

A blurred photograph of healthcare workers in a hallway. In the foreground, a woman in a white lab coat and a man in green scrubs are walking. In the background, another woman in green scrubs and a man in a white lab coat are walking. The image is intentionally out of focus to create a sense of movement and activity.

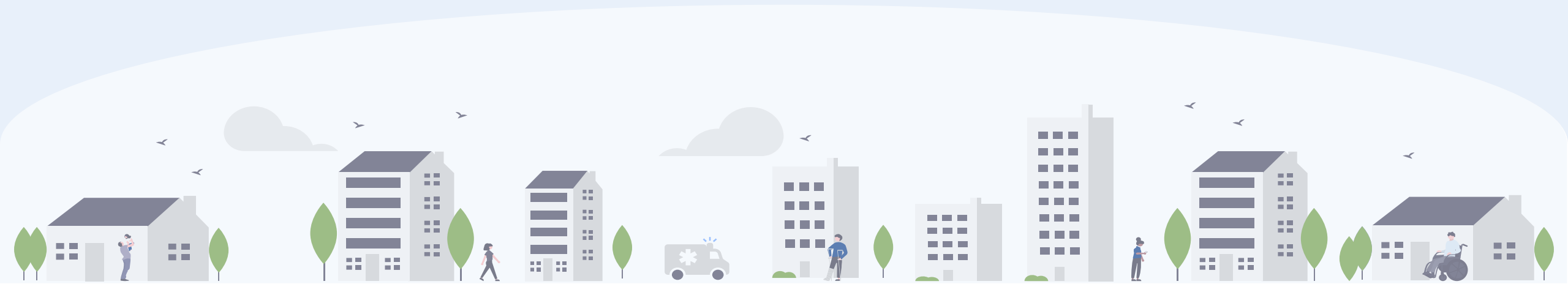
VEDLEGG 3

Oppsummering av utfordringer innen psykisk helsevern og rus fra kartleggingen av ø-hjelpsforløpet fra hjem til hjem

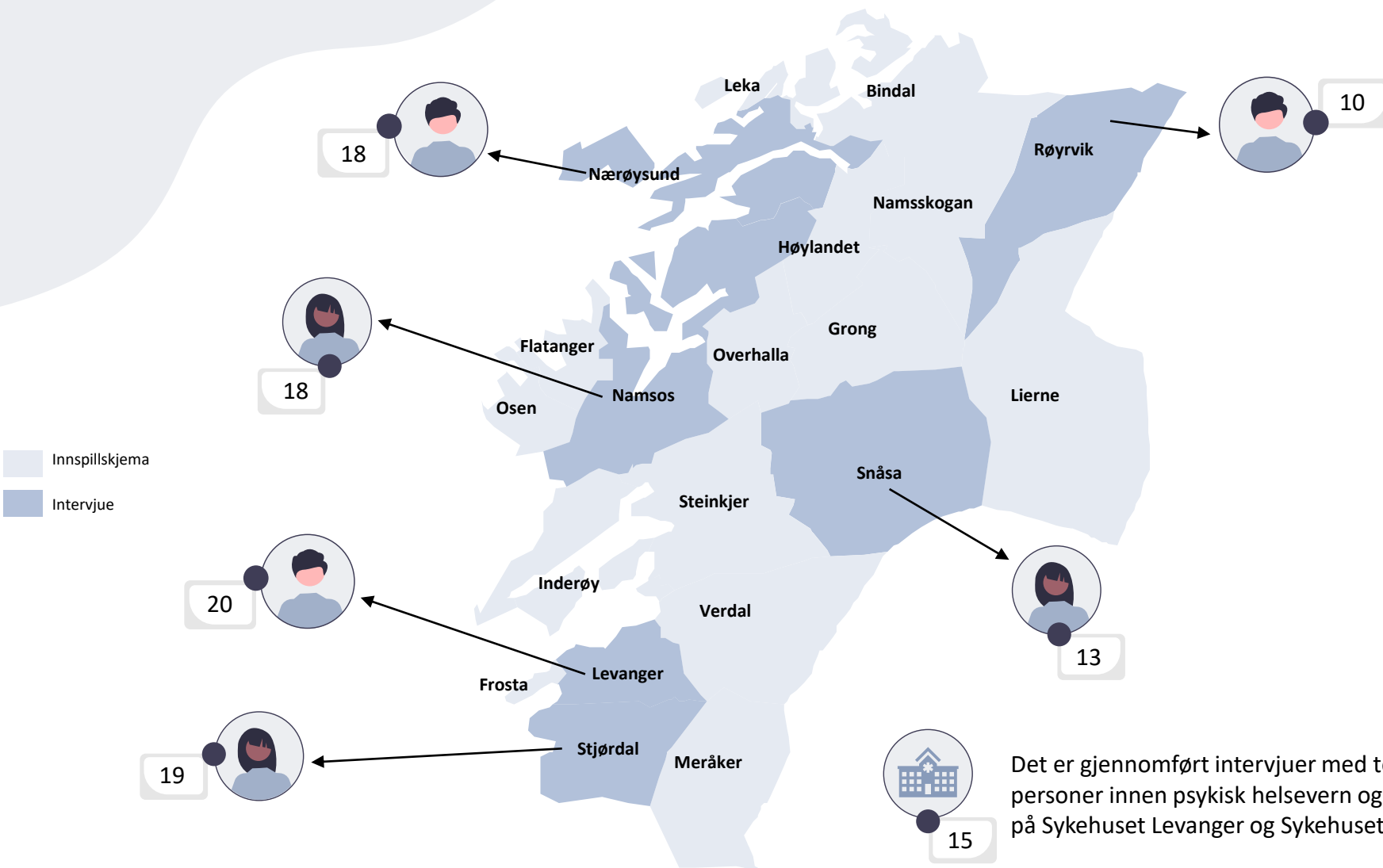
FREMTRAGENDE AKUTTMOTTAK FASE II

Oppsummering av kartlegging av ø-hjelpsforløpet i Nordre-Trøndelag

Psykisk helsevern og rus



Gjennom kartleggingen er det gjennomført intervjuer med 98 intervjukandidater fra kommunale aktører i Nordre-Trøndelag, 13 av 14 innspillskjema er mottatt og 15 er intervjuet internt i HNT i KPHVR



Aktører som er intervjuet i kommune:

- Fastlege
- Legevakt
- Sykehjem
- Hjemmetjeneste
- KAD
- Psykisk helsevern og rus
- Politi
- Brann
- Jordmortjenesten
- Saksbehandlings-/forvaltningskontor

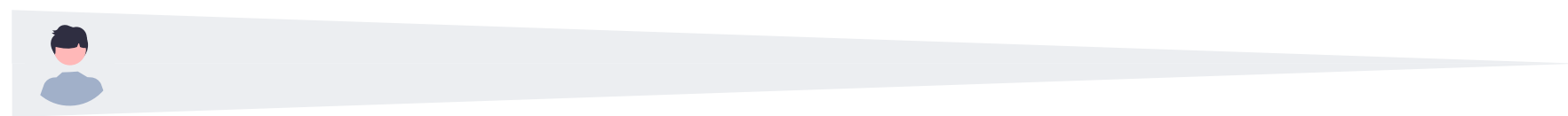
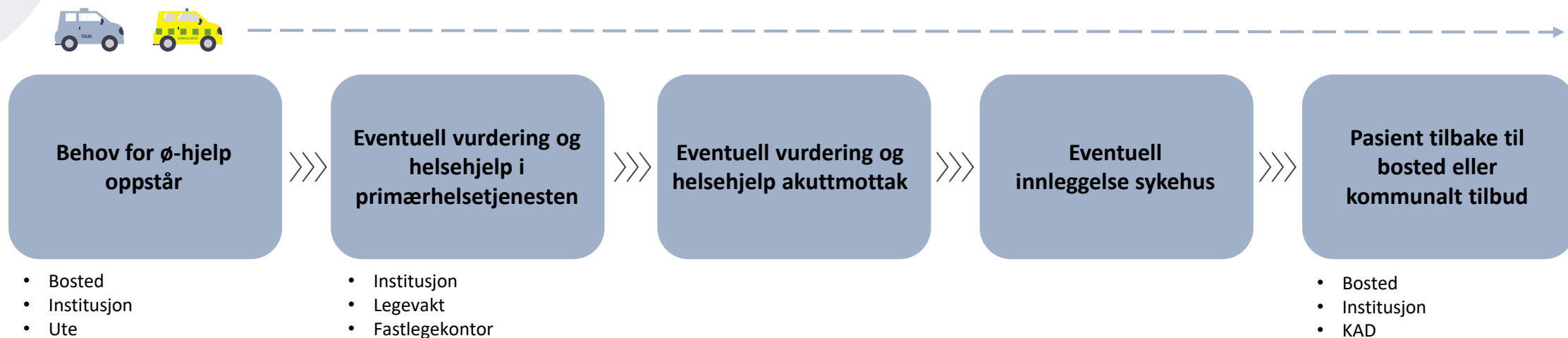
Intervjudeltakere inkluderer både personer i lederfunksjoner og det utøvende leddet



15

Det er gjennomført intervjuer med totalt 15 personer innen psykisk helsevern og rus internt på Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos

Kartleggingen dekker hele pasientflyten fra bosted til bosted



Ikke alle pasienter går gjennom alle stegene i illustrert flyt over. De fleste ø-hjelpspasienter blir avklart i primærhelsetjenesten

Hovedfokuset i kartleggingen er utfordringer, men det trekkes også frem flere gode eksempler på hva som fungerer bra i ø-hjelpsforløpet i dag og hva som kan gjøre det bedre

EKSEMPLER PÅ HVA SOM FUNGERER BRA I Ø-HJELPSFORLØPET I DAG

Innspill fra kommune:

- Det trekkes frem som positivt at psykoseposten på Namsos drar på hjemmebesøk til brukere i forkant av utskriving, for å gjøre pasienten trygg på å komme hjem igjen.
- Pasienter med rett til rask vurdering, kommer raskt inn på sykehuset ved behov.
- I en kommune ble det trukket frem gode effekter av å ha fokus på å bygge relasjoner og god dialog mellom politi, kommune og brukere innen rus og psykiatri. Ved god dialog og at brukere opplever å treffe kjente personer, ved akutte situasjoner, bidrar det til å roe ned situasjonen.

INNSPILL TIL HVA SOM KAN GJØRE Ø-HJELPSFORLØPET BEDRE

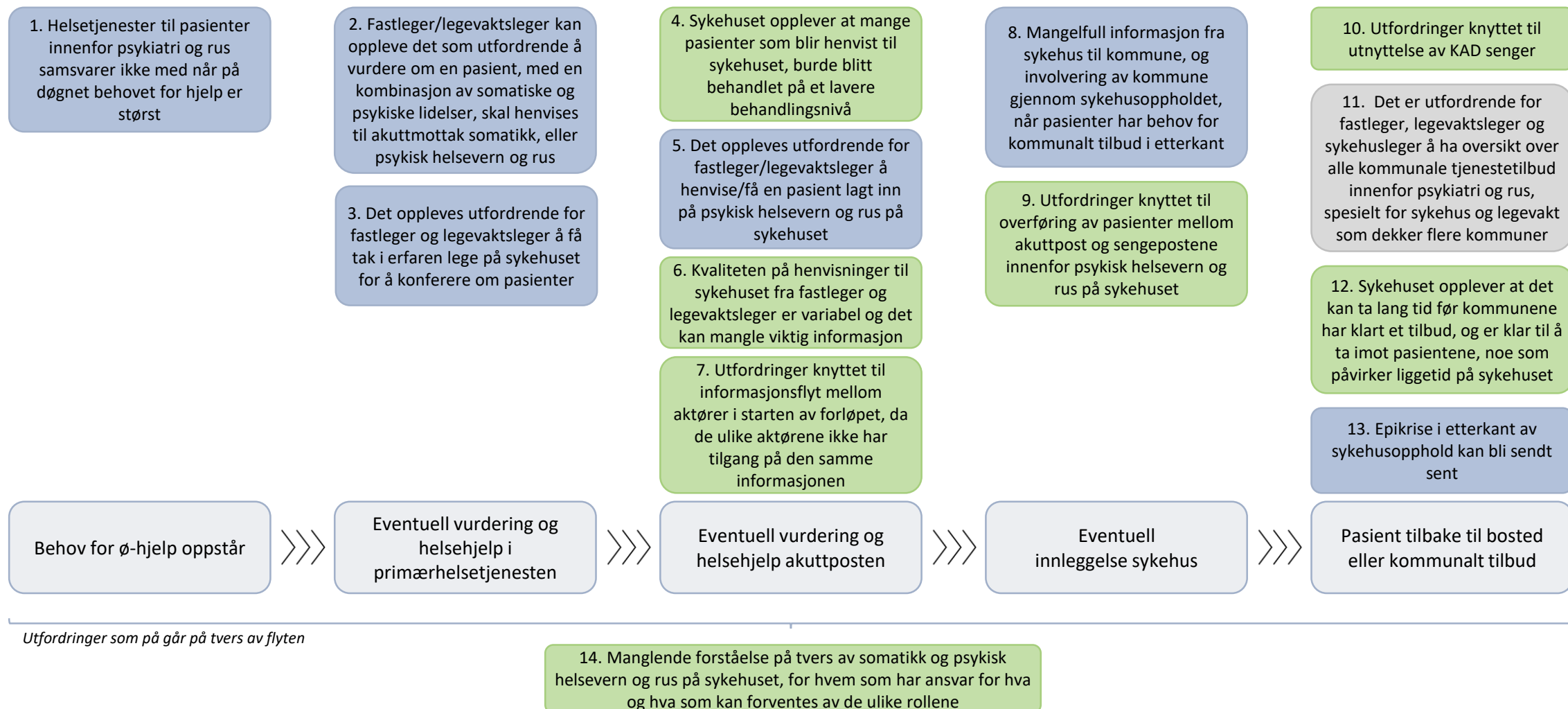
Innspill fra kommune:

- Samarbeid om tilbud innen psykisk helsevern og rus mellom nærliggende kommuner.
- Læringsnettverk innenfor rus og psykiatri mellom kommuner og helseforetak.
- Økt avklaring med spesialister, spesielt for kommuner med lang avstand til sykehus, for å redusere unødvendig transport.

Innspill fra sykehus:

- Felles mottak av pasienter med en kombinasjon av somatikk og psykiatri og rus på sykehuset.
- Observasjonspost/avklaringsenhet på akuttposten for pasienter som kan avklares uten innleggelse.
- Akutt poliklinikk for pasienter med subakutte problemstillinger, der pasienter kan vente til eksempelvis dagen etterpå (*Gjelder kun Sykehuset Namsos*).
- Mer fokus på forebygging innenfor psykiatri og rus for å redusere akutte behov. Sitat fra ett av intervjuobjektene: «Pasienter som bruker lang tid på å bli dårlige, bruker lang tid på å bli gode».

Under er en oppsummering av de hyppigste utfordringene som går igjen i intervjuene og/eller utfordringene som oppleves som størst for intervjuobjektene



1. Helsetjenester til pasienter innenfor psykiatri og rus samsvarer ikke med når på døgnet behovet for hjelp er størst

- Det beskrives at det er få tilbud for rus- og psykiatripasienter på kveld og natt, når behovet for hjelp er størst.
- Pasienter innenfor psykiatri og rus kontakter ofte legevakt på kveld og natt, hvor legene ikke kjenner pasientene like godt som en fastlege gjør, og sykehus ofte er det eneste alternativet etter vurdering på legevakt. Pasientgruppen kan også oppta mye av kapasiteten på telefon på natt på legevakt.
- Sykehuset opplever at kommuner har dårlig beredskap kveld/natt/helg, og spesielt i ferier, og henviser derfor raskere pasientene til akuttposten på sykehuset i disse tidsrommene.

2. Fastleger/legevaktsleger kan oppleve det som utfordrende å vurdere om en pasient, med en kombinasjon av somatiske og psykiske lidelser, skal henvises til akuttmottak somatikk, eller psykisk helsevern og rus

3. Det oppleves utfordrende for fastleger og legevaktsleger å få tak i erfaren lege på sykehuset for å konferere om pasienter

- Fastlege/legevaktslege kommer til forvakt på telefon når de ønsker å konferere med en erfaren lege. Forvakt, som er en mindre erfaren lege, må ofte konferere med bakvakt, før de kan gi tilbakemelding. Det tar ofte lang tid før forvakt ringer tilbake til fastlege/legevaktslege, noe som kan innebære lang ventetid for både pasient, lege og andre involverte, som politi.
 - Flere leger oppgir at de ofte velger å ikke konferere med sykehuset, da de opplever det som en tung og tidkrevende prosess, hvor de ikke får snakket med riktig erfaringsnivå, for å avklare hva som er riktig for pasienten.
 - Noen kommuner opplever at pasienter som de mener bør legges inn på sykehuset, blir sendt mye frem og tilbake til sykehuset. De sendes til vurdering for innleggelse, men kommer i retur samme dag uten at det oppleves at henvisningsgrunn er avklart. Dette oppleves som belastende for pasienter og evt. andre involvert i transport frem og tilbake.

4. Sykehuset opplever at mange pasienter som blir henvist til sykehuset, burde blitt behandlet på et lavere behandlingsnivå

- Flere pasienter blir henvist til sykehuset for innleggelse, med lite indikasjon. Pasientene blir ofte snudd etter vurderingssamtale på sykehuset. Noen av disse pasientene bor langt unna sykehuset og har flere timers reisevei frem og tilbake, noe som er spesielt utfordrende på nattetid.
- Akuttposten får ofte informasjon fra henviser i primærhelsetjenesten eller fra AMK om at situasjonen er mer alvorlig enn den er, eksempelvis at det vil være behov for skjerming og ekstra personale. Personale på akuttposten bruker tid på å forberede seg, men så viser det seg at pasienten er helt rolig når den ankommer sykehuset.

5. Det oppleves utfordrende for fastleger/legevaksleger å henvise/få en pasient lagt inn på psykisk helsevern og rus på sykehuset

- Kommunene opplever at det er høy terskel for å ta imot pasienter innenfor psykisk helsevern og rus på sykehuset, hvor noen fastleger/legevaksleger beskriver det som en kamp hvor argumentasjonen må være god for å få en vurdering/innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det oppleves også at sykehuset har lite tillit til vurderingene som fastlege/legevakslege gjør og deres kompetanse til å vurdere hva som er riktig for pasienten. Dette innebærer at enkelte leger henviser til akuttposten på sykehuset selv om de får nei når de konfererer, da de er uenige i beslutningen.
- Yngre leger opplever det som vanskelig å argumentere imot hvis de er uenig i avgjørelsen til forvakt innenfor psykisk helsevern og rus på sykehuset, og opplever det som høy terskel å gi beskjed at de ønsker at forvakt også skal snakke med bakvakt for å vurdere situasjonen.

6. Kvaliteten på henvisninger til sykehuset fra fastleger og legevaksleger er variabel og det kan mangle viktig informasjon

- Kvaliteten på henvisninger varierer og er ofte mangelfulle. Ved nye pasienter er det ingen historikk i systemet og dermed ekstra viktig at henvisningene er gode.
- Noen fastleger og legevaksleger ringer for å henvise pasienter uten å sende skriftlig henvisning i etterkant.

7. Utfordringer knyttet til informasjonsflyt mellom aktører i starten av forløpet, da de ulike aktørene ikke har tilgang på den samme informasjonen

- De ulike aktørene i ø-hjelpsforløpet, har ikke tilgang på samme informasjon om pasientene. Eksempelvis kan sykehuset måtte videreformidle informasjon om pasienter som sykehuset kjenner godt, til AMK/ambulanse, da de ikke har tilgang til samme informasjon.
- Manglende tilgang til journalsystemer på tvers av aktører, gjør det utfordrende å få informasjon om pasienter som ikke er kjent i systemet fra før.
- Sykehuset opplever det som utfordrende å få tak i informasjon hvis pasient har vært innom flere sykehus i Norge.
- Ikke tilgang til sykepleiejournal på tvers av somatikk og psykiatri på sykehuset.
- På kveld og natt kan det være utfordrende for sykehuset å få mer informasjon om pasientene, via PLO, da fastlegen som har henvist pasienten, kan ha dratt fra jobb.

8. Mangelfull informasjon fra sykehus til kommune, og involvering av kommune gjennom sykehusoppholdet, når pasienter har behov for kommunalt tilbud i etterkant

- For pasienter innen psykisk helsevern og rus, opplever forvaltningskontoret å få lite og noen ganger ingen informasjon om hvorfor pasient er innlagt, og lite informasjon gjennom sykehusoppholdet, før de får melding om utskrivningsklar pasient. Det kan da være vanskelig for forvaltningskontoret å forberede seg og ha klar et tilbud for pasienten når den er utskrivningsklar.
- Ved melding om utskrivningsklar pasient er det lite informasjon om pasientens behov, og om pasient trenger endring i tjenestetilbudet de hadde før innleggelse. Dette gjør det vanskelig å vurdere passende tilbud.
- Forventet utskrivingsdato blir hyppig endret, slik at det er utfordrende for forvaltningskontor å planlegge. Endelig utskrivingsdato kommer ofte dagen før eller samme dag.
- Enkelte kommuner opplever at sykehuset tar mye direktekontakt med kommunal tjeneste, uten å involvere forvaltningskontoret.
- Det kan være uklart for sykehuset hvem PLO-meldinger skal sendes til i kommunene, da kommunene er organisert ulikt.

9. utfordringer knyttet til overføring av pasienter mellom akuttpost og sengepostene innenfor psykisk helsevern og rus på sykehuset

- Det er ikke alltid sengeposten som skal ta imot pasienten blir involvert tidlig nok i overgangen, noe som påvirker muligheten for å forberede seg.
- Det er ikke alltid andre sengeposter ønsker å ta imot pasientene når de skal flyttes fra akuttposten, da de mener at pasientene er for dårlige, og ikke klar for å flyttes.
- Grunnet manglende plass på de ulike avdelingene innenfor psykiatri og rus, kan akuttposten også bli brukt til pasienter som tilhører andre avdelinger.
- Det kan mangle informasjon ved overføring mellom sengeposter, internt. Det beskrives at det kun gis muntlig informasjon ved overføring mellom avdelingene når en pasient flyttes til en annen avdeling innen psykisk helsevern og rus.

10. utfordringer knyttet til utnyttelse av KAD-senger

- Sykehuset opplever at flere av pasientene som kommer til akuttposten, kunne vært lagt inn på KAD i stedet.
- Det er tungvint for sykehuset å legge inn pasienter på KAD. Dersom en pasient skal legges inn på KAD, må sykehuset vise pasienten tilbake til fastlege/legevakt, som deretter må få tak i en KAD-seng til pasienten. Dette er ekstra tungvint på ettermiddag/helg, når legene ikke er like tilgjengelige.
- Enkelte kommuner mener at KAD-seng plassert på sykehjem ikke er egnet for pasienter innen psykiatri og rus.

11. Det er utfordrende for fastleger, legevaktsleger og sykehusleger å ha oversikt over alle kommunale tjenestetilbud innenfor psykiatri og rus, spesielt på sykehus og legevakt som dekker flere kommuner

- For legevakter som dekker flere kommuner, er det utfordrende å ha oversikt over alle tilgjengelige tjenestetilbud i de ulike kommunene, hvordan tjenestene er bygget opp, og når de er åpne. Det er spesielt utfordrende på kveld/natt/helg når forvaltningskontoret ikke er tilgjengelig. Innenfor psykiatri er rask psykisk helsehjelp et kommunalt tilbud som enkelte kommuner har, men som ikke alle fastleger og legevaktsleger kjenner til.
- For legevakter som dekker flere kommuner er det utfordrende at enkelte tilbud innenfor psykiatri og rus kun gjelder noen kommuner.
- Sykehuset har ikke oversikt over alle tilgjengelige tjenestetilbud i de ulike kommunene, hvordan tjenestene er bygget opp og kontaktpersoner for de ulike tjenestetilbudene.

12. Sykehuset opplever at det kan ta lang tid før kommunene har klart et tilbud, og er klar til å ta imot pasientene, noe som påvirker liggetid på sykehuset

- Det varierer mellom kommunene, hvor raskt de er klare til å ta imot pasienter, og hvor fleksible de oppleves til å finne løsninger.
- Noen eksempler på pasientgrupper det er beskrevet at kan ta ekstra lang tid før kommunene er klar til å ta mot:
 - Psykose- Kan være utfordrende å finne egnet bolig for disse pasientene.
 - Pasienter med vedtak 10.2 og 10.3 kan ligge flere måneder etter at de er utskrivningsklare, før de får et tilbud i kommunene.
 - Kommunene har ikke et godt nok forsvarlig tilbud til de sykeste/mest komplekse pasientene og det tar ofte lang tid før kommunen får på plass et tilbud til dem.

13. Epikrise i etterkant av sykehusopphold kan bli sendt sent

- Etter utskrivelse fra sykehus kan epikrisene bli sendt veldig sent. Fastlegen får ofte ikke beskjed om at pasient er utskrevet før de mottar epikrisen. Dette kan føre til at fastlege/hjemmetjeneste ikke har nok informasjon til å følge opp pasienten.

14. Manglende forståelse på tvers av somatikk og psykisk helsevern og rus på sykehuset, for hvem som har ansvar for hva og hva som kan forventes av de ulike rollene

- Psykisk helsevern og rus på sykehuset, har ikke utstyr for å kunne overvåke og behandle somatiske lidelser, men får likevel overført pasienter som ikke er somatisk avklart. Eksempelvis kan en ruspasient ankomme akuttposten uten å ha tatt blodprøve på alkoholnivå når de kommer fra akuttmottaket (somatikk).
- Når pasienter overføres fra somatikk kan det mangle viktige opplysninger, og informasjonsoverføringen skjer ofte kun muntlig.
- Det kan være utfordrende å vurdere hva som bør avklares først av somatikk og psykiatri/rus. Eksempelvis kan somatiske problemstillinger oppstå på bakgrunn av psykiske lidelser.
- Ikke samsvar mellom hvilke forventinger somatikk har, og hva psykisk helse og rus kan bistå dem med.
- Uklart hvem som har ansvar for hva ved samarbeid om pasient på tvers av somatikk og psykisk helse og rus.

I tillegg til de hyppigste og største utfordringene beskrevet ovenfor, er det også kommet frem en rekke andre utfordringer gjennom kartleggingen (1/2 kommune)

- I enkelte kommuner kan det ta lang tid for forvaltningskontoret å fatte vedtak, noe som kan resultere i at situasjonen går fra å ikke være akutt, til akutt i ventetiden på helsehjelp.
- I mindre kommuner med få innbyggere, kan det være utfordrende for pasienter å ta kontakt for hjelp innen psykisk helse og rus, da kontaktpersonen kan være bekjente. Forebyggende tiltak blir derfor ikke så lett prioritert. Ved akutte tilfeller oppleves det enklere å ta kontakt.
- Det kan i enkelte kommuner være vanskelig for innbyggere å finne informasjon om tilbud i kommunen innen psykisk helse og rus.
- Ruspasienter skrives ofte ut igjen til samme miljø som de kom fra og det kan derfor være utfordrende å ikke havne tilbake igjen.
- Det er ofte lang ventetid på kommunale tilbud innen psykiatri. Pasienter med behov for et «tyngre» tilbud innenfor psykiatri, kan ofte stå helt uten tilbud, mens de venter, noe som kan være utfordrende for fastleger, da det er de som har ansvaret for pasienten.
- Det kan være utfordrende å hjelpe pasienter med rusproblematikk, da noen er klar for hjelp og ønsker det, men det tar så lang tid å få hjelp, at når de først får hjelp, er de ikke klar lenger.
- Pasienter med behov for mye ressurser/tilsyn/hjelp kan være utfordrende for kommunene å håndtere i etterkant av innleggelse på sykehus, grunnet mangel på kompetanse i kommunene.
- I tilfeller hvor fastlege/LAR har et medisk behandlingsopplegg oppleves det at dette ikke hensyntas når bruker er under behandling i sykehus. Dette gjør da at den medisinske oppfølgingen blir vanskelig å videreføre/gjenoppta ved utskrivelse.
- Ved avviste henvisninger foreligger det ikke alltid forslag til videre oppfølging i kommunen fra den som har behandlet henvisning.
- En kommune ønsker bedre samhandling ved overlevde overdoser. «Per i dag er det ofte ingen som observerer pasienten i anbefalt tidsrom etter at akuttmedisinsk personale har avsluttet oppdraget, dersom pasienten selv ikke ønsker at noen varsles».
- Lite bruk av og manglende samarbeid om Sampro (individuell plan).
- Det kan være utfordrende å vurdere om en pasient med en kombinasjon av rus- og psykiatri, skal i fyllearresten eller på sykehuset.
 - Pasienter kan være for ruset til å være på sykehuset, men for psykisk dårlige til å være i fyllearresten, og det kan derfor være utfordrende å vurdere hva som er riktig for disse pasientene. Politibilene er heller ikke egnet for å transportere dårlige pasienter over lange avstander.
 - Sykehuset opplever at flere pasienter som ville kommet i fyllearresten tidligere, legges inn på sykehuset nå.
- Enkelte fastleger opplever at de får oppgaver fra sykehuset som er tidkrevende og som de mener de ikke har kompetanse til å utføre, som eksempelvis å lage kriseplan.

I tillegg til de hyppigste og største utfordringene beskrevet ovenfor, er det også kommet frem en rekke andre utfordringer gjennom kartleggingen (2/2 sykehus)

- Det er ikke alltid pasienter med alvorlige psykiske lidelser, har en fastlege.
- Det kan benyttes mange politiresurser i forkant av sykehuset, og gjerne flere politibiler. Når pasienten er overlevert til akuttposten, oppleves det at politiet reiser for raskt fra akuttposten, før det er avklart om personalet har behov for videre bistand fra politiet.
- Når politiet bruker flere ressurser på å hente en pasient, og stiller i uniform, kan det ofte medføre at situasjonen eskalerer.
- Det er utfordrende med personer som har behov for hjelp, men ikke ønsker hjelp og er samtykkekompetente.
- Medisinlistene er ikke alltid oppdatert, og stemmer ikke med reseptformidleren.
- Det kan være utfordrende å få kommunene til å møte til ansvarsgruppemøter o.l. for å diskutere behandlingsplan eller bolig for pasientene.
- Tvangsvedtak er veldig tungvint (mange ulike systemer).
- Sykehuset opplever at trusler og vold mot sykehusansatte ikke blir tatt like alvorlig av politi, som når det er deres egne ansatte.
- Behandlingsplan internt på sykehuset kan bli laget sent og mangle viktig informasjon. Kan ferdigstilles flere dager etter «første dag» samtale.
- Da det er lege i vakt som mottar henvisninger til psykisk helsevern og rus, varierer det veldig hvilke type lege som tar i mot henvisningen og hvilke spesialistkompetanse den legen har, noe som kan resultere i at like henvisninger blir vurdert forskjellig.
- Sykehuset blir i lite grad involvert tidlig av politi, i situasjoner hvor sykehuset kjenner pasientene godt, og kunne bidratt med informasjon/ i henting av pasient.
- Lukket avdeling passer ikke like godt for alle, og kan ha en uheldig kombinasjon av pasienter. Noen pasienter kan derfor velge å skrive seg selv ut før de burde.
- Oversikten over pasienter med rett til rask vurdering, blir sjelden oppdatert.