

HELSE VEST RHF

GJENNOMGANG AV AKUTTFUNKSJONENE I PSYKISK HELSEVERN

1. Innledning

Sosial- og helsedirektoratet er av Helse- og omsorgsdepartementet bedt om å gjennomføre et prosjekt i samarbeid med de regionale helseforetakene for å vurdere hvor mange nye plasser og andre tiltak som bør opprettes/gjennomføres ved akutenheter som i dag har høy beleggsprosent eller skriver pasienter ut for tidlig, jf tildelingsbrev til Sosial- og helsedirektoratet 2006. Tilsvarende er de regionale helseforetakene i bestillerdokumentet for 2006 bedt om å gjennomgå akuttjenesten for voksne for å sikre at tilgjengelighet og kvalitet blir ivaretatt. Gjennomgangen skulle foretas innen 01.05.06.

Det ble på denne bakgrunn etablert et samarbeid mellom de 5 regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet om gjennomføring av et slikt prosjekt. Prosjektet ble ledet av en styringsgruppe bestående av

- 1 repr. Sosial- og helsedirektoratet
- 1 repr. for hvert av de regionale helseforetakene
- 1 repr. fra Mental Helse Norge
- 1 repr. fra Landsforeningen for pårørende innen psykiatri (LPP)

Sosial- og helsedirektoratet har ledet styringsgruppen. Sosial- og helsedirektoratet har også hatt sekretariat for prosjektet.

Fokus for prosjektet var i utgangspunktet:

- akutfunksjonene i de HF der det regelmessig er overbelegg eller pasienter skrives ut for tidlig pga plassmangel.

Det var imidlertid enighet om å inkludere alle helseforetakene i gjennomgangen, dvs også de foretakene hvor det ikke har vært problemer med kapasiteten i akutt-tilbudet. Det var også enighet om å se på hele akuttkjeden, dvs også inkludere DPS-ene samt samarbeidet med kommunene i kartleggingen.

De regionale helseforetakene oppnevnte kontaktpersoner/prosjektmedarbeidere i alle helseforetakene.

Det ble innhentet data og kvalitative vurderinger fra alle helseforetakene og bedt om forslag til tiltak som kan sikre god tilgjengelighet i akutte situasjoner der dette ikke er tilfredsstillende.

Det ble utarbeidet 3 skjema som ble lagt til grunn for datainnhenting:

- et skjema for kartlegging av tilbudet ved sykehus og
- et skjema for kartlegging av tilbudet ved DPS-ene
- et skjema for kvalitativ vurdering av tilbudet

Sintef Helse har bistått ved bearbeiding av de kvantitative dataene.

2. Oppsummering av tallmessig kartlegging

Den tallmessige kartleggingen av akutt-tilbudet i helseforetakene i Helse Vest viser at overbelegg på akuttpostene først og fremst er et problem i Helse Bergen. Vi har her hatt en situasjon med overbelegg over mange år som det fra Helse Vest og Helse Bergen sin side arbeides aktivt for å endre, jf pålegg fra Statens helsetilsyn til Helse Vest RHF.

Når det gjelder nærmere oversikt over den tallmessige kartleggingen vises det til vedlegg fra Sintef Helse.

3. Kvalitativ vurdering av akutfunksjonene i helseforetakene i Helse Vest RHF

a) Sentralsykehus

Helse Førde:

Bruken av akuttplassene fungerer i hovedsak bra. I noen grad brukes imidlertid plassene til oppgaver som burde vært ivaretatt andre steder: Det gjelder:

- avrusning, ofte i samarbeid med indremedisinske avdelinger
- noen ungdommer blir innlagt som følge av at alternativt tilbud mangler. (Akutt tilbud til ungdom er under oppbygging i den nye ungdomspsykiatrisk avdelingen.)
- planlagte reinnleggelser når andre enheter ikke har plass
- urolige eldre med demensproblematikk som burde hatt tilbud på en alderspsykiatrisk avdeling.
- omsorgsoppgaver når tilbudet i kommunene en sjelden gang ikke er tilstrekkelig.

Det er i utarbeidet egne inklusjons-/eksklusjonskriterier til bruk ved vurdering av henvisninger.

Det antas ikke å være pasienter som ikke innlegges men som burde fått tilbud.

Helse Bergen:

Isolert sett vurderes det psykiatriske akuttmottaket (PAM) som hensiktsmessig. Overbelegg oppstår som følge av at de subakutte enhetene og DPS-ene ikke er i stand til å ta imot pasienter som ikke bør være i akuttmottaket. Det gir en opphopning av pasienter som venter på overføring, i en urolig enhet og er ikke et tilfredsstillende tilbud.

Det legges også inn pasienter som burde vært overført til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk eller som direkte burde fått tilbud her.

Det er ingen klare inklusjons- eller eksklusjonskriterier utover aldersgrense på 18 år og eldre.

Det kjennes ikke til pasienter som burde hatt tilbud men som ikke får det.

Helse Fonna:

Akutt plassene nyttes til det de er ment. Stort sett ikke pasienter her som burde vært lagt inn andre steder.

De har inklusjonskriterier men ikke absolutte eksklusjonskriterier.

Ingen pasienter avvises pga plassmangel, kun etter faglig vurdering.

Helse Stavanger:

Det legges inn pasienter som burde fått tilbud på DPS-nivå eller kommunalt tilbud. I noen tilfeller også pasienter som burde fått tilbud i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. På grunn av høyt antall henvisninger og stramt belegg kan en ikke alltid tilby pasientene så mye tid som ønskelig.

Akutenhetene har ikke inklusjons- eller eksklusjonskriterier.

Det antas ikke å være pasienter som ikke får tilbud men som burde vært innlagt.

b) DPS-nivå:**Helse Førde:**

Det er øyeblikkelig hjelp tilbud på dagtid på DPS-ene. Ved DPS-enheten i Førde som er lokalisert sammen med sykehusenheten kan de ta imot DPS-pasienter hele døgnet.

Det er et tett kollegafelleskap mellom tilsatte ved sykehusavdeling og DPS-ene og lett å ta kontakt.

Det ingen privatpraktiserende psykiatere i området. Lite samarbeid med private psykologer.

Helse Bergen:

Det er avsatt en time til akutt henvendelser ved poliklinikkene hver dag og det er opprettet et felles akutt-team med arbeidstid fra kl. 08.00 til 22.00.

Det er vaktordning for DPS-ene.

DPS-ene deltar på pasientfordelingsmøter hver dag og det er samarbeidsmøter. Dette kan imidlertid bedres.

Det er en viss dialog med privatpraktiserende spesialister. Det er bl.a. etablert et samarbeidsprosjekt.

Helse Fonna:

Det er til en viss grad opprettet akutte tjenester eller satt av tid til akutte henvendelser ved DPS-ene. Dette varierer imidlertid mellom DPS avhengig av tilgang på kompetanse. Det eksempelvis opprettet et akutt ambulant team ved et av DPS-ene mens andre først og fremst

kan ivareta krisehåndtering av kjente pasienter. Det er behov for å øke legedekningen for å gi bedre akutt beredskap.

Det foreligger samarbeidsavtaler mellom sykehus og DPS.

Det er ikke formelt samarbeid med private spesialister.

Helse Stavanger:

Mindre vekt på øyeblikkelig hjelp og mer vekt på rehabilitering og langtidsbehandling på DPS-ene. Her er Jæren DPS et unntak med større tilgjengelighet for akutte henvendelser og bedre kompetanse enn de øvrige DPS-ene i foretaksområdet.

DPS-ene for øvrig mangler kompetanse for i større grad å kunne ivareta akutt- og krisefunksjoner. Lav personelldekning generelt og særlig mangel på lege- og psykologspesialister er hovedsvakheter ved DPS-ene.

Det er regelmessig samarbeid mellom sykehus og DPS-ene.

Det er ikke formalisert samarbeid med private spesialister.

c) Primærhelsetjenesten

Helse Førde:

Det er noen ganger pasienter innlagt som heller burde hatt et kommunalt omsorgstilbud.

Sogn og Fjordane sliter med stabil legedekning i primærhelsetjenesten og det betyr at de i større grad må lene seg på spesialisthelsetjenesten.

Helse Bergen:

Utskrivning forsinkes i høy grad. Det er 80 pasienter som venter på kommunale tiltak. Noen ligger i subakutte enheter men de fleste er i DPS-ene. De fleste venter på bolig/bofellesskap osv.

Ca 50 % av pasientene kommer via Bergen legevakt. Det hadde vært ønskelig at flere kom via fastlegen og poliklinikkene. Det er et godt samarbeid med fastlegene når pasienter er innlagt.

Helse Fonna:

Utskrivning forsinkes noe pga mangel på tilbud til de dårligste pasientene.

Stort sett fungerer primærhelsetjenesten bra og bidrar lite til å overbelaste akuttkjeden.

Helse Stavanger:

Utskrivning forsinkes noe og manglende tilbud i kommunene medvirker til overbelastning i akuttkjeden. Kommunene får lett tilgang til akuttvurderinger. Fordi bofellesskap i

kommunene ofte ikke har bemanning sen kveld og natt, samt gjerne mangler kompetanse, forekommer det innleggelser akutt som trolig ellers ville blitt håndtert på kommunalt nivå.

d) Tilbud til pasienter med primært rusrelaterte lidelser

Helse Førde:

Det er ikke døgnplasser for tverrfaglig behandling av rusmiddelmisbruk og det er et relativt stort innslag av pasienter med ruslidelser i sengepostene. Dette påvirker samlet kapasitet.

Helse Bergen:

Det er ikke eget tilbud for pasienter med akutte tilstander i foretaket og de private institusjonene tar ikke imot pasienter som trenger akutt hjelp. Det er vilje til samarbeid men det har i praksis vist seg vanskelig å få til hensiktsmessige overføringer til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.

Kapasiteten i akuttkjeden påvirkes av at pasienter med primært rusrelaterte lidelser blir innlagt her i mangel av annet tilbud.

Helse Fonna:

Tilbudet har vært lite koordinert. Det gjøres nå et arbeid for bedre samordning.

Kapasiteten i akuttkjeden påvirkes delvis av at pasienter som burde hatt spesialtilbud innen tverrfaglig behandling for rusmiddelmisbruk blir svingdørspasienter i akuttpsykiatrien.

Helse Stavanger:

Det er godt utbygde psykiatriske ungdomsteam og ambulerende team. Det er imidlertid vansker med å rekruttere leger til fagfeltet.

e) Ressurser, samarbeid og ansvarsdeling

Helse Førde:

Det finnes formalisert samarbeid med kommunene og samarbeidet fungerer godt.

Det er samarbeid om utskrivning.

Ressursfordelinger mellom sykehusnivå og DPS-nivå er tjenelig. Trenger først og styrking av tilbudet til pasienter rusrelaterte lidelser.

Aktuelle tiltak for bedring er akuttplasser barne- og ungdomspsykiatrien og rus samt sengepost for pasienter med psykoseproblematikk.

Det er rutiner for samarbeid med pårørende.

Samarbeidet med politiet er ikke formalisert men går greit.

Helse Bergen:

Det er samarbeidsavtaler med kommunene. Fokuset her har imidlertid vært på utskrivning/overføring av langtidspasienter mer enn på akuttkjeden.

I det opprettede akutt-teamet deltar også representanter for Bergen kommune.

Avtaler og rutiner om oppfølging etter utskrivning foreligger men bør forbedres.

Sannsynligvis må flere ressurser flyttes over på DPS-ene slik at disse settes i stand til å ta imot andre pasienter enn i dag.

Mangel på kapasitet i andre døgnplasser fører til press og overbelegg i akuttpostene. Det er mange akuttinnleggelser via legevakt som ikke kjenner pasientene som henvises.

Det er i varierende grad gode rutiner for samarbeid med pårørende.

Samarbeidet med politiet har vært ad hoc-preget. Det er nå under oppretting et permanent forum etter modell fra Oslo.

Helse Fonna:

Det er avtaler og rutiner for samarbeid, også for utskrivning.

Det er hensiktsmessig ressursfordeling mellom sykehusnivå og DPS.

Det er ikke mangel på døgnplasser som fører til overbelegg eller innleggelse av pasienter i akuttpostene som ikke burde være der.

Det er rutiner for samarbeid med pårørende.

Det er også rutiner for samarbeid med politiet.

Helse Stavanger:

Alle pasienter skrives ut med avtalt oppfølging. Svakheten på kommunalt nivå er bofellesskap med personale på natt.

Alle pasienter med en alvorlig psykiatrisk diagnose får tilbud om å delta i et kunnskapsbasert familiearbeid (familiegrupper). Ved akutt mottakspost er det lav terskel for å ta imot pårørende ved innleggelse. (Det er egne pårørende rom.)

Det er rutiner for samarbeid med politiet.

4. Samlet vurdering og forslag til tiltak:

Overbelegg i de voksenpsykiatriske akuttenhetene og eventuelt for tidlig utskrivning av pasienter som følge av dårlig kapasitet i form av døgnplasser, var utgangspunkt for kartlegging og vurdering.

Gjennomgangen har for Helse Vest vist at akutt-tilbudet i hovedsak fungerer tilfredsstillende innen tre av helseforetakene i den forstand at det ikke er regelmessig overbelegg eller at pasientene skrives ut for tidlig på grunn av mangel på døgnplasser i akuttenhetene.

Utfordringen i disse helseforetakene er ikke knyttet til kapasitet i form av døgnplasser i akuttenhetene men andre sider ved tilbudet.

I Helse Bergen er forholdene ikke tilfredsstillende. Foretaket har slitt med overbelegg og ustrakt bruk av korridorsenger over mange år. Det er også satt inn mange tiltak for å bedre situasjonen men effekten av tiltakene har ikke vært tilstrekkelig til å kompensere for økningen i antall henvisninger. I forbindelse med varsel om pålegg og senere pålegg om å rette forholdene gitt til Helse Vest RHF i mars 2005, ble det laget en ny handlingsplan. Hovedelementene i handlingsplanen er:

- etablering av flere aktive behandlingsplasser ved DPS-ene
- utvikling akutt ambulerende team
- utvikling av bedre rutiner for overføring mellom enheter
- samarbeid om utskrivning med kommunene
- overføring av utskrivningsklare pasienter

Situasjonen er bedret de siste to årene men er fortsatt ikke tilfredsstillende. Årsaken oppfattes imidlertid ikke å være generell mangel på plasser i akuttenhetene.

Problemene er først og fremst knyttet til disse tre forholdene som henger sammen:

- Mange pasienter forblir liggende i akuttenhetene som følge av at andre sykehusenheter og DPS-ene ikke er i stand til å motta pasientene.
- Det er ikke tilstrekkelig kompetanse ved DPS-ene slik at disse samlet fungerer som aktive behandlings- og rehabiliteringstilbud med allmennpsykiatriske tjenester.
- Det er mange utskrivningsklare pasienter særlig i DPS-ene som venter på tilbud i kommunene.

I tråd med at Bergen kommune ferdigstiller flere bofelleskap i 2006 og 2007 er det forventet at mange pasienter kan overføres. Det vil muliggjøre interne overføringer som samlet vil lette presset på akuttmottaket.

Fra Helse Vests side vil hovedutfordringen fremover på denne bakgrunn ikke være knyttet flere akuttplasser men å styrke andre sider ved tjenestetilbudet. (Helse Vest har sammenholdt med landsgjennomsnittet mange døgnplasser.)

Det gjelder særlig DPS-ene som kompetansemessig må settes i stand til å overta flere allmennpsykiatriske oppgaver fra sykehusene, også stor grad av øyeblikkelig hjelp. Det krever mer personell og særlig flere legespesialister. Utdanning og rekruttering av legerspesialister vil således være en særlig prioritert oppgave. Dette vil også gjelde private DPS som Helse Vest RHF har avtale med.

Dette vil i stor grad være et ressurs spørsmål men også spørsmål om å legge til rette for gode utdanningsløp.

I forhold til primærhelsetjenesten er det viktig at kommunene settes i stand til å gi tilbud til utskrivningsklare pasienter. Det er en særlig utfordring i Bergensområdet.

Det er klart ønskelig at kommunene har bedre bemanning og tjenester på natt knyttet til bofellesskapene.

Det er et godt samarbeid med kommunene men dette kan også forbedres. God relasjon til primærhelsetjenesten/primærlegene er viktig.

Det fremgår av kartleggingen at pasienter med primært rusrelaterte lidelser i noen grad innlegges i akuttpostene i psykisk helsevern og beslaglegger kapasitet. Det bør bygges ut bedre kapasitet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelsmisbruk slik at pasienter i større grad kan mottas til avrusning og stabilisering her og at pasienter som er ferdig utredet innen psykisk helsevern kan overføres til egnet tilbud innen tverrfaglig spesialisert tilbud for rusmiddelmisbruk når dette er riktig tilbud.

Oppsummert bør hovedtiltakene rette seg mot:

- styrking av DPS-ene med personell og kompetanse
- utdanning av flere legespesialister/psykiatere
- styrke tilbudet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk
- utvikling av bedre tjenestetilbud i kommunene
- overføring av pasienter som er utskrivningsklare og bør få et kommunalt tilbud

Mye av det pågående utviklingsarbeidet understøtter disse hovedtiltakene. Det vil imidlertid også være behov for en ressursmessig styrking og særlig tiltak for å styrke utdanningskapasiteten for legespesialister.

Helse Vest RHF
HST/24.04.06