2: Et samlokalisert felles mottak på kveldstid.

Lokalisering av mottaksfunksjoner

Prosjektgruppen anbefaler at et samlet akuttmottak lokaliseres i det fremtidige Senter for psykisk helse. Inntil et slikt bygg er realisert anbefaler gruppen lokalisering av mottaket på Østmarka i nærheten av de lukkede akuttpostene.

Kompetanse, beslutningsmyndighet og bemanning

Et samlet akuttmottak tar i mot pasienter til akuttpsykiatrisk vurdering, dette kan også gjøres ambulant når det anses hensiktsmessig.

Det akuttmottaket skal karakteriseres av høy faglig kvalitet, beslutnings- og behandlingskompetanse, og ha fagfolk med god oversikt over eksisterende tilbud som kan benyttes i pasientens akutte krise. For å høyne kvaliteten i mottaket anbefaler prosjektgruppen en skjerping av kravet til spesialist i front. Dette innebærer at det er spesialist som mottar alle henvendelsene i akuttmottaket (med unntak av natt). Vakttelefonen i mottaket bæres av tilstedeværende spesialist fra AAT. Hvem som håndterer den videre vurderingen avhenger av denne spesialistens faglige vurdering. Ambisjonen er at alle pasienter skal være vurdert av spesialist. Dette får betydning for bemanning av mottaket, særlig på ettermiddag/kveld og natt, for å sikre krav om spesialist i front.

Det er uenighet i prosjektgruppen om hvordan bemanne de åpne plassene i et fremtidig PH.

- 1) Opprettholde åpne døgnplasser på de tre DPSer, men heve kvaliteten gjennom styrket bemanning.
- 2) Alle akuttposter lokaliseres nært akuttmottaket og senere i Senter for psykisk helse.

Det store flertallet i prosjektgruppen anbefaler punkt 2.

Organisering

Prosjektgruppen anbefaler at akuttmottaket settes opp som en egen enhet med en administrativt ansvarlig koordinator (alternativt leder).

Prosjektgruppen deler seg og foreslår to alternative forslag for hvor det organisatoriske ansvaret for akuttmottaket skal legges.

Alternativ 1: Det organisatoriske ansvaret for mottaket legges hos DPS, for å understøtte styrende dokumenter om DPS som veien inn.

Alternativ 2: Det organisatoriske ansvaret legges under Akuttseksjonen, da hovedstrømmen av pasientene vil ende opp i akuttpostene, noe som antas vil lette fleksibel bruk av personell.

Intern pasientflyt mellom mottak, sykehus og DPS

Fra sykehus til DPS

Ut fra dagens ressursituasjon anbefaler prosjektgruppen at ø-hjelpspasienter kun blir tatt imot på dagtid til døgninnleggelse i DPS. Dette betyr at pasienter som kommer til PHs akuttmottak på kveldstid og hvor man vurderer at innleggelse på DPS-nivå er korrekt, blir en natt ved akuttpost før evt. overføring til DPS neste dag.

Fra DPS til sykehus

Ved å rute alle henvendelser knyttet til innleggelse på et høyere omsorgsnivå via mottaket, også internt ifra egen organisasjon, vil man sikre like vurderinger av pasienter som legges inn. Det sikrer også en tydeligere rolle til AAT til akuttforverring og at man får vurdert ulike type tilbud.

Dokumentasjon

Det må forutsettes at dokumentasjonen av pasientens første og akutte kontakt med PH er av et slikt omfang og kvalitet at neste behandlingsledd kan bruke dette notatet som sitt inntaksnotat, når pasienten føres videre til en enhet i PH. Ved overføring til annen instans noterer mottakende behandler en oppdatering av utviklinga siden kontakten ved akuttmottaket, ellers vises det til notatet som til vanlig vil være datert samme dag. Forslaget fordrer revisjon av relevante EQS-prosedyrer. Det vil også være behov for drøfting med Fylkeslegen i Sør-Trøndelag da dette avviker fra dagens praksis og tilbakemeldinger gitt fra Fylkeslegen.

Håndtering av akutte henvendelser knyttet til BUP

Prosjektgruppen vurderer det ikke hensiktsmessig at BUP utvider sin beredskap for akutte mottak på kveld utover dagens organisering. BUP opprettholder sitt akutte mottakssystem med AAT på dagtid og vaktssystem på kveld. Dette er begrunnet i en vurdering av at dagens organiseringer fungerer godt, og at frekvensen av mottak på kveld/natt er lav.

Samarbeid med somatikk og rusbehandling

Prosjektgruppen anbefaler at fremtidens sykehus i størst mulig grad samlokaliserer somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted. Et Senter for psykisk helse nært lokalisert til somatiske klinikker innebærer et betydelig forbedringspotensial for samarbeid og samordning av tjenester for å sikre at pasienter blir utredet både somatisk og psykiatrisk.

Samarbeid med kommunene

Prosjektgruppen anbefaler at en gjennom utvidet åpningstid for AAT opprettholder det etablerte samarbeidet med fastleger og kommunehelsetjenesten med «11-timen» som ett av flere utfall etter vurdering ([se "Kompetansekrav og bemanning"](#)).

PH har to representanter i prosjektet som lager en handlingsplan for samhandling med primærhelsetjenesten. Rapporten har et senere leveransetidspunkt.

Innledning

Befolkningsveksten og studentpopulasjonen i opptaksområdet for Divisjon psykisk helsevern (PH) i St. Olavs Hospital er raskt økende. Dagens bilde viser at forekomsten av psykiske lidelser er størst hos den yngste del av befolkningen⁵ og PH har økende press på akutte henvendelser både ved ambulante akutteam og akuttposter. Målet er at pasienter skal ha lik tilgang på akutt hjelp uavhengig av bosted, være sikret akutt hjelp når det er påkrevet og få behandling på rett nivå. PH har videre utfordringer knyttet til at pasienter ofte henvises for akutt bistand på kveld, natt og helg⁶.

Med utgangspunkt i mandatet, «Foreslå framtidig organisering av mottaksfunksjoner innen Divisjon psykisk helsevern», gir rapporten et forslag til et profesjonelt, tilgjengelig og beslutningskompetent psykiatrisk mottak som sørger for at pasienten får riktig akutthjelp på riktig sted.

Prosjektgruppen ble bredt sammensatt med representanter fra ulike deler av PH. Videre ble det nedsatt en lokal styringsgruppe som har hatt som oppgave å følge prosessen for å kvalitetssikre anbefalinger som er representativt for et helhetlig PH. Den lokale styringsgruppen ble satt sammen av lederteam i PH samt tillitsvalgte, hovedverneombud og brukerrepresentant.

Det ble nedsatt fire arbeidsgrupper med oppdrag å svare ut delproblematikk knyttet til mandatet. Arbeidsgruppene ble i all hovedsak rekruttert fra prosjektgruppen, men ble supplert med annen kompetanse der det ble ansett hensiktsmessig. Arbeidsgruppene leverte skriftlige rapporter⁷ til prosjektgruppen.

I henhold til prosjektplan⁸ skal prosjektet minimum levere en beskrivelse og forslag til følgende områder:

1. Utvikling av akuttfunksjonen i PH etter 2003
2. Dagens bilde av pasientflyt innen akutte mottaksfunksjoner
3. Forslag til ny hensiktsmessig organisering og lokalisering av akutte mottaksfunksjoner for å ivareta kvalitet, pasientsikkerhet og optimal ressursbruk. Fremtidig senter for psykisk helse må vurderes i helhetlig plan
4. Samarbeid med Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin og somatiske avdelinger
5. Samarbeid med kommunene

Disse fem områdene fremstår som overskrifter for hvert sitt kapittel. Arbeidsgruppenes besvarelser er å forstå som grunnlagsmateriale for prosjektgruppens anbefalinger.

⁵ Jamfør fig. 4 i analyserapporten

⁶ Jamfør fig. 16 i analyserapporten

⁷ Delrapporter fra arbeidsgruppene er vedlegg

⁸ [Prosjektplan Mottaksfunksjoner Psykisk Helsevern \(ESA 15/5766-13\)](#)

Prosjektets leveranse bygger på følgende forutsetninger

Gjennomgang av dagens akutte mottaksfunksjoner, styringsdata og tall knyttet til dagens håndtering av de akutte forløp, samt fremskrevne data knyttet til befolkningsvekst.

Harmonisering av begrepsbruk «øyeblikkelig hjelp» og «akutt» i PH og somatikk

Helsepolitiske føringer legges til grunn og angir retning og innhold for spesialisthelsetjenesten. De siste års styringsdokumenter, DPS-veileder og Nasjonal helse- og sykehusplan er tydelig på at DPS skal være veien inn i det psykiske helsevern, og at man skal tilby hjelp nær pasienten. Det grunnleggende premiss i arbeidet er å forenkle og forsterke pasientens helsetjeneste.

Det tas utgangspunkt i dagens organisering med tre DPS som alle har åpne døgnplasser i tillegg til andre funksjoner samt en akuttseksjon med mulighet for lukkede døgnplasser på sykehusnivå. Fremtidens organisering er uavklart siden et Senter for psykisk helse er under planlegging. Prosjektet har lagt til grunn de ulike tilbud PH har i dag, men også sett frem mot et senter på Øya.

Prosjektgruppa legger til grunn følgende prinsipper for det videre arbeidet:

- En vei inn til Psykisk Helsevern og Rus
- Mottak samlet på ett sted
- Spesialist- og vurderingskompetanse i front (spesialistbemannet i større deler av døgnet)
- Et mottak med beslutningsmyndighet
- Akuttmottaket må ha mange ulike intervensjoner å spille på

Under utforming av rapporten ble vi gjort kjent med at departementet arbeider med kvalitetsparametere knyttet til akuttfunksjoner for å øke kvaliteten i pasientbehandlingen. Kvalitet i den sammenhengen foreslås over følgende seks dimensjoner:

1. **Sikker:** Unngå skade av behandlingen, for eksempel ved å komme til enhet som ikke har tilstrekkelig vurderingskompetanse eller rammer for å beskytte pasienten.
2. **Effektiv 1:** (Gjøre vi det vi skal gjøre): Tilbudet er basert på evidens og gir pasienten tydelig og sikker respons. Jfr kompetanse på akuttpsykiatri.
3. **Pasientsentret:** Tilbudet respekterer pasientens behov og ønsker.
4. **Tidsaspektet:** Reduserer ventetid og skadelige forsinkelser, herunder trenere nødvendig innleggelse, men også å unngå unødvendige innleggelse.
5. **Effektiv 2:** Unngå «waste», for eksempel dobbeltarbeid, unødvendige overføringer, feilslått behandlingsforsøk. Bør komme til riktig sted med en gang.
6. **Likeverdige:** Unngå uønsket variasjon i tilbudet avhengig av geografi, personkarakteristika osv.

Disse punktene anses å være hensyntatt i prosjektgruppens anbefalinger.

Utvikling av akuttfunksjonen i PH etter 2003

Fra 2003 tok PH imot pasienter med behov for rask innleggelse ved akuttpostene ved Avdeling Østmarka (også Avd. Haukåsen fram til 1.1.2007), men også kjente pasienter ble tatt imot for innleggelse ved døgnenhetene i DPS.

Etter hvert ble det mer vanlig at DPS utviklet krisemestringsplaner eller brukerstyrte plasser slik at noen pasienter kunne be om innleggelse i DPS på et tidlig tidspunkt ved forverring av et sykdomsforløp.

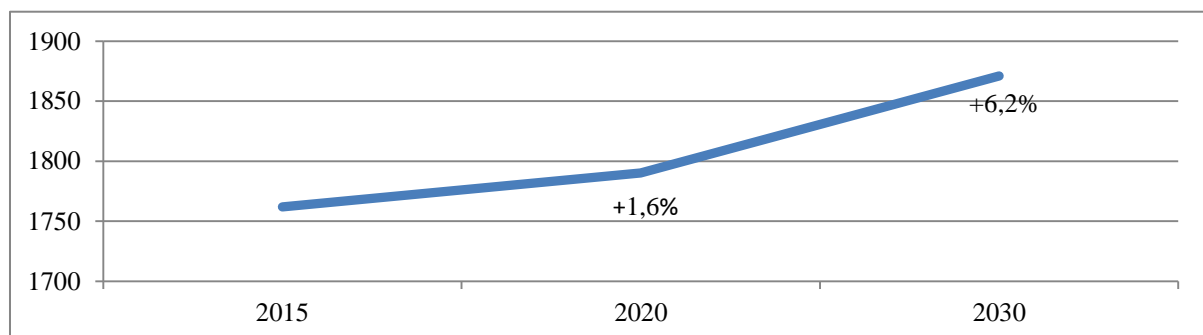
Det hadde som en del av Opptappingsplanen for psykisk helse (1999-2006)⁹ vært et mål å få opprettet ambulante akutt-team. Disse ble først opprettet ved Tiller og Leistad /Nidaros DPS som team i 2008 og tilsvarende ved Orkdal DPS som en funksjon. Teamene hadde da navnet Krise – og tidlig avklaringssteam (KTA). Senere fikk de navnet Ambulant Akutt-team (AAT).

Fra høsten 2013 har veien inn til PH for vurdering, kort oppfølging og eventuell innleggelse gått gjennom AAT på dagtid. Utenom dagarbeidstid har alle ø-hjelpshenvendelser gått til vaktssystemet i PH som har hatt mulighet til å sette opp akutte poliklinikktimer i AAT neste dag (kalt 11-timen). Barne- og ungdomspsykiatriens akuttmottak sikres via AAT på dagtid og vaktssystem på kveld/natt og helg.

Når vi ser på pasientstrømmen i disse årene har det totale antall pasienter som har kommet til akutt innleggelse i PH økt. Når vi ser på befolkningsvekst har andel innleggelser i akuttposter ikke økt tilsvarende. Det antas at tilbud både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten har bidratt til å gi pasientene adekvat behandling i krisesituasjoner slik at det ikke har vært så stort behov for innleggelse.

Kapasitetsbehov for akuttmottak i 2020 og 2030

Forutsatt organisering av PH som i dag, forventes antall ø-hjelpskontakter ved akuttpost ved Avdeling Østmarka å øke fra 1762 i 2015 til 1790 i 2020 og til 1871 i 2030. Ø-hjelps-funksjoner utføres også av Ambulant akutteam. Det forutsettes at den forventede økningen i antall kontakter ved Akuttseksjonen. Avd. Østmarka, håndteres på en alternativ måte av det nye akuttmottaket i PH.



Figur 1: Forventet utvikling i antall kontakter ved Akuttpost ved Østmarka sykehus fra 2015-2020 og 2015-2030

⁹ [Regjeringen.no: St.prp. nr. 63 \(1997-1998\)" Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006"](#)

Hvilken betydning flyktningkrisen i Europa vil medføre av endringer er foreløpig usikkert. Heller ikke eventuelle endringer i forekomst av psykiske lidelser, og da særlig rusmiddelrelaterte lidelser, fremskritt i behandling av psykiske lidelser, endringer i tilbudet i kommunene eller spesialisthelsetjenesten og organisatoriske endringer i kommunene er hensyntatt i våre utredninger. Men akutte mottaksfunksjoner i PH, St. Olavs Hospital ser ut til, etter et konservativt estimat, å måtte håndtere ca. 2 og 6 % flere henvendelser i henholdsvis 2020 og 2030 sammenlignet med i 2015 (analyserapport fig. 18).

Dagens bilde av pasientflyt innen akutte mottaksfunksjoner

Praksis har vært at fastleger/legevakt og publikum i akuttsituasjoner har kontaktet Ambulante akuttteam på dagtid og vaktssystemet i PH på ettermiddag/kveld og helg via sykehusets sentralbord. De andre akutte henvendelser til sykehuset har gått gjennom AMK. Prosjektgruppen presenterer i dette kapitlet endringer knyttet til situasjoner der akutt helsehjelp ansees påkrevd for pasienter innen PH.

Bruk av AMK

Prosjektet og Divisjonssjef i PH har hatt jevnlig kontakt med AMK for å tilstrebe lik praksis for somatikk og PH om å få samme vei inn til St. Olavs Hospital.

29.03.16 ble det i brev form fra samhandlingsdirektøren kommunisert til ansvarlige for innleggelser i kommunene at all forespørsel om konsultasjon og innleggelse skal gå gjennom et bestemt telefonnummer til AMK. Foreløpig er det nye nummeret trolig lite benyttet og ufullstendig kjent blant relevante brukere. Det er altså et implementeringsarbeid som gjenstår¹⁰.

Prosjektgruppens anbefaling

Arbeidsgruppa anbefaler at informasjonen gjentas overfor samarbeidende instanser, både i brev form og i aktuelle samarbeidsfora. Dette bør også gjøres kjent internt i PH. Videre bør sentralbordet informeres om endringene.

Særlig med tanke på at AMK og nummer for henvendelse for konsultasjon eller innleggelse skal implementeres blir det nødvendig å harmonisere begrep knyttet til hurtig intervensjon både for somatikk og psykisk helsevern.

¹⁰ [Brev til fastleger/legevaksleger/kommuneoverleger/legevaksjefer fra samhandlingsdirektør: «Konferansemulighet med vakthavende leger ved St. Olavs Hospital ved ø-hjelp- problemstillinger før henvisninger eller innleggelser» 29.03.16 \(ESA 16/2938-1\)](#)

Beskrivelse av pasientflyt etter akutte henvendelser inn til Psykisk Helsevern i dagens situasjon

Til sammen 2192 pasienter ble i 2015 henvist psykisk helsevern som øyeblikkelig hjelp. 228 pasienter ble henvist til AAT, hvorav 34 ble innlagt i akuttposter på Avd. Østmarka, 18 til DPS døgnpost og 149 til AAT DPS oppfølging. 1864 pasienter ble henvist direkte til Avdeling Østmarka (fig 13 i analyserapport). De pasientene som er i behov for videre bistand i PH blir overført enten til spesialposter ved Avd. Østmarka, til videre døgnbehandling ved DPS, poliklinisk oppfølging, ambulant oppfølging eller avsluttet med eller uten videre oppfølging fra kommunehelsetjenesten. Kommunale døgnplasser blir i liten eller ingen grad benyttet.

Harmonisering av begrep

Begrepene for hurtig intervensjon fra spesialisthelsetjenesten har ulike betegnelser innenfor somatikk og psykisk helsevern.

Somatikken opererer med tre kategorier når det gjelder øyeblikkelig hjelp-henvendelser¹¹. Øyeblikkelig hjelp-henvendelse forstås som:

Henvisning til eller mottak av pasient i helseinstitusjon, som har behov for umiddelbar eller snarlig undersøkelse, behandling eller pleie. Gjelder pasienter med antatt hjelpebehov innen 24 timer fra første kontakt med helsetjenesten¹².

Kategorier for øyeblikkelig hjelp i somatikken

AKUTT

Hastegrad for antatt kritisk tilstand der de vitale funksjonene kan være truet eller manifest forstyrret og der ambulanse skal rykke ut og lege alarmeres. Berettiger utrykning med blålys og sirener til ambulanse og LV-lege og eventuelt luftambulanse.

HASTER

Hastegrad for antatt alvorlig tilstand der de vitale funksjoner kan bli truet og der det er behov for umiddelbar situasjonsvurdering av lege eller transport til sykehus.

VANLIG

Hastegrad for tilstander der det antas at tidsmomentet medisinsk sett ikke er avgjørende og som kan forelegges lege til vurdering ved første passende anledning.

Kategorier for øyeblikkelig hjelp i Psykisk Helsevern

I PH er det begrepet «ø.hjelp» som er benyttet i situasjoner der det er forventet snarlig intervensjon fra spesialisthelsetjenesten.

¹¹ [Norsk indeks for medisinsk nødhjelp \(NAKOS – prehospital akuttmedisin\)](#)

¹² [Helsedirektoratet, 2012: «Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede»](#)

Øyeblikkelig hjelp-begrepet er rapporteringsmessig delt i tre (felles for hele sykehuset):

- straks
- innen 6 timer
- innen 24 timer

Diskrepansen i begrepsbruk kan skape grunnlag for misforståelser og feil ressursbruk, for eksempel av tjenester fra AMK og ambulanse. Det vil være hensiktsmessig at PH tilpasser seg somatikken begrepsbruk ved behov for hurtig intervensjon. «Veien inn» for somatiske og psykiatriske pasienter har frem til nå ikke vært lik.

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp har i dag et kort som er benevnt « psykiatri – suicid», og som AMK-sentralene allerede bruker.

Under hastegrad AKUTT faller pasienter som ikke reagerer på tilrop og risting, alvorlige selvmordsforsøk, alvorlige trusler om selvmord og fare for alvorlig vold.

Under hastegrad HASTER faller selvpåførte mindre alvorlige skader/forgiftninger, mistanke om alvorlig sinnslidelse (med stor angst, uro eller aggressiv oppførsel), selvmordstrusler eller pasient som ber om å få snakke med lege eller andre som kan hjelpe hvor pasienten er deprimert eller har selvmordstanker.

Under hastegrad VANLIG faller pasienter som får plutselig angst og følelse av ikke å få luft (hos ung og ellers frisk person), pasienter som oppfører seg unormalt, men er ellers rolig og grei, deprimerte pasienter uten selvmordstanker, pasienter som ber om å få snakke med lege.

Dette er altså en inndeling som eksisterer i dag hos AMK. Dersom man i PH skal tilpasse seg begrepsbruken i somatikken anbefaler prosjektgruppen at disse begrepene implementeres i vår virksomhet. Det er ikke gitt at kriteriene for de ulike hastegradene skal være de samme internt i PH som i AMK, men prinsippene bør være de samme.

Det er likevel vanskelig å se for seg situasjoner innenfor PH som tilsier bruk av «akutt»-begrepet (Strangulering og alvorlige suicidforsøk vil gjennom den somatiske tilstanden fanges opp innenfor dette begrepet).

Anbefaling fra prosjektgruppen

Prosjektgruppen anbefaler at det innenfor PH brukes begrepet «haster» om tilstander som krever vurdering innen 24 timer. Om det er hensiktsmessig av rapporteringsgrunner kan «haster» inndeles i tre, slik ø-hjelpbegrepet er det i dag.

Nødnett

Nødnett ble etablert i Norge i 2015. Det er nasjonal målsetting om at akutt-tjenestene innenfor psykisk helsevern også blir knytta til Nødnett. Det har foreløpig skjedd som et pilotprosjekt knytta til Ambulant heimebehandlingsteam på Sunnmøre, innenfor prosjektet «Transport av psykisk syke». Det er gjort en intensjonsavtale i St. Olavs Hospital om bruk av Nødnett for de ambulante teamene i PH, inklusive AAT. Slik vil PH bli tilgjengelige for samarbeidspartnere i akuttsituasjoner, samtidig som en løser problemet med trygghet for ansatte i ambulante team.

I møte om felles kommunikasjonsknutepunkt for akutt psykiatri og somatikk 14.03.16¹³ ble det gitt uttrykk for en intensjon om at Psykisk Helsevern blir knyttet til Nødnett i første omgang med AAT v/Tiller DPS som en pilot. Det innebærer opplæring for ansatte og deretter påkobling.

Forslag til ny hensiktsmessig organisering og lokalisering

Fremtidens akuttfunksjon bygger i tråd med styrende dokumenter¹⁴ på at DPS skal være veien inn i psykisk helsevern. Oppgavene til et mottak er å vurdere behov for akutthjelp, starte akutt utredning og - behandling og motta pasienter for innleggelse. Forslag til ny hensiktsmessig organisering og lokalisering av akutte mottaksfunksjoner for å ivareta kvalitet, pasientsikkerhet og optimal ressursbruk. Fremtidig Senter for psykisk helse må vurderes i helhetlig plan.

Anbefaling fra prosjektgruppen

Prosjektgruppen anbefaler å legge opp til en samarbeidsmodell mellom Akuttseksjonen ved Avd. Østmarka, AAT ved DPS, i tillegg til vaktssystemet. Dette blir begrunnet utfra:

Økt kvalitet ved å samle personalet med størst kompetanse i akuttsituasjoner for å få til best mulig faglig kvalitet på det akutte mottaket. Skal det akutte mottaket ha beslutningsmyndighet i en stor klinikk som PH, er det strategisk klokt å lage en samarbeidsmodell for å bygge ned barrierer mellom avdelinger og øke legitimiteten til akuttmottakets funksjon.

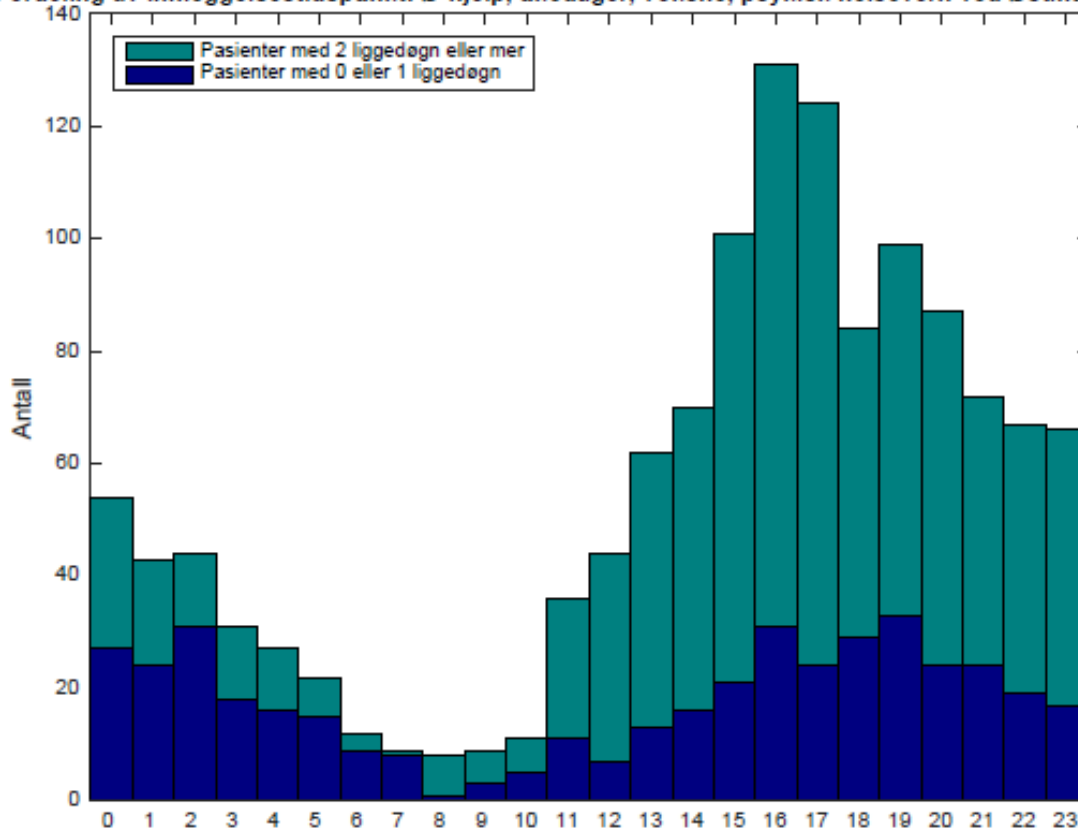
Forslag til Modell

Et samlet akuttmottak i PH bemannet av personell fra DPS (AAT), Akuttseksjonen Avd. Østmarka og vaktssystemet i perioden 8-22 hverdager (10-17 helg/helligdager). Fra 22-8 hverdager (17-10 helg/helligdager) blir funksjonen ivaretatt av vaktssystemet. I praksis vil dette bety at det er et samlet (samlokalisert) mottak som tar i mot alle akutte henvendelser. På dagtid er det i tillegg et operativt AAT på hvert DPS. Det akutte mottaket vurderer alle henvendelser og avgjør om saken kanaliseres videre eller om saken håndteres i mottaket ut fra en faglig vurdering. Det kan av hensyn til pasientene med lang reisevei være nødvendig med en egen ordning for Orkdal DPS (og Fosen - teamet). På kveldstid utvides AAT's åpningstid, men all aktivitet er knyttet til akuttmottaket i PH. Dette innebærer at de tre opptaksområdene slås sammen på kveldstid. Vi ser at det gjennom døgnet er en økning i antall innleggelser fra klokka ti og fram til klokka fem på ettermiddagen. Utover kvelden og natta avtar volumet av innleggelser. Det er færrest innleggelser i tiden fra klokka seks om morgenen til klokka ti på formiddagen (se figur 2 på neste side)

¹³ Møtereferat 2016-03-04 Helse Midt-Norge, avdeling for Felles servicefunksjoner for ambulansetjenesten i Midt-Norge/St. Olavs hospital: «AMK som kommunikasjonsknutepunkt for akuttpsykiatri» (ESA ?)

¹⁴ [«Oppdragsdokument 2016 Helse Midt-Norge RHF», Regjeringen.no](#)

Fordeling av innleggelsestidspunkt: Ø-hjelp, ukedager, voksne, psykisk helsevern ved Østmarka 2015



Figur 2: Innleggelsestidspunkt, ø-hjelp, voksne, akuttpostene ved Østmarka 2015

Fordeler med et samlet akuttmottak

Sikrer lik behandling av alle pasienter, og at alle mottaksfunksjoner kan utføres på et sted. Bred kompetanse og lett tilgjengelige ressurser som kan aktiveres ved behov. Lite behov for passiv beredskap. Kan håndtere variasjoner i pågang. Sikrer robust enhet og volumerfaring.

Ulemper med et samlet akuttmottak

Samling av AAT funksjon fra ulike enheter kan redusere kapasiteten til annet AAT arbeid på lokal DPS. Nærhet til sengeposter kan gjøre det vanskeligere å komme frem til andre løsninger enn innleggelse.

Implementering

Modellen vil være egnet for et nytt Senter for psykisk helse. Den kan være krevende å implementere umiddelbart i sin helhet pga dagens organisering av PH og lokalisasjon av enhetene. Det finnes egnede lokaler for en samling av akuttmottaksfunksjonene når nytt akuttbygg på Østmarka står ferdig i november 2017, men det kan være at dette ikke er hensiktsmessig når øvrige enheter og funksjoner ellers ligger så spredt.

I en implementeringsfase kan en på dagtid beholde akuttfunksjonen slik den er i dag med operative AAT på hver DPS som vurderer egnet behandlingstiltak i PH (mange pasienter vurderes til direkte innleggelse på akuttpost) eller viderebehandling i primærhelsetjenesten. I påvente av at hele modellen kan implementeres kan mottaksfunksjoner på kveldstid utvikles (15.30-22.00) i en eller flere etapper:

Etappe 1: Et felles AAT og tilstedeværelse av spesialist ved akuttpostene utover kvelden:

Et felles AAT på kvelden lokalisert på en DPS eller i sentrumsnære lokaler, og tilstedeværelse av spesialist i mottaket ved akuttpostene utover kvelden sammen med forvakt lege.

Fordeler: Tar vare på det en kjenner og som i dag fungerer. Nærhet til DPS. Kan være enklere å finne alternativer enn innlegges i en lukket akuttpost.

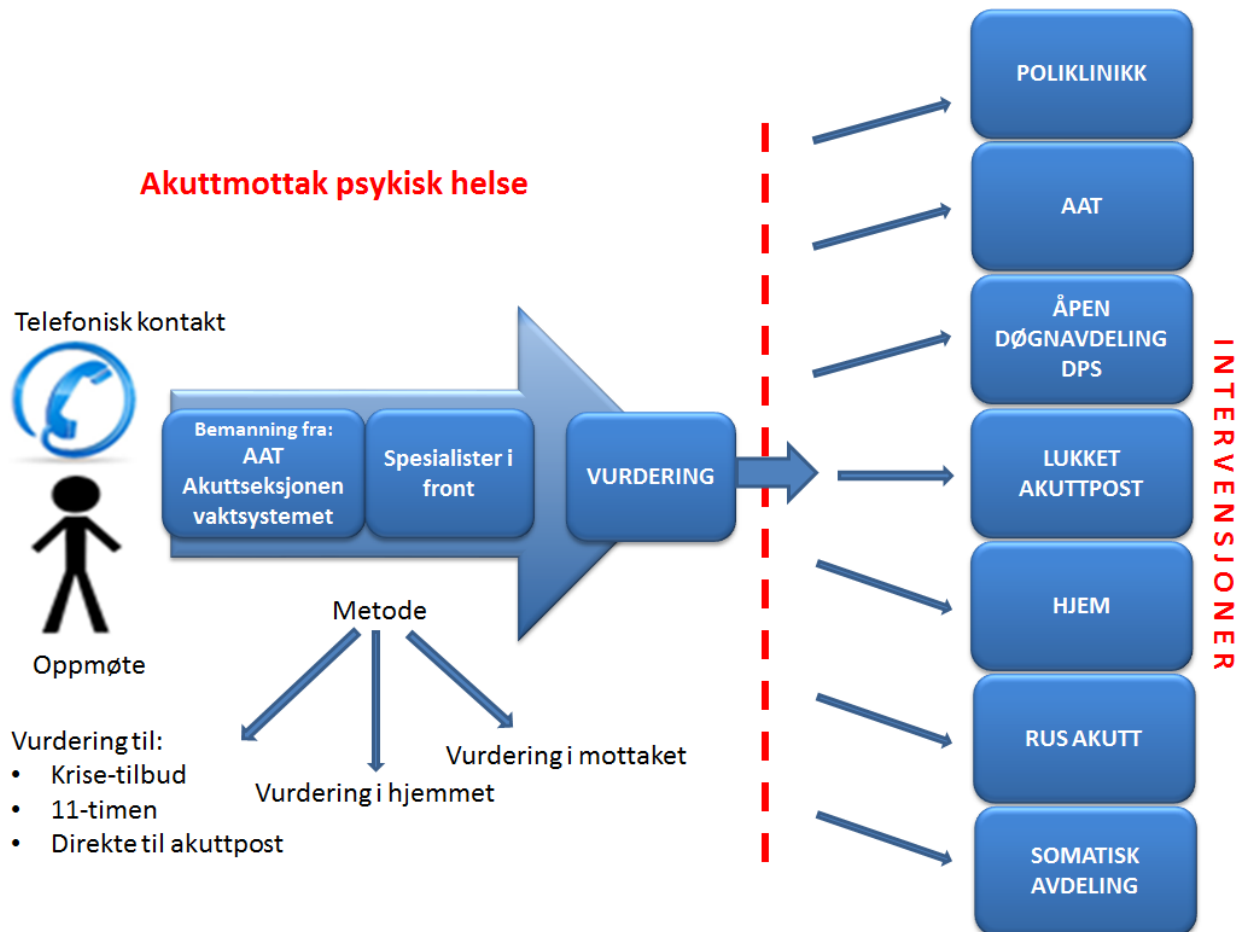
Ulemper: Små enheter. Delt mottaksfunksjoner på flere lokalisasjoner største delen av døgnet. Mange pasienter vil pga tilstand ikke være innom AAT på lokal DPS.

Etappe 2: Et samlokalisert felles mottak på kveldstid:

Ett samlokalisert felles mottak på kveld for AAT, personal fra Akuttseksjonen og vaktleger.

Fordeler: Tar vare på kjente funksjoner og lokal forankring. Nærhet til DPS. Ett mottaksteam, mye ressurser som kan håndtere variabilitet i pasient tilstrømning.

Ulemper: Delt mottaksfunksjoner på dagtid, vanskelig å få enhetlig funksjon. Mange pasienter vil pga tilstand ikke være innom AAT på lokal DPS.



Figur 3: Modell for mottaksfunksjon i Divisjon Psykisk Helsevern

Lokalisering av akuttmottak

Prosjektet anbefaler

Prosjektgruppen anbefaler at et samlet akuttmottak lokaliseres i det fremtidige «Senter for psykisk helse». Inntil et slikt bygg er realisert anbefaler prosjektgruppen lokalisering av mottaket på Østmarka i nærheten av de lukkede akuttposter.

Fordeler/begrunnelse for felles lokalisasjon

A. Fleksibelt bruk av personell: Om alle akuttpasienter skal gjennom mottaket vil dette stille svært varierende grad av behov for mengde og type personell. For å oppnå en effektiv drift uten for mye personell i beredskap, må en ha en fleksibel bruk av personell opp mot sengeposter og AAT. Dette forutsetter fysisk nærhet til akuttposter og AAT.

B. Sikkerhet: Mulighet til tilkalling av trent personalet øker sikkerheten knyttet til håndtering av urolige pasienter i mottakssituasjon. Utagerende pasienter som er i behov av intensiv behandling vil enkelt tas med inn av avdeling uten behov for transport.

C. Observasjonspost: Hvis akuttposter er fysisk nært lokalisert står en fritt til siden til å finne en pragmatisk løsning om en ønsker en egen observasjonsenhet eller om det skal være delfunksjon til en av akuttpostene.

D. Nærhet til de andre sykehusavdelingene på Øya: Sikrer høyere kvalitet i utredning av somatiske tilstander og letter avklaringer med andre enheter. Tettere lokalisasjon med Rus- og avhengighetsmedisin åpner for økt samarbeid med rus akuttpasienter for eksempel i form av et fellesmottak for rus og psykiatri.

Mulige ulemper med felles lokalisasjonen

Lokalisering nær sykehusets akuttposter vil muligens vanskeliggjøre det å finne andre alternativer enn innleggelse i sengepost. Samlokalisering gjør noe med pasientens forventninger til utfall, og det gjør det lettere for den som vurderer å legge pasienten inn.

Mulighet for å ta imot akutte innleggelser

I dag har vi et differensiert tilbud når det gjelder akutte døgnplasser med en todeling mellom lukkede plasser på sykehus, og åpne plasser på DPS. I tillegg til dette skillet har det vært en betydelig forskjell i bemanning både av behandlere og miljøpersonell. Dette har medført at det har vært ulikheter i hvilket tilbud man har kunnet gi den akuttpsykiatriske pasienten. Det bør være et mål om at en åpen post skal være et reelt alternativ til dagens lukkede poster. Da må en sikre tilstrekkelig bemanning i de åpne postene. Alle akuttpostene må ha lik mulighet for utredning inkludert god tilgang til somatisk utredning.

Det er uenighet i prosjektgruppen om hvordan bemanne de åpne plassene i et fremtidig PH.

1) Opprettholde åpne døgnplasser på de tre DPS'ene, men hever kvaliteten gjennom styrket bemanning. Fordelen er at man da har poster nær hvor pasienten bor og nær det øvrige polikliniske

tilbudet. Dette sikrer god samhandling med den øvrige behandlingsskjeden og bygger på DPS'enes hovedoppdrag om tilbud nær pasienten.

2) Alle akuttposter lokaliseres nært akuttmottaket og senere i Senter for psykisk helse. Nærhet til mottaket for informasjonsoverføring begge veier er vesentlig for kompetanseutvikling. Sikre lik tilgang på utredning og behandling uavhengig av om pasienten er på åpen eller lukket avdeling. Lettere overføringer mellom nivå. Større fagmiljø. Motvirker at vi får små sårbare enheter som blir liggende uten å ha noe fagmiljø rundt seg med felles arbeidsområde.

Det store flertallet i prosjektgruppen anbefaler punkt 2.

Arbeidsoppgaver/ Funksjon i akuttmottaket

Akuttpsykiatriske vurderinger

Et samlet akuttmottak tar i mot pasienter til akuttpsykiatrisk vurdering, dette kan også gjøres ambulant når det anses hensiktsmessig.

Den akuttpsykiatriske vurderingen innebærer:

- Vurdering av tilstand
- Nivå og hva slags hjelp pasienten skal bli tilbudt videre (se beskrivelse ulike utrednings-/behandlingstilbud).

Utfallet av vurderingssamtalen ved det psykiatriske mottaket kan være et mangfold av løsninger:

- Ingen videre oppfølging
- Tilbake til fastlege
- Kortvarig krise-tilbud i regi av AAT
- Videre oppfølging ambulant i Psykisk helsevern
- Kommunal oppfølging akutt (KART, KAD-seng)
- Henvisning til poliklinikk eller polikliniske dagbehandling
- Innleggelse til observasjon/ utredning
- Innleggelse åpen akuttpost i DPS
- Innleggelse i lukket akuttpost i sykehus
- Innleggelse somatisk
- Innleggelse rusakutt

Et samlet akuttmottak kan også gi veiledning og rådgiving av fastlege, pårørende, andre instanser som kontakter akuttmottaket. Dette kan medføre videreføring av oppgaver til det lokale AAT team, når hastegraden ikke vurderes som stor (kan håndteres innen 24 timer – à la dagens 11-time). Det kan også innebære polikliniske og/eller ambulant akuttbehandling som alternativ til innleggelse, for eksempel ved samtaler i hjemmet på kveldstid. Man setter opp mottaket med telematikk som muliggjør at psykiatrisk akuttvurdering og beslutningsstøtte for de deler av Sør-Trøndelag med stor geografisk avstand til Trondheim.

Oppstart akuttbehandling

For pasienter som etter den akuttpsykiatriske vurderingen legges inn ved en åpen eller lukket akuttpost, må vurderingene også inkludere hvordan pasienten skal håndteres i sengepost (inkludert tilsyn, sikkerhetsopplegg), videre tiltak for observasjoner, utredning og akutt behandling inkludert medisiner. For å ivareta dette anser prosjektgruppen det nødvendig at spesialist fra akuttseksjonen og erfaren sykepleier fra post er inkludert i arbeidet i mottaket. Hvis ikke man setter opp en slik samarbeidsmodell, vil det være nødvendig å ta ny vurdering av de pasienter som blir besluttet lagt inn på akuttpost.

Kompetansekrav og bemanning

Det psykiatriske akutt-teamet skal karakteriseres av høy faglig kvalitet, beslutnings- og behandlingskompetanse, og ha fagfolk med god oversikt over eksisterende tilbud som kan benyttes i pasientens akutte krise.

I akuttforløpet er kompetansekrav til behandlere som har ansvar for pasienter i akuttkjeden PH for voksne definert både som tverrfaglig sammensatt i AAT og tilgang på spesialister som har ansvar for utredning, behandling og oppfølging.

For å høyne kvaliteten av det akuttpsykiatriske mottaket skjerpes kravet til spesialist i front. Dette innebærer at det er spesialist som mottar alle henvendelser til akuttmottaket (med unntak av natt). Vakttelefonen i mottaket bæres av tilstedeværende spesialist fra AAT. Hvem som håndterer den videre vurderingen avhenger av denne spesialistens faglige vurdering. Ambisjonen er at alle pasienter skal være vurdert av spesialist.

Bemanning i mottaket må planlegges med bakgrunn i følgende:

- Tilstrekkelig spesialist-kompetanse.
- Videreføre gode erfaringer fra AAT på dagtid til kveld og helg/helligdag
- Fleksibel bruk av personell mellom mottak og akuttposter. Dette må selvfølgelig gjelde begge veier. Ved stort trykk eller utfordrende situasjoner i mottaket benyttes personell fra akuttpostene for å forsterke mottaket. Ved rolige perioder kan personell i akuttmottaket understøtte behandling i akuttpost, slik at flere pasienter får spesialist -oppfølging også på kveldstid og rett etter innleggelse.
- Nok beredskap til å kunne utføre «AAT- jobbing» på kveldstid. Mulighet til ambulans hjemmebehandling.

Tidligere beregninger har vist at det bør være ca. 5 personer for å håndtere AAT-oppgaver på kveld. Ut fra det tallmaterialet som er forelagt fra arbeidsgruppe 1 kan det synes som dette antallet kan videreføres i det akutte mottaket.

Psykologspesialister og psykologer i AAT utgjør en betydelig ressurs for et akuttmottak i psykisk helsevern. Man bør søke avtaler som muliggjør benyttelse av denne ressursen også på kveldstid.

Bemanning ettermiddag og helg:

- Legespesialist fra akuttseksjon
- 2 fra AAT (minimum en skal være spesialist)

- LIS-lege i forvakt
- Erfaren sykepleier (dette kan være dedikerte faste sykepleiere fra akuttpost som skal jobbe i mottaket)

Bemanning - natt:

- LIS-lege i forvakt
- Erfaren sykepleier (dette kan være dedikerte faste sykepleiere fra akuttpost som skal jobbe i mottaket)
- Overlege i bakvakt på tilkalling (passiv vakt)

Pasientflyt mellom mottak, akuttposter og DPS

Overføring fra akuttposter til DPS

Overføringsavtalen som i dag eksisterer mellom sykehus og DPS var laget i en annen tid. Avtalen bør revideres for å tilpasses dagens utfordringer og behov. Gitt dagens bemanningssituasjon knyttet til døgnavdelingene i DPS, er DPSene etter prosjektgruppens vurdering ikke satt opp for å håndtere ø-hjelpsmottak på kveld og natt (kun ved evakuering). Det bør derfor gjøres et utviklingsarbeid slik at DPS kan ta ø-hjelpsmottak på kveld. Ut fra dagens ressursituasjon anbefales det derfor at ø-hjelpspasienter kun blir tatt imot på dagtid i DPS. Dette betyr at pasienter som kommer til PHs akutte mottak på kveldstid og hvor det vurderes at innleggelse på DPS er korrekt, blir en natt ved akuttpost før overføring neste dag. Dette for å sikre et godt mottak.

Behov for overføring fra DPS til sykehus (fra døgn eller poliklinikk):

I dag kan en behandler i systemet ta direkte kontakt med en sengepost for innleggelse enten ved DPS eller akuttpost. Det er usikkert om potensiale for bruk av andre forsterkninger i tilbudet gitt en akutt forverring blir utnyttet. Ved å rute alle henvendelser knyttet til innleggelse via mottaket, også fra internt i egen organisasjon, vil man sikre både like vurderinger knyttet til pasienter både internt i PH og «nye pasienter». Det sikrer også en tydeligere rolle til AAT og akuttmottak ved akutt forverring hos pasienter som allerede er i behandling. Forslag til prosedyre ved behov for endring av omsorgsnivå:

- Vurderingen skal være drøftet med eget behandlingsteam eller spesialist
- Alle slike henvendelser går direkte til akuttmottaket i PH, som avgjør håndtering i samråd med behandler

Anbefaling fra prosjektgruppen

Alle henvendelser om behandling i høyere omsorgsnivå gjøres av AAT/akuttmottaket.

Organisering (mottaksseksjon)

Prosjektgruppen anbefaler at akuttmottaket settes opp som en egen enhet med en administrativt ansvarlig koordinator (alternativt leder), som skal ha ansvar for:

- Fagutvikling
- Organisering og drift av vaktssystem knyttet til mottak
- Sikre kontinuitet og «en lik standard» for mottak i PH
- En psykiater som er ansvarlig leder for hvert vaktlag, og som fordeler oppgaver i mottaket når forespørsler kommer inn

Prosjektgruppen deler seg når det gjelder hvor ansvaret for akuttmottaket skal legges:

Alternativ 1: Det organisatoriske ansvaret for mottaket bør ligge hos DPS, for å understøtte styrende dokumenter om DPS som veien inn.

Alternativ 2: Det organiseres under Akuttseksjonen, da hovedstrømmen av pasientene vil ende opp i akuttpostene, og at det vil lette fleksibel bruk av personell.

Implikasjoner for vaktssystemet

Psykisk helsevern har et felles vaktssystem som består av forvakter og bakvakter hele døgnet og hele uken. Bakvakt Ø omfatter alle enheter tilhørende avdeling Brøset og Østmarka, med unntak av Psykiatrisk seksjon på Øya. Bakvakt R omfatter Orkdal DPS, Nidaros DPS, Tiller DPS og Psykiatrisk seksjon på Øya.

Prosjektgruppa peker også på eventuelle implikasjoner den ene eller andre modellen kan få for vaktssystemet

Alternativ 1: Mottaksfunksjonen i PH er en DPS-tjeneste. Vaktssystemet knytta til mottaksfunksjonen utføres av Bakvakt R, med tillegg av LIS-forvakt i åpningstida til DPS-mottaket. Vaktssystemet i PH (bakvakt Ø¹⁵) får ansvar for inntak av pasienter som innlegges i sykehuset, og oppfølging av allerede innlagte pasienter.

I tidsrommet 22-8 ivaretar vaktssystemet i PH også vurdering av akutte henvendelser til PH.

Alternativ 2: Dagens vaktssystem er et resultat av en tidligere omorganisering og er preget av at en på den tiden hadde mindre tilgang til spesialister og at en den gang vektla likeverd mellom enheter i PH og mellom ansatte. Situasjonen i dag er annerledes, vi har god tilgang til spesialister. Dette har medført at en del av spesialistene i sitt daglige virke ikke møter arbeidsoppgaver som enn møter på vakt. I tillegg er det et økende krav og behov for spesialister, med kompetanse utover formalkompetanse som spesialist, beslutning-, system- og real- kompetanse i forhold til oppgavene som en møter på vakt. Dagens vaktordning med Bakvakt Ø og Bakvakt R bør derfor avvikles og et nytt vaktssystem opprettes.

Et nytt vaktssystem vil:

- Dekke bedre kompetansekravet for akuttfunksjon
- Øke tilstedetiden (tilstedeplikt på hverdager til 22 på hverdager og til 17 helg og helligdager).

¹⁵ [EQS ID14854: "Rutiner for vakthavende leger i Psykisk Helsevern for voksne"](#)

Implikasjoner for AAT

Utvidelse av åpningstid er en ønsket utvikling. AAT sin rolle vil i fremtiden bli mer tydeliggjort og i tråd med intensjonen for AAT. Dette innebærer at AAT får en tydeligere rolle både når det gjelder å forsterke eksisterende polikliniske tilbud ved behov og å følge opp pasienter etter utskrivelse fra åpen eller lukket akuttpost. I forhold til dagens situasjon vil endringen kunne medføre noe mindre ressurs på dagtid. For å møte dette vil det bli nødvendig for de enkelte AAT å se på sine prioriteringer.

Det er sannsynlig at arbeidsmengden også på dagtid vil bli større når åpningstiden utvides, da utnyttelsesgraden av de differensierte tilbudene høyst sannsynlig vil øke. Det er således sannsynlig at AAT på sikt må styrkes ressursmessig for å ivareta sin funksjon.

Forenkle og forbedre

I dag foregår det mye «dobbel arbeid», fordi det gjøres en full innkost ved overføring fra AAT til akutt, og mellom lukkede og åpne akuttposter. Dette medfører en belastning for den pasienten det gjelder, i tillegg til at det er svært ressurskrevende. Prosjektgruppen har som mål å forenkle og forbedre dette ved at vurdering fattet og dokumentert i en akutt mottakssituasjon følger med pasienten.

Det må forutsettes at dokumentasjonen av pasientens første og akutte kontakt med PH er av et slikt omfang og kvalitet at neste behandlingsledd kan bruke dette notatet som sitt inntaksnotat, når pasienten føres videre til en annen enhet i PH. Ved overføring til annen enhet noterer mottakende behandler en oppdatering av utviklinga siden kontakten ved akutt mottaket, ellers vises det til notatet som til vanlig vil være datert samme dag.

Om det går lengre tid (dager) mellom den første vurderingssamtalen og neste kontakt i psykisk helsevern blir det tilsvarende relevant med en noe mer omfattende oppdatering, men fortsatt må det opprinnelige notatet forutsettes å dekke dokumentasjonsbehovet ved oppstart i ny enhet.

Når pasienten skal følges opp videre i kommunal helsetjeneste går notatet umiddelbart til fastlege og eventuelt annen enhet i kommunen som skal følge opp pasienten. Da utskrivelse fra PH til hjemmet er en svært sårbar fase for uønskede hendelser kan AAT eller andre enheter ved DPS være nødvendig å benytte midlertidig for å sikre overgangen.

Forslaget fordrer revisjon av relevante EQS-prosedyrer. Det vil også være behov for drøfting med Fylkeslegen i Sør-Trøndelag da dette avviker fra dagens praksis og tilbakemeldinger gitt fra Fylkeslegen.

Utfordringer og tiltak knyttet til akutt mottak av pasienter mellom 16-18 år og mellom 18-23 år

Det er utfordringer knyttet til gruppen 16-18 år ved at de er helserettslig myndige. De kan dermed selv bestemme om de vil ha helsehjelp eller ikke, og foreldrene har fortsatt sitt foreldreansvar. Sistnevnte er en stor fordel, siden de da vil ha noen som jobber hardt for at de skal kunne ta i mot den hjelpen de trenger, og man som helsepersonell har noen å samarbeide tett med. Man jobber mye med nettverket til pasientene.

Denne aldersgruppen har i dag et godt akutt-tilbud innen BUP-klinikk, med AAT som supplement til poliklinikk behandlere og innleggelse i Akuttenheten.

Det kan være aktuelt å ha en mer lik tenkning knyttet til gruppen 18-23 år, det å ha tett samarbeid med foreldre/pårørende, ha fokus på konteksten pasienten lever i og nettverksfokus i sitt arbeid, tenke alternative måter å møte de unge myndige pasientene på. Det kan være viktige prinsipper i behandlingstilnærmingen. Og dette kan være områder hvor BUP ansatte kan bidra med opplæring og erfaringsbasert kunnskap til ansatte i psykisk helsevern for voksne.

Det drøftes at det for noen pasienter i gruppen 18-23 år, med tidligere og kanskje lang historie i BUP-klinikk, eventuelt svært umodne i sin utvikling, ville kunne være lurt med en døgninnleggelse i Akuttenheten i BUP-klinikk, men dette vil skape noen andre og større problemer ressursmessig og for spennet i aldersgruppen.

Akuttenheten i BUP-klinikk har 6 senger, inkludert skjermingsplass, og disse er for aldersgruppen 12 til 18 år og for hele Sør-Trøndelag. Siden denne enheten er den eneste som er helgeåpen, har vi ofte liggende pasienter over lengre tid, som er i behov av døgnrammene kun Akuttenheten vår kan gi. Dermed er det ofte et trykk på resterende døgnplasser. Videre har vi ikke sjelden unge pasienter innlagt, helt ned i 12 års alder, som er i behov av skjerming for de eldste og sykeste pasientene våre. Dette vil man kunne se blir ekstra utfordrende med økning i alder.

Skal man ta inn pasienter fra gruppen 18-23 år, må man øke antall døgnplasser totalt sett og vurdere en deling av gruppene med de yngste og de eldre hver for seg.

Det som i alle tilfelle vil være viktig for å bedre akutt-tilbudet til gruppen 18-23 år, er muligheten for å kunne kontakte vaksystemet i BUP-klinikk, for informasjonsinnhenting dersom det er en tidligere kjent pasient i BUP-klinikk, eller for å kunne søke råd om hva som ville være lurt å gjøre. Man bør utarbeide rutinebeskrivelser for dette.

Videre ville et felles journalsystem kunne ivareta noe av det ovenfor nevnte, ved at man kan finne pasientens tidligere sykehistorie i felles journal. Dette er ikke mulig i dag, med to ulike systemer som ikke kommuniserer.

Prosjektgruppen vurderer det ikke hensiktsmessig at BUP utvider sin beredskap for akutte mottak på kveld utover dagens organisering. BUP opprettholder sitt akutte mottakssystem med AAT på dagtid og vaksystem på kveld. Dette er begrunnet i en vurdering av at dagens organiseringer fungerer godt, og at frekvensen av mottak på kveld/natt er lav.

Samarbeid med Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin og somatiske avdelinger

I Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)¹⁶ vises det til at brukerne mener at skillet mellom det psykiske helsevernet og den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten er for stort. Forventet levetid for mennesker med alvorlige psykiske lidelser – ofte i sammenheng med rusavhengighet – er omkring 20 år kortere enn for befolkningen for øvrig. Å legge til rette for at pasienter både i psykisk helsevern og rusbehandling får vurdert også sin somatiske tilstand anses nødvendig. PH tar problematikken på alvor og ser at det ligger et betydelig forbedringspotensial i mer samarbeid og samordning av tjenester til disse pasientene gjennom et Senter for psykisk helse lokalisert på Øya, i nærheten av somatiske klinikker.

Psykisk helsevernproblematikk og rusproblematikk er i St. Olav organisatorisk atskilt med Divisjon Psykisk Helsevern og Klinikk for Rus- og avhengighetsmedisin. På systemnivå er det etablert samarbeidsarenaer som f.eks. Fagråd (tidligere FSU). På individnivå er det et utbredt samarbeid knyttet til de pasientene som er i behov for bistand fra begge instanser. Andre helseforetak i landet har valgt andre løsninger gjennom å samorganisere klinikkene for psykisk helse og rus. Nasjonal helse- og sykehusplan vises det til at Regjeringen legger til grunn at fremtidens sykehus i størst mulig grad bør samlokalisere somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling, slik at pasientene kan få et helhetlig tilbud på samme sted. Videre vises det til i planen at tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) bør integreres i strukturen av distriktpsikiatriske sentre (DPS) slik at det skapes bedre sammenheng og helhet i tjenestetilbudet.

Prosjektgruppen har på bakgrunn av dette lagt til grunn for sitt arbeid en fremtidig premiss om samarbeid om tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rusrelaterte vansker. I denne sammenhengen har det relevans for prosjektgruppas anbefaling om «En vei inn for Psykisk Helsevern og Rus». Dette må eventuelt utredes gjennom andre prosesser, men prosjektgruppen finner det likevel nødvendig å påpeke sitt ståsted i arbeidet knyttet til prosjektet «Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs hospital».

Samarbeid med kommunene

Psykisk Helsevern har over år hatt et etablert samarbeid med kommunene og fastlegekontorene. På dagtid gir AAT for bistand i uavklarte og akutte tilstander. Det finnes et mangfold av tiltak etter en vurdering (se tiltaksliste under kap «[Akuttpsykiatriske vurderinger](#)»)

Innenfor prosjektet Mottaksfunksjoner og oppgavefordeling i St. Olavs hospital ble det også opprettet et delprosjekt knyttet til «Samarbeid om den akuttmedisinske pasienten». Dette prosjektets mandat er å «lage en handlingsplan for bedre samarbeid med primærhelsetjenesten om den akuttmedisinske pasienten»¹⁷. Handlingsplanen skal omfatte somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Prosjektgruppa i PH har deltatt i arbeidet med å komme frem til en handlingsplan.

¹⁶ [St. meld 11 \(2015-2016\): «Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)», Regjeringen.no](#)

¹⁷ [Prosjektplan «Lage handlingsplan for samhandling med primærhelsetjenesten» versjon 1.4](#)

Resultatet fra dette delprosjektet vil i noen grad svare ut hvordan samarbeid med kommunene må praktiseres for å sikre best mulig bistand til pasienter med behov for akutt hjelp også i PH.

Referanseliste

Helse- og omsorgsdepartementet (2016): Oppdragsdokument 2016 Helse Midt-Norge RHF.

Helsedirektoratet (2012): Definisjonskatalog for den akuttmedisinske kjede.

NAKOS (2016): Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

Regjeringen (2016): Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. St.prp. nr. 63 (1997-1998).

Regjeringen (2016): Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). St. meld. 11 (2015-2016).

Vedlegg

1. Referat fra lokal styringsgruppemøte 04.05.16 med forslag til vedtak (ESA 16/4217-2)
2. Analyserapporten (rapport fra arbeidsgruppe 1)
3. Rapport fra arbeidsgruppe 2
4. Rapport fra arbeidsgruppe 3
5. Rapport fra arbeidsgruppe 4
6. Brev av 29.03.16 til fastleger/legevaktsleger/kommuneoverleger/legevaktsjefer fra samhandlingsdirektør Tor Åm: Konferansemulighet med vakthavende leger ved St. Olavs Hospital ved ø-hjelp- problemstillinger før henvisninger eller innleggelser(ESA 16/2938-1)
7. Møtereferat fra 14.03.16: Helse Midt-Norge, avdeling for Felles servicefunksjoner for ambulansetjenesten i Midt-Norge/St. Olav Hospital: AMK som kommunikasjonsknutepunkt for akuttpsykiatri (saksnr ikke gjenfunnet ved utsendelse, blir lagt til senere)

Figurliste

Figur 1: Forventet utvikling i antall kontakter ved Akuttpost ved Østmarka sykehus fra 2015-2020 og 2015-2030	10
Figur 2: Innleggelsestidspunkt, ø-hjelp, voksne, akuttpostene ved Østmarka 2015	15
Figur 3: Modell for mottaksfunksjon i Divisjon Psykisk Helsevern	16

Figurer er hentet fra tidligere omtalte analyserapport.