

Tittel: Samhandling om øyeblikkelig hjelp – et døgntilbud for personer med psykiske lidelser- og rusproblemer.

Rapport nr: 1 – februar 2019

ISBN nr: 978-82-691588-0-9

Utgitt av: Follo Lokalmedisinske Senter, Vardåsveien 3, 1400 Ski

Telefon: 64 85 61 00

Forfattere: Gro Hege Ludvigsen og Tove Kreppen Jørgensen

Forside: Elizabeth Eriksen

Antall sider: 38

Antall vedlegg: 6

Innhold

Forord	3
1 Beskrivelse og bakgrunn	4
1.1 Begrepsavklaringer	4
1.2 Om Follo Lokalmedisinske Senter (LMS)	4
1.3 Om Akershus Universitetssykehus	5
1.4 Prosjektorganisering	5
1.5 Andre bidragsyttere	6
2 Mål	6
2.1 Målformuleringer fra prosjektmandatet	6
2.2 Avgrensning av evalueringen.	6
2.3 Resultatmål	7
2.4 Effektmål	7
3 Metode	9
3.1 Dataene fra KAD	9
3.2 Dataene fra Follo legevakt	9
3.3 Andre undersøkelser – spørreskjema og fokusgruppeintervju	10
3.4 Dataene fra Ahus Akuttpsykiatri, FAT og ARA	10
3.5 Dataene fra Nedre Romerike KAD	10
3.6 Litteratur	11
4 Resultater pasientdata	12
4.1 Funn KAD	12
4.2 Funn legevakt	16
4.3 FAT-teamets oppfølging på LV og KAD	19
5 Måloppnåelse	20
5.1 Resultatmål 1: - Etablere en struktur med felles lokalisering, prosedyrer og rutiner hvor fagpersonene møtes	20
5.2 Resultatmål 2: Vurdere bruken av totalt antall senger for øyeblikkelig hjelp	21
5.3 Effektmål 1: Kompetanseutvikling	23
5.4 Effektmål 2: Samarbeid og forståelse over forvaltningsnivåene	28
5.5 Effektmål 3: Brukernes behov	30
5.5.1 Brukernes behov på KAD	30
5.5.2 Brukernes behov på legevakt	33
5.6 Referansedata fra Nedre Romerike KAD	34
6 Konklusjon	36
7 Referanser	38

Vedlegg 1 Anonymt kartleggingskjema KAD	39
Vedlegg 2: Henvise til KAD på 1-2-3	40
Vedlegg 3 Kartlegging av pasientenes opplevelse	41
Vedlegg 4 Anonymt kartleggingskjema legevakt	42
Vedlegg 5 EasyQest spørreundersøkelse leger	43
Vedlegg 6: Intervjuguide fokusgruppeintervju.....	47

Forord

Fra 1.1. 2017 ble plikten for kommunalt øyeblikkelig hjelp, utvidet fra myndighetenes side til å gjelde pasienter med psykisk helse og rus problematikk. Dette med hjemmel i Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. Follo kommunene Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski og Ås opprettet i 2016 Follo Lokalmedisinske Senter IKS med kommunalt øyeblikkelig døgntilbud for somatikk og legevakt. Fra 2017 ble kommunalt øyeblikkelig døgntilbud for rus og psykisk helse også lokalisert hit.

Man så i oppstartsfasen at personer innenfor rus og psykisk helse problematikk ofte «falt mellom to stoler» i behandlingsapparatet. På hverdager mellom kl 8-16 kan spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjenesten samarbeide greit. På kveld, natt og helg hvor mange behandlingskontor er stengt, var det store utfordringer. På legevakt måtte ofte pasientene sendes hjem med beskjed om å kontakte tjenestene videre neste virkedag. Dette kunne resultere i at disse personene i en sårbar situasjon ofte ikke maktet å ta kontakt neste virkedag og derfor ikke fikk et videre tilbud.

For å kunne samarbeide bedre over de ulike tjenestenivåene, besluttet kommunene i samarbeid med Akershus universitetssykehus å etablere et samhandlingsprosjekt med mål om å bedre tjenestene til denne brukergruppen. Man valgte da å samlokalisere Follo Akutt Team med legevakt på kveld på hverdager og utviklet et samarbeid der Follo akutt team samtidig følger opp pasientene på KAD med psykiatri og rusproblemer. Med dette la man til rette for at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skulle få en god arena å samhandle på.

Målet med prosjektet har vært mere helhetlige tjenester til brukergruppen rus og psykisk helse.

Prosjektrapporten viser at man har oppnådd gode resultater av samarbeidet. Både pasienter og behandlere gir gode tilbakemeldinger på det tilbudet som gis. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er blitt godt kjent med hverandre og finner gode løsninger for pasientene. Pasientens stemme er viktig i et forbedringsarbeid. I dette prosjektet har vi hatt brukerrepresentant fra landsforeningen for pårørende i prosjektgruppen og pasientene har gitt tilbakemeldinger på behandling på KAD gjennom spørreundersøkelse.

Partene er enige om å ta erfaringene fra prosjektperioden videre inn i regulær drift, i tillegg til å videreutvikle samhandlingen. Dette gjøres ved å vurdere kompetanse på legevakt på de tidene hvor Follo Akutt Team ikke er tilstede, sammen med å vurdere ulike digitale arbeidsmåter for å understøtte samhandlingen.

Prosjektet er så langt man kjenner til unikt i Norge og kan være en modell for hvordan et effektivt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan forbedres og fungere.

Tove Kreppen Jørgensen
Prosjektleder

1 Beskrivelse og bakgrunn

1.1 Begrepsavklaringer

Prosjektet: «Samhandling om øyeblikkelig hjelp - et døgntilbud for personer med psykiske lidelser – og rusproblemer», er et samarbeid mellom Follo Lokalmedisinske Senter ved kommunene Enebakk, Frogn, Nesodden, Oppegård, Ski og Ås, og spesialisthelsetjenesten ved Akershus Universitetssykehus; Follo Distriktpsykiatriske Senter ved Follo Akutt Team og Follo Rus og avhengighet.

Vi bruker følgende forkortelser/betegnelser i rapporten:

Follo LMS = Follo Lokalmedisinske Senter

KAD = Kommunal akutt døgnpost (avdeling ved Follo LMS)

Follo LV = Follo legevakt (avdeling ved Follo LMS)

Ahus = Akershus Universitetssykehus

Follo DPS = Follo Distriktpsykiatriske Senter, (avdeling ved Akershus Universitetssykehus)

FAT = Follo Akutt Team (avdeling ved Follo Distriktpsykiatriske Senter)

ARA = Rus og Avhengighet Follo (avdeling ved Akershus Universitetssykehus).

Prosjektet bygger på de statlige føringene som er hjemlet i § 3-5 tredje ledd i «Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm» (1). Plikten til etablering av kommunale døgntilbud ble innført med Samhandlingsreformen i 2012. Fra 2017 ble pasienter innenfor kategorien rus og psykiatri innlemmet i det kommunale døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp «St.Meld 26. 2014-2015» (2). Dette førte til at høsten 2016 satte Follo kommunene sammen med Ahus ned en arbeidsgruppe for å forberede dette. Kommunene besluttet at akuttsengene for pasientgruppen skulle lokaliseres til Follo LMS og man besluttet å starte et prosjekt for å jobbe videre med samarbeidet på tvers av nivåene.

Prosjektet ble startet februar-mars 2017 og fortsetter ut 2018. Det ble søkt om prosjektmidler våren 2017 og prosjektet fikk i juni 2017 innvilget prosjektmidler fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus 1.450.000,- samt samhandlingsmidler fra Ahus 250.000,-. Totalt 1,7 mill. Det er søkt om en videreføring av prosjektet også inn i 2019 og det er bevilget 339.500,- til dette.

1.2 Om Follo Lokalmedisinske Senter (LMS)

Follo LMS er lokalisert til Ski sykehus. Follo LMS, døgnpost KAD ble åpnet februar 2016 for somatiske pasienter og har fra januar 2017 tatt imot pasienter med rus og psykiatri i henhold til gitte kriterier. Pasienter som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten er ikke aktuelle for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud (KAD). Pasientene henvises til KAD fra fastleger/kommuneleger, legevakt samt fra akuttmottaket Ahus. Ved Follo LMS KAD er det tilstede lege på dag, kveld og helg. Utover dette kan lege tilkalles ved behov.

Follo LMS overtok legevakt-tjenesten for Follo kommunene fra mars 2016. Legevaktsentralen er betjent hele døgnet alle dager i året med sykepleier som gir råd og veiledning til befolkningen. På hverdager henvises pasienter videre til vakthavende lege i de respektive kommuner på dagtid mellom 07-18. Follo Legevakt har åpent for pasienter mandag til fredag fra kl. 18.00 til 07.00. Lørdag, søndag og helligdager er Follo legevakt åpent hele døgnet.

Fra 2019 har Follo LMS åpnet daglegevakt for pasienter i Ås, Frogn og Ytre Enebakk. De øvrige kommunene forsetter med daglegevakt i egen kommune.

1.3 Om Akershus Universitetssykehus

Follo Distriktpsykiatriske Senter (DPS) har ulike avdelinger på to forskjellige adresser i Ski:

- Akutteam (FAT) - Døgn-enheten, og enhet for spiseforstyrrelser: Vestveien 15
- Allmennpoliklinikken, TiRe og enhet for gruppeterapi: Åsenveien 3,

Follo Akutt-Team (FAT) er et tverrfaglig ambulerende team som gir støtte i krisesituasjoner, og et supplerende tilbud til akuttpsykiatrisk avdeling. Teamet tilbyr rask helsehjelp og råd til personer som opplever akutt psykisk krise eller akutt forverring av en kjent psykisk lidelse.

Avdeling rus og avhengighet (ARA) er en del av divisjon psykisk helsevern ved Akershus Universitetssykehus. De er samlokalisert med Døgningenheten til Follo DPS i Vestveien 15. De gir et døgnbehandlingstilbud for personer med avhengighet av ulike rusmidler (legale og illegale) og et døgntilbud til ROP-pasienter (Samtidig Ruslidelse og psykisk lidelse).

1.4 Prosjektorganisering

Prosjektet hadde sitt første oppstartsmøte 16.2.2017. Det ble nedsatt en styringsgruppe og en prosjektgruppe som skulle drive utviklingen av prosjektet videre.

Styringsgruppen:

- Marit Roxrud Leinhardt – Kommunalsjef Ås, Leder
- Anita Nilsen – Kommunalsjef Nesodden
- Jorunn Landbakk – Avdelingsleder Follo DPS
- Aleksander Flaata – ARA til desember 2017

Prosjektgruppen:

- Tove Kreppen Jørgensen (LMS)- Leder
- Gro Hege Ludvigsen (LMS) – Prosjektmedarbeider fra 1.11.2017
- Ole Karlsrud (LMS) – Lege
- Jøri Fredstad – Tillitsvalgt (LMS)
- Rene Gjøg, Oppegård – Virksomhetsleder rus/psykisk helse
- Stig Evensen, Nesodden – Avdelingsleder psykisk helse
- Eva Marie Wathne - Seksjonsleder DPS – FAT
- Saara Rian - Seksjonsleder ARA Follo Døgn
- Irene Svendsen - Brukerrepresentant landsforeningen for pårørende (LPO) fra 1.11.2017

I tillegg til dette ble det etablert en klinisk arbeidsgruppe for å jobbe fram interne rutiner i prosjektet.

Klinisk gruppe:

- Eva Marie Wathne - Seksjonsleder DPS – FAT
- Kjersti Nøkleby Frøysa – Fagutviklingssykepleier KAD
- Turi Bakstad – Fagutviklingssykepleier LV
- Cathrine Kalmer – Avdelingsleder LV
- Marita Kolstrøm – Avdelingsleder KAD
- Gro Hege Ludvigsen - Prosjektmedarbeider

1.5 Andre bidragsytere

Rapporten er skrevet av prosjektmedarbeider Gro Hege Ludvigsen, Follo LMS i samarbeid med prosjektleder Tove Kreppen Jørgensen, Follo LMS. Elizabeth Eriksen, Follo LMS har laget forsiden til rapporten. Alle i prosjektorganisasjonen og mange flere i de samhandlende institusjoner har gitt flotte bidrag underveis i prosjektet.

Vi har fått særlig verdifulle eksterne bidrag fra:

- Arild Stavnes, Prosjektforum: - med strukturering av målformuleringene, gjennomføring av evalueringen og struktur på sluttrapportering.
- Anne Landheim, Forskningsleder/Dr.philos ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse: - innspill til metoder ved evaluering, herunder fokusgruppeintervju og aktuell litteratur.
- Kurt Hetland, Overlege Nedre Romerike KAD: - Datainnhenting fra Nedre Romerike KAD som referanse og kommentarer til årsak, sammenhenger og konklusjoner i prosjektrapporten.

2 Mål

2.1 Målformuleringer fra prosjektmandatet

Prosjektets mål:

- Utarbeide helhetlig pasientforløp for personer med psykisk lidelser – og rusproblemer som trenger øyeblikkelig hjelp/behandling.
- Øke forståelse på tvers av nivåene, for hverandres arbeidsmåter og organisering.
- Gi helhetlige tjenester til denne pasientgruppen.
- Øke kompetansenivået i alle ledd i pasientforløpet.
- Sikre riktig vurderingskompetanse hele døgnet.
- Brukeren skal oppleve at de får den hjelpen de trenger.

Delmål:

Samlokalisere ressursene knyttet mot akutt tjenestene fra Follo LMS og DPS etter kl 17.00.

Resultatmål:

1. Etablere en struktur hvor fagpersonene møtes for vurdering av aktuelle pasienter.
2. Vurdere bruken av totalt antall senger for øyeblikkelig hjelp på tvers av nivåer for å gi helhetlige tjenester for pasientgruppen.
3. Etablere og iverksette felles prosedyrer og rutiner.
4. Etablere felles språk og begrepsbruk.

2.2 Avgrensning av evalueringen.

Målformuleringene for prosjektet er relativt «vide» og som en del av prosessen med evaluering har vi avgrenset og klargjort hvilke problemstillinger som har fått fokus. Vi har delt målformuleringen inn i to typer mål:

- Resultatmål, er det produktet vi planla å skaffe fram. Resultatmål er det samme som prosjektets leveranser.
- Effektmål, er virkningen av at resultatmålet tas i bruk. Effektmål er i prinsippet det samme som formål, hensikt eller gevinst i prosjektet. Effektmålet knyttes til definerte målgrupper.

Resultatmål kan også forstås som de aktiviteter som ble iverksatt for at prosjektet skulle realiseres. Mye av innsatsen i prosjektet har vært rettet mot gjennomføringen av de aktiviteter som skal få samhandlingen til å fungere best mulig. Samhandlingen innebærer i praksis at FAT-teamet kommer til Follo LMS hver ettermiddag på hverdagene. De har kontor plass på legevakt der de følger opp pasientene som trenger akutt hjelp. De konferer også med personalet på KAD om behovet til inneliggende pasienter med problemer knyttet til psykiatri og rus og har samtaler med inneliggende på KAD etter behov. De har anledning til å legge inn pasienter direkte via KAD lege. Samhandlingsprosjektet inkluderer også ARA, men felles lokalisering er ikke aktuelt for ARA og Follo LMS.

Effektmålene måles gjennom registreringen av pasientbehandlingen i prosjektet og gjennom evalueringen som ble igangsatt for å måle effekten av Samhandlingsprosjektet. Målestokken her blir å forsøke å få fram effekten av samhandlingen i forhold til hva som ville vært situasjonen hvis ikke prosjektet var igangsatt.

2.3 Resultatmål

I prosjektet ble det vektlagt følgende resultatmål:

1. Etablere en struktur med felles lokalisering, prosedyrer og rutiner hvor fagpersonene møtes for vurdering av aktuelle pasienter.
2. Vurdere bruken av totalt antall senger for øyeblikkelig hjelp på tvers av nivåer for å gi helhetlige tjenester for pasientgruppen.

2.4 Effektmål

Det ble identifisert tre viktige effektmål og tilhørende gevinsttabeller som viser hvordan effektmålene forsøker måles.

Gevinst-tabell 1. Øke kompetansenivået.

Målgruppe:	Ansatte i Follo LMS*
Gevinst:	Øke kompetansenivået i alle ledd i pasientforløpet*, med vekt på riktig vurderingskompetanse hele døgnet.
Tema	Beskrivelse
Måleindikator.	1. Spørreundersøkelse ansatte ved Follo LMS legevakt og KAD.
Datakilde.	1. Spørreundersøkelse pr. januar/februar 2018. 2. Ny tilsvarende spørreundersøkelse ca. oktober 2018. 3. Fokusgruppeintervju

**Målgruppen for kompetanseutvikling ble avgrenset til å gjelde ansatte på Follo LMS, da kompetanseutvikling i FAT og ARA drives internt i deres organisasjoner.*

Gevinst-tabell 2. Tettere samarbeid.

Målgruppe:	Ansatte i medvirkende virksomheter:
Gevinst:	Å skape et tettere samarbeid over forvaltningsnivåene*: <ul style="list-style-type: none"> • Øke forståelse på tvers av forvaltningsnivåene for hverandres arbeidsmåter og organisering • Utvikle felles språk og begrepsbruk
Tema	Beskrivelse
Måleindikator.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spørreundersøkelse ansatte ved legevakt, KAD, FAT, ARA. 2. Data vedr. innleggelse (fordeling på tid, diagnoser, institusjoner mv.) 3. Sammenligning med Nedre Romerike KAD.
Datakilde. (Hvor data til målingene skal hentes).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spørreundersøkelse ansatte ved legevakt, KAD, FAT, ARA: Oktober 2018. 2. Data vedr. innleggelse (fordeling på tid, diagnoser, institusjoner mv.): Pågår fortløpende. 3. Sammenligning med Nedre Romerike. 4. Fokusgruppeintervju.

* Evalueringen er avgrenset i forhold til kommunene, da det ville blitt for omfattende å se på samarbeidet videre fra Follo LMS og ut i den enkelte kommune.

Gevinst-tabell 3. Helhetlig tjenester til pasientene.

Målgruppe:	Personer med behov for akutt behandling innen rus- og psykiatri.
Gevinst:	Brukerne opplever en akutt-tjeneste utfra sine behov: <ul style="list-style-type: none"> • helhetlige tjenester • behandling på rett nivå • rett tjeneste til rett tid • får den hjelpen de trenger
Tema	Beskrivelse
Måleindikator.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spørreundersøkelse pasienter. 2. Spørreundersøkelse ansatte ved legevakt, KAD, FAT, ARA. 3. Sammenligne tilbudet her med tilsvarende tilbud i Ahus-området: Nedre Romerike KAD.
Datakilde. (Hvor data til målingene skal hentes).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spørreundersøkelse pasienter: Pågår fortløpende. 2. Spørreundersøkelse ansatte ved legevakt, KAD, FAT, ARA: Gjennomføres høsten 2018. 3. Sammenligne tilbudet her med tilsvarende tilbud i Ahus-området (Nedre Romerike KAD): Igangsettes juni 2018. 4. Undersøke om det har ført til endringer for Ahus-akuttpsykiatri at LMS-et er operativt på akutt-innleggelse. 5. Kartlegge hvilke fastleger som legger inn.

3 Metode

Det er i prosjektet benyttet kvantitativ metode: Innsamling av pasientdata og spørreundersøkelser blant deltagerne. I tillegg er det brukt fokusgruppeintervju, som er en kvalitativ metode.

3.1 Dataene fra KAD

Registrering av pasientpågangen på KAD med anonyme skjema ble startet høsten 2017 (Vedlegg 1). På KAD har lege i etterkant av innleggelsene i 2017 kodet de aktuelle pasientene med kode P46 «Kontakt med primærhelsetjenesten». Dermed har man fått et fullstendig og godt pålitelig data-sett for begge prosjektårene på KAD.

Fagforum for KAD har laget en veileder som angir inklusjon og eksklusjonskriterier for pasienter med akutte problemer knyttet til rus og psykiatri «Henvise til KAD på 1-2-3» som gir klare føringer for hvilke pasienter som er aktuelle for innleggelse på KAD (Vedlegg 2).

Mange av pasientene har sammensatte problemstillinger og en del har flere diagnoser. Når det er satt flere diagnoser, har man valgt den «viktigste/dominerende» slik at en diagnose tilsvarer en pasient. Ved reinnleggelser ser man at pasientene kan komme inn med forskjellige diagnoser for samme problemstilling. Diagnosene gir derfor ikke et eksakt bilde av pasientens problemstilling. Noen psykiatri-rus-pasienter har også vært innlagt på KAD med en somatisk lidelse som hovedårsak. Disse innleggelsene er ikke med i regnskapet for innleggelser psykiatri-rus.

Selv om FAT i utgangspunktet deltar i samarbeidet med legevakt på kveldstid, er det ofte kontakt rundt aktuelle pasienter fra KAD på dagtid. Dette skjer oftest ved at KAD-lege ringer og konferer med FAT rundt en inneliggende pasient. Disse henvendelsene blir ikke fanget opp i registreringen i prosjektet.

Spørreundersøkelsen blant pasientene på KAD ble igangsatt våren 2018. Man har fortrinnsvis spurt de pasientene som har vært innlagt i flere dager. Etter nærmere vurdering av evalueringsverktøyet «FIT-Feedback informert tjeneste» som var planlagt brukt i prosjektet, fant man det ikke egnet. FIT-verktøyet er laget for å evaluere en behandlingsrelasjon over et lengre tidsrom. Akuttinnleggelser har en helt annen karakter og vi valgte å bruke et enkelt spørreskjema (Vedlegg 3). Pasientene har fått spørsmål om de vil fylle ut spørreskjema selvstendig, men de aller fleste har valgt å svare i samarbeid med den som intervjuer. Det er i hovedsak prosjektmedarbeider som har intervjuet pasientene, men noen få intervjuer er gjort av sykepleiere på avdeling. Prosjektmedarbeider har ikke i forkant av intervju hatt noen behandlingsrelasjon overfor pasientene.

3.2 Dataene fra Follo legevakt

Registrering av pasientpågangen på legevakt med anonyme skjema ble startet høsten 2017. Skjemaet fikk sin endelige form og tilstrekkelig kvalitet i november 2017 (Vedlegg 4). På legevakt er det så stor pasientpågang at det ikke var aktuelt å forsøke å gå tilbake i tid og registrere i etterkant. Vi har derfor valgt å presentere datamaterialet fra Follo legevakt for november og desember 2017 og samt hele 2018, totalt 14 måneder. På legevakt er det en meget hektisk hverdag og den manuelle registreringen av pasienter på anonyme skjemaer er derfor ikke fullstendig og av og til er skjemaene ikke fullstendig utfylt. 55% av pasientregistreringene er gjort via disse skjemaene. I tillegg har vi brukt pasientregnskapet til å plukke ut pasienter som er kodet med aktuelle diagnoser, dette utgjør 45% av registreringene. I en del tilfeller er pasientene registrert med andre diagnoser enn de aktuelle P-diagnosene, selv om de tilhører vår pasientkategori. Disse fanger vi ikke opp. Fra pasientregnskapet

får vi diagnose, alder, kjønn og kommune, men ikke noe om tilstand ved ankomst og videre plan for pasienten.

Follo LV har åpen telefonlinje hele døgnet og mottar derfor mange telefoner utenom ordinær åpningstid. Disse telefonene blir kodet likt for alle uavhengig av hvilken problemstillingen som innringer henvender seg med. Det er ikke mulig i etterkant å få finne tilbake til de pasientene som henvendte seg på telefon med problemstillinger knyttet til psykiatri-rus og som ikke ble registrert på anonyme skjema. Videre er det slik at pasienter med psykiatri-rus som problemstilling ofte ringer inn flere ganger samme dag. Disse blir oftest registrert som en henvendelse i systemet. Det er derfor mørketall når det gjelder telefonhenvendelsene til legevakt og antallet er større enn det som framkommer i rapporten.

Tidsangivelsen til registreringen av når pasientene kommer til legevakt er basert på tidspunktet da det er satt diagnose. Dette gjøres ofte av lege i etterkant av konsultasjonen. I en del tilfeller har også pasientene ventet lenge før de kommer inn til lege på legevakt. Dette er derfor en mulig feilkilde som betyr at tidsangivelsen av pasientene ofte ligger litt etter i tid i forhold til når pasienten kom til legevakt. Til tross for ovennevnte begrensninger gir dataene fra legevakt et relativt godt bilde på situasjonen og pasientpågangen.

Det ble ikke gjort noen pasientevaluering av legevakt. Når psykiatri-ruspatientene henvender seg til legevakt er de ofte i en akutt alvorlig krise. Det ville ha vært ressurskrevende i en hektisk hverdag med stor pasientpågang å stille disse pasienter spørsmål om deres opplevelse av tilbudet og mange ville være i en slik tilstand at de ikke er i stand til å svare for seg.

3.3 Andre undersøkelser – spørreskjema og fokusgruppeintervju

Anonym spørreundersøkelsene av de ansatte ble gjennomført i 2018. Sykepleiere på legevakt og KAD svarte på spørreskjema to ganger, i januar/februar 2018 med en papirversjon og oktober 2018 med databasert spørreundersøkelse EasyQuest. Leger og ansatte i FAT svarte på spørreundersøkelse EasyQuest i september/oktober 2018. Vedlegg 5 viser spørsmålene til legene, tilsvarende spørsmål (med små variasjoner) er stillet til de andre gruppene. I tillegg til dette er det gjennomført tre fokusgruppeintervju; ett med Prosjektgruppa, ett for KAD og ett for legevakt. Deltagere var representanter for fagprofesjonene i Follo LMS og FAT. Se intervjuguide for fokusgruppeintervjuet til prosjektgruppa (Vedlegg 6). Tilsvarende intervjuguide ble utarbeidet for KAD og legevakt. Fokusgruppeintervjuene er svært omfattende og brukes ikke som helhet, men man har valgt å selektere ut noen funn som er presentert i rapporten.

3.4 Dataene fra Ahus Akuttpsykiatri, FAT og ARA

Ahus Akuttpsykiatri har levert oversikt over innleggelser i 2016, 2017 og 2018 fordelt på Follokommunene. FAT og ARA har levert data over innleggelser og liggedøgn for 2017 og 2018 på deres akuttsenger.

3.5 Dataene fra Nedre Romerike KAD

Tilbudet på KAD med akutt innleggelse av pasienter pga psykiatri-rus ble i Follo startet januar 2017. Derfor har vi ikke mulighet til å analysere effekten av prosjektet i forhold til tidligere år. For å kompensere for dette har vi innhentet data om pasientbelegget ved Nedre Romerike KAD som har et tilbud med 16 KAD senger. Til Nedre Romerike KAD kommer pasienter fra kommunene Lørenskog, Rælingen, Fet, Skedsmo, Nittedal, Sørumsdal og deler av Enebakk. Nedre Romerike KAD gir et tilbud til

48000 flere innbyggere enn Follo KAD og har en kommune mer (Tabell 1). Nedre Romerike KAD har rapportert antall pasienter og antall liggedøgn, samt pasientenes diagnose for årene 2017 og 2018.

Tabell 1. Befolkningsstruktur Nedre Romerike KAD og Follo KAD

	Nedre Romerike KAD	Follo KAD
Befolkningsgrunnlag	168000	120000
Antall kommuner	7	6

3.6 Litteratur

Innføringen av Samhandlingsreformens krav om å tilby et øyeblikkelig hjelp tilbud for psykiatri og rus-pasienter er nytt i 2017. Det vil derfor være begrenset med publisert forskning som foreligger om kommunalt døgnbasert akutt-tilbud for psykiatri- og ruspasienter på kommunalt nivå. Dette Samhandlingsprosjektet er ikke et forskningsprosjekt og man har ikke gjennomført litteratursøk på fagområdet mer generelt.

Helsedirektoratet har utarbeidet veiledere for gjennomføringen av Samhandlingsreformen (3). Her anbefales at det akutte kommunale tjenestetilbudet for psykiatri og rus-pasienter etableres i sammenheng med eksisterende tjenestetilbudet som er etablert for de somatiske pasientene. Rapporten «Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017» (4) viser at 86 % av kommunene har valgt å integrere tilbudet i det eksisterende døgntilbudet for pasientgruppen. 14 % av kommunene har valgt å etablere et eget døgntilbud. Mange kommuner har gjort som Follo og etablert tilbudet gjennom interkommunalt samarbeid. Relevante tall fra hele landet om gjennomføringen av reformene, er brukt i drøftingene i denne rapporten.

I føringene fra Helsedirektoratet (3) angis det at akutt-tilbudet til psykiatri og ruspasientene skal styrkes og videreutvikles, og innføringen av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold for denne gruppen, ansees ikke som en oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, men et nytt tilbud. Det er et mål at pasienten skal få et så godt lokalt tilbud at man til en viss grad forebygger innleggelse i spesialisthelsetjenesten.

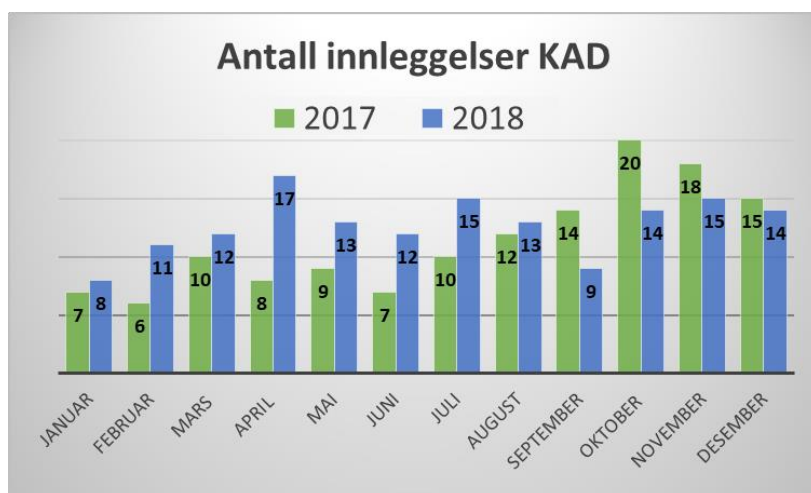
Rapporten «Etablering av KAD bidrar til færre sykehusinnleggelse og gode pasientforløp» (5) har sett på erfaringene fra Ahus sine samarbeidskommuner i Akershus i 2017. De konkluderer med at spesielt innenfor psykiatri og rus innebærer tilbudet et nytt nødvendig tilbud. Rapporten peker også på behovet for å gjøre tilbudet bedre kjent, og viser til at bruken av KAD-plassene også må benyttes til forebyggende virksomhet – som et tiltak for å unngå innleggelse.

Nytt i 2019 blir innføring av «Psykiske lidelser – pakkeforløp voksne» (6) og pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (7). Pakkeforløpet starter når øyeblikkelig-hjelp-situasjonen vurderes som avsluttet og pasienten vurderes som klinisk stabil, og det er behov for videre utredning og/eller behandling i spesialisthelsetjenesten.

4 Resultater pasientdata

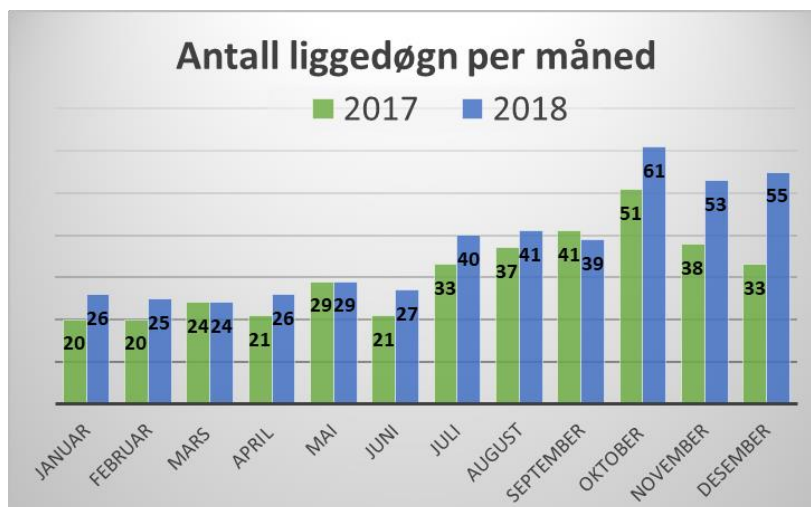
4.1 Funn KAD

Antall innleggelser av psykiatri-rus-pasienter på KAD i 2017 og 2018 er 289. I 2017 var det 136 innleggelse med til sammen 366 liggedøgn. I 2018 har dette økt til 153 pasienter med 448 liggedøgn. Til sammen for de to årene blir det 814 liggedøgn. I forhold til det det normerte antall på 14 senger, hvorav 1,5 seng er tiltenkt psykiatri-rus-pasienter, så er antall liggedøgn godt i tråd dette. Det totale pasientbelegget (både somatisk og psykiatri-rus) på KAD var henholdsvis 62%.



Figur 1 viser utviklingen i antall innleggelser på månedsbasis.

Antall liggedøgn på KAD for psykiatri og rus utgjør henholdsvis 10,5% i 2017 og 14,4% i 2018 av totalt antall liggedøgn. I hovedsak får de fleste psykiatri-rus-pasientene plass, unntaksvis avvises det pasienter grunnet full avdeling. Ser vi på utviklingen i antall innleggelser og antall liggedøgn (Figur 1 og Figur 2), så har både antall innleggelser og antall liggedøgn økt gjennom prosjektperioden.

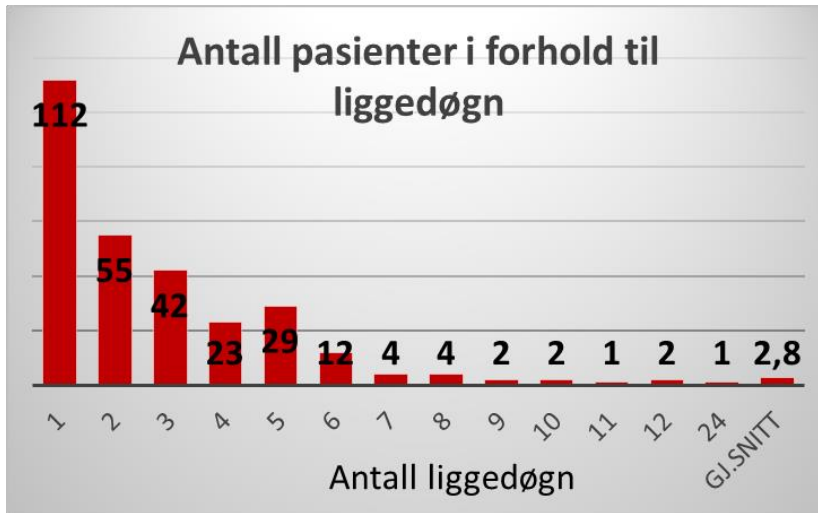


Figur 2 viser utvikling i antall liggedøgn på månedsbasis.

Det har vært lagt inn 180 forskjellige personer pga psykiatri og rus disse to årene. Av dette var 101 kvinner og 79 menn. 38 personer har vært innlagt mer enn en gang, noen av dem flere ganger. Noen har også vært innlagt tidligere med andre somatiske diagnoser.

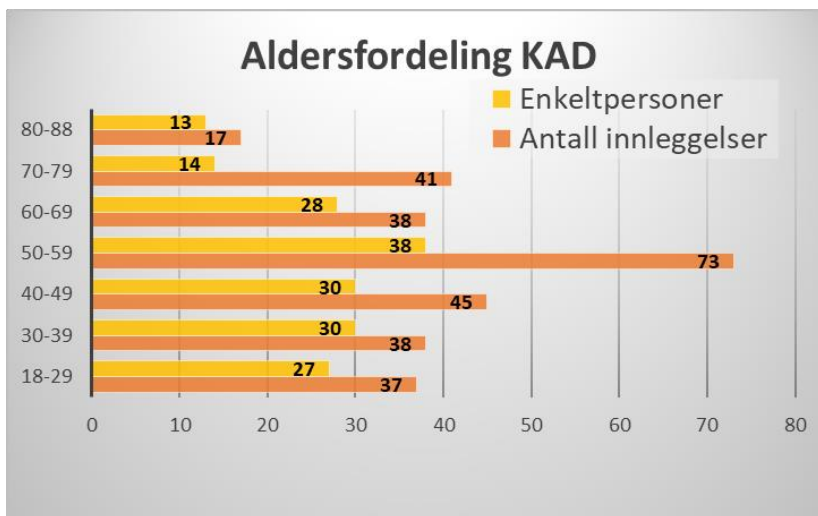
Ved hyppige innleggelser har man i samarbeid med FAT og behandlere i kommunen gjort en vurdering av om akuttinnleggelse på KAD er en behandling til hjelp for pasienten. Dermed har noen av pasientene blitt avvist på KAD og i stedet fått tilbud om tilpasset tjeneste i egen kommune. For andre pasienter gir det en god avlastning med noen dagers akuttinnleggelse på KAD når fastlege og legevakt ser behovet. Det er lagt vekt på en individuell tilpasning, der samarbeidet rundt pasienten er viktig. Under innleggelsen på KAD har man arbeidet aktivt med at pasienten skal få et riktig tilbud etter akuttinnleggelsen på KAD og man har fokusert på behovet for videre oppfølging i hjemkommunen.

«Status for kommunalt døgntilbud 2017» (4), viser at andelen pasienter innlagt i kommunale døgntilbud med diagnoser innen psykiatri og rus var 6%. Ved Follo KAD var tilsvarende tall 13%, vel dobbelt så høyt som landsgjennomsnittet.



Figur 3 viser antall liggedøgn per pasient.

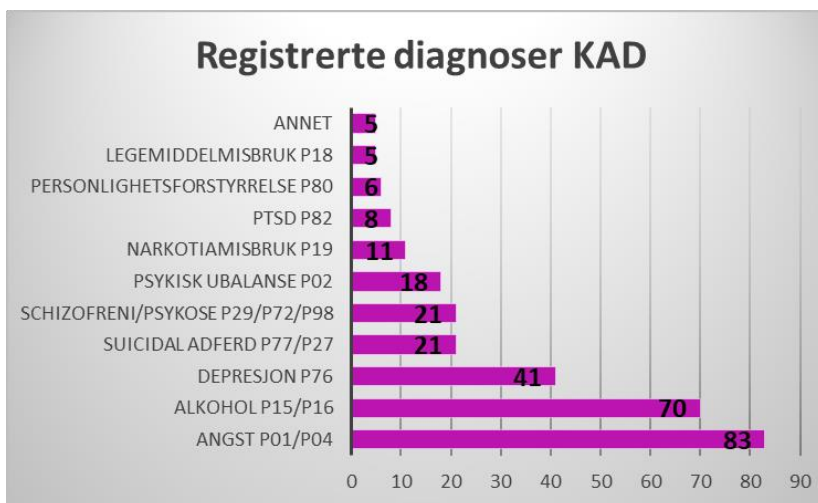
Ca 40% har vært innlagt ett døgn. Disse pasientene er ofte innlagt fra Follo legevakt på kveld og natt og de reiser hjem neste dag. Vel 50% av pasientene har vært på KAD 2-6 døgn. Et fåtall ligger en uke eller lenger (Figur 3). Gjennomsnittlig antall liggedøgn er 2,8, median er 3 og for KAD-et som helhet er gjennomsnittet 3 døgn.



Figur 4 viser aldersfordeling for de personene som har vært innlagt og i aldersfordelingen for antall innleggelser.

Aldersfordelingen på enkeltpersoner viser en relativ jevn fordeling mellom aldersgruppene under 70 år. Det er færre innleggelser pga psykiatri-rus blant personer over 70 år (Figur 4). Tallet for antall innleggelser viser at personer mellom 50 og 59 år

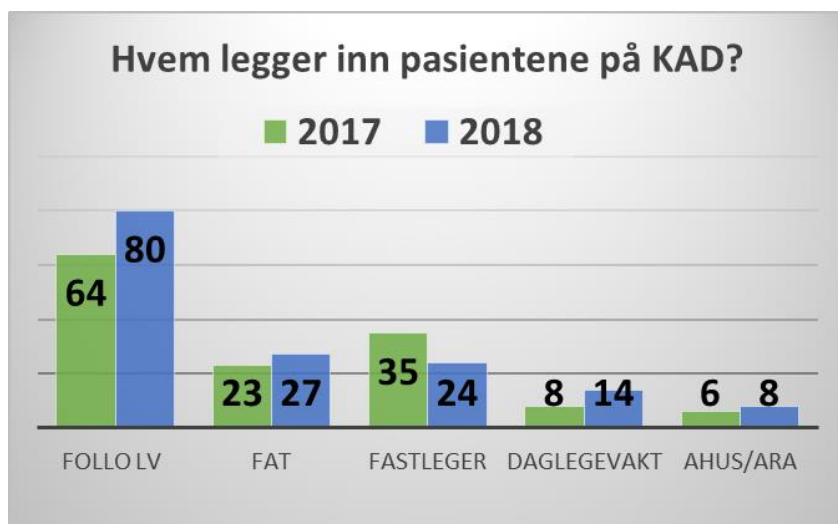
er dominerende. Flere i denne aldersgruppen er innlagt flere ganger. Psykiatri-rus-pasientene som legges inn på KAD er gjennomgående yngre enn somatiske innlagte pasientene. 2/3 av de somatiske pasientene som ligger på KAD er over 70 år.



Figur 5 viser registrert diagnose på de som har vært innlagt.

Flest pasienter (67%) legges inn på grunn av angst, alkohol og depresjon (Figur 5). Diagnoser knyttet til suicidal adferd har blitt vurdert til en mindre risiko for suicid. Hvis vi sammenligner de aktuelle diagnosene, med kriteriene i «Henvise til KAD på 1-2-3» (Vedlegg 2), ser vi at det er et godt samsvar mellom de

pasientene som var tiltenkt å komme til KAD og de som faktisk har kommet til KAD. Mange av disse pasientene fikk ikke tidligere noe tilbud om innleggelse.



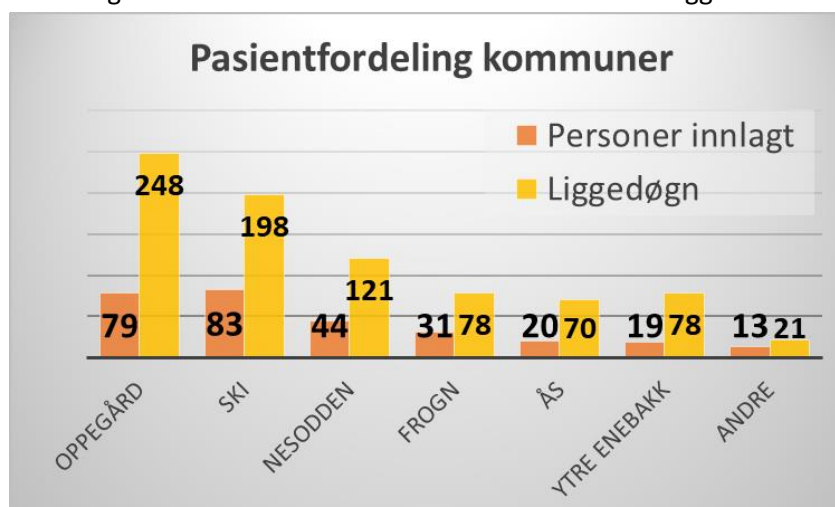
Figur 6 viser hvem som legger inn pasientene pga psykiatri-rus.

Follo Legevakt legger inn ca 50% av pasientene som kommer til KAD. Fastleger og kommunal daglegevakt legger inn 28%. FAT legger inn 17%. 5% kommer fra Ahus/ARA til KAD (Figur 6). Man har gått gjennom dataene og sett på variasjonen mellom

kommunene og hvilke fastlegekontor som legger inn pasienter. Det er forskjell både mellom kommuner og mellom fastlegekontor. Man ser at de kommunene med «solo»-praksis og mindre fastlegekontor har brukt tilbudet i mindre grad enn kommuner med større fastlegekontor. Fra 2019 overtar Follo LMS ansvaret for å drive daglegevakt for flere av kommunene med mindre fastlegekontor. Det blir interessant å se om dette vil påvirke antallet psykiatri-rus-pasienter som får tilbud om et akutt opphold på KAD. Vi ser også en forskjell mellom de større fastlegekontorene, der noen bruker tilbudet aktivt, andre i liten grad. En mulig tolkning av dette er at kjennskapen til psykiatri-rus på KAD og gode erfaringen fra disse innleggelse, sprer seg blant fastlegene på ett felles kontor. «Status for kommunalt døgntilbud 2017» (4), viser at 70% av innleggelsene av pasientgruppen på landsbasis er fra legevakt. Man har således en lavere andel av innleggelser fra legevakt på Follo LMS KAD.

Figur 7 viser pasientfordelingen mellom kommunene.

Oppegård har flest liggedøgn mens Ski har hatt flest personer innlagt. Det er 13 pasienter fra andre kommuner, dette er i hovedsak pasienter som kommer fra LV (Figur 7).

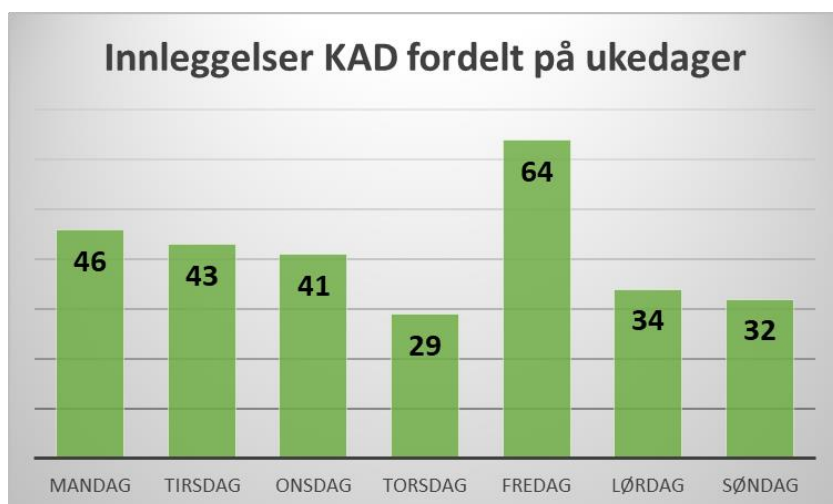


Tabell 2. viser fordeling av folketall og antall liggedøgn per kommune.

Kommune	Fordeling av folketall* %	Fordeling av antall liggedøgn %
Ski	26	25
Oppegård	23	31
Ås	16	9
Nesodden	16	16
Frogn	14	10
Ytre Enebakk	5	10
Total antall	100	100

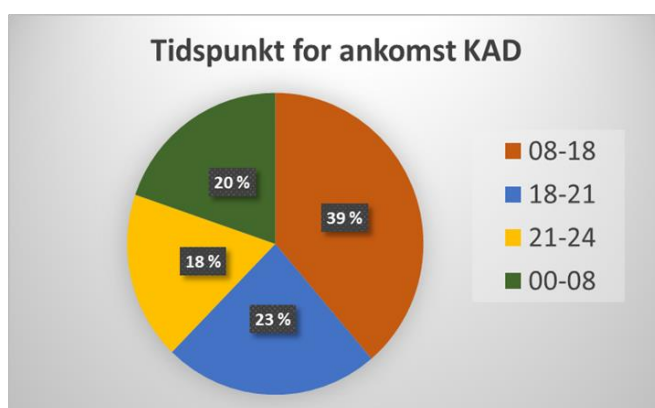
* i henhold til Selskapsavtalen for Follo LMS

Tabell 2 viser at Oppegård og Enebakk har brukt tilbudet i størst grad i forhold til folketallet.



Figur 8 viser fordeling av innleggelser på ukedager.

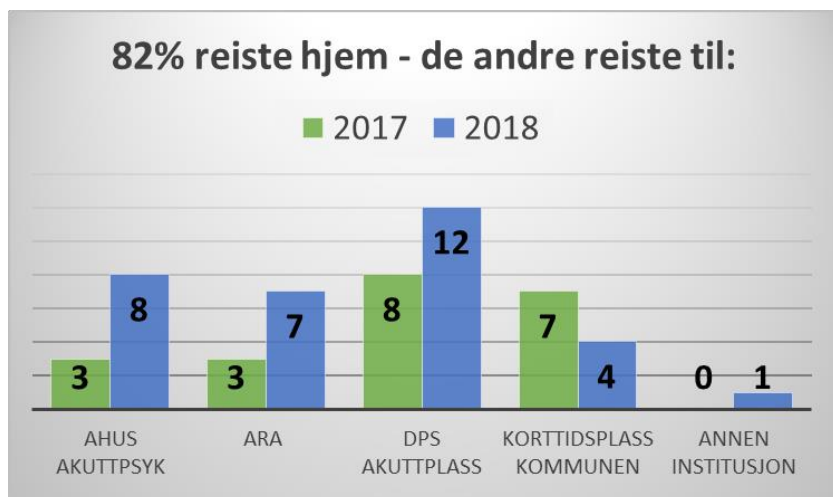
Fredag utmerker seg med flest innleggelser. Det er flere innleggelser på hverdager enn i helgene (Figur 8). Deler man opp tidspunkt for innleggelse mellom hverdag og helg inkludert helligdager, så kommer 67% av innleggelserne mandag til fredag (dagtid). 33% kommer fredag kveld, helg og helligdager.



Figur 9 viser tidspunkt for når pasientene kommer på avdelingen.

Flest pasienter kommer på dagtid, men en like stor andel (38%) kommer på kveldstid etter kl 21 og natt. I det tidsrommet FAT er på Follo LMS, legges det inn 23% av pasientene på KAD (Figur 9).

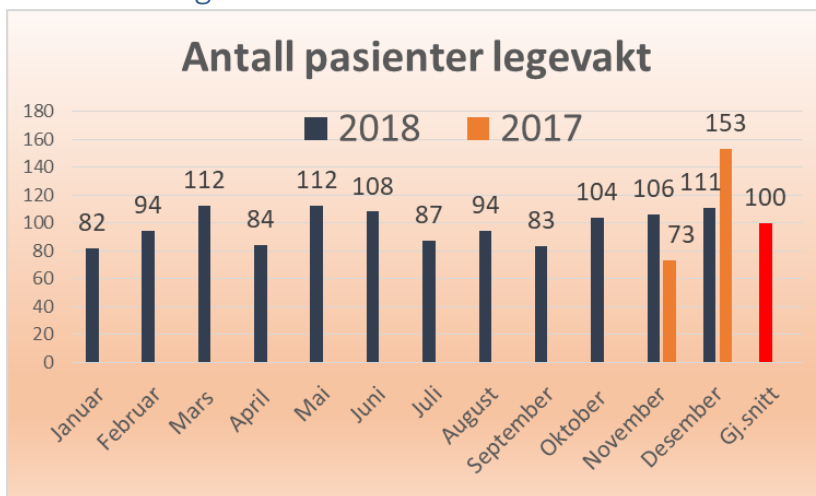
Figur 10 viser hvor pasienter har reist etter innleggelse KAD.



Hovedtyngden av pasientene (82%) med innleggelse for psykiatri-rus, reiser hjem etter et akutt opphold på KAD. 20 pasienter reiser til akutt plass på DPS. Noen av de som reiser videre til DPS akutt plass er i utgangspunktet lagt inn på KAD av FAT i påvente av ledig akutt plass på DPS (Figur 10). Av de 10 pasientene som reiser til ARA er noen innlagt på KAD i påvente av ledig akutt plass på ARA.

Noen personer uten tidligere oppfølging i psykiatrien, viser seg ved innleggelse KAD å ha alvorlig psykiske lidelser. Disse får oppfølging av spesialisthelsetjenesten etter en akuttinnleggelse på KAD.. Det er en liten andel (3 %) av det totale pasientbelegget som må videre fra innleggelse på KAD til innleggelse Ahus Akuttpsykiatrisk. Disse pasientene har ofte vært innlagt KAD fra legevakt med lettere psykose. Pasientene må videre til Ahus Akuttpsykiatrisk oftest fordi psykosen har utviklet seg over natten og KAD viser seg å ikke være et riktig behandlingsnivå for pasienten. 10 pasienter fortrinnsvis de eldre, har reist fra KAD til korttidsplass i kommunen. Disse har gjerne vært innlagt på KAD med angst og depresjon. «Status for kommunalt døgntilbud 2017» (4), angir på landsbasis at (67%) av pasientgruppen reiser hjem. Ved Follo KAD reiser en høyere andel hjem (82%). På landsbasis reiser noen flere videre til spesialisthelsetjenesten (18%) enn ved Follo KAD (14%).

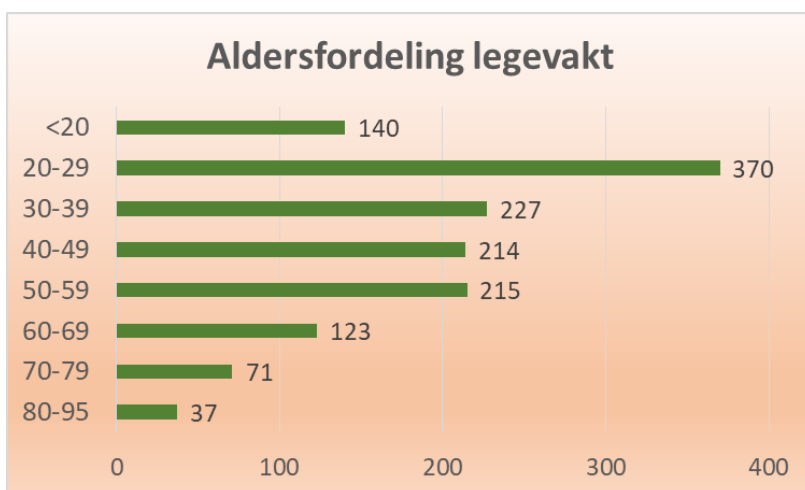
4.2 Funn legevakt



Figur 11 viser antall registrerte pasienter på Follo Legevakt på månedsbasis.

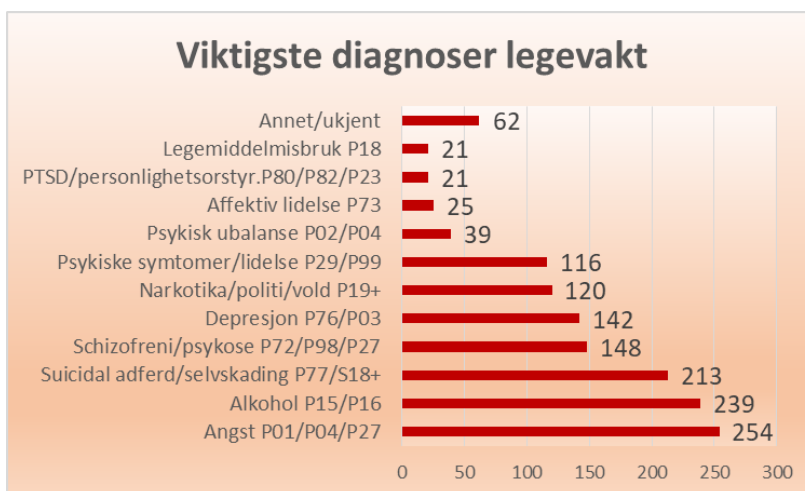
Antall registrerte henvendelser fra pasientgruppen psykiatri-rus til Follo Legevakt i 2018 var 1177. Det var en jevn kjønnsfordeling 51% kvinner og 49% menn. Totaltallene viser i gjennomsnitt 100 pasienter per måned (Figur 11). Det reelle tallet er noe

høyere da man ikke fanger opp alle. Om lag 15% av de registrerte henvendelsene kom kun på telefon, mens ca 85% av de registrert pasientene oppsøkte legevakt. Den reelle andelen som ringer inn er noe høyere pga mørketall. Mange ringer inn når de har tanker om å ta sitt eget liv og dette er krevende samtaler for personalet som tar tid å følge opp.



Figur 12 viser aldersfordelingen blant de som søker akutthjelp på Follo Legevakt for psykiatri-rus.

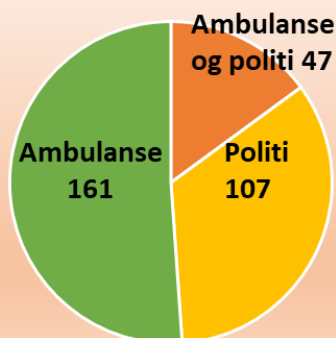
Det er flest pasienter blant de unge, særlig gruppen 20-29 år, i tillegg er det en del unge under 20 år. Antallet 30-60 relativt stabilt. Det er få eldre pasienter som søker legevakt pga psykiatri-rus (Figur 12). De fleste eldre som kommer til legevakt gjør det primært på grunn av somatiske lidelser.



Figur 13 viser diagnose på pasientgruppen som kommer til legevakt.

Flest kommer til legevakt fordi de sliter med angst og alkohol. Det kommer flere inn med suicidal adferd, selvskading og psykose (Figur 13). En del pasienter har flere diagnoser og det er ofte sammensatte problemstillinger som tar tid å avklare riktig behandlingsnivå.

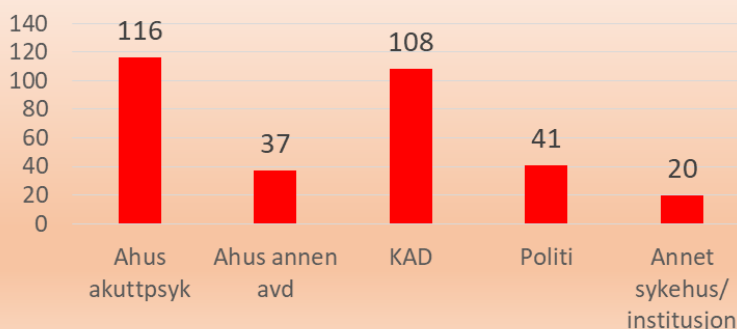
Ca 40% kommer inn med offentlig hjelp



Figur 14 viser andelen av pasienter som kom til legevakt med assistanse.

Personer som er involvert i narkotika, blandingsmisbruk, vold og kjøring i beruset tilstand, er en betydelig gruppe som ofte kommer til legevakt med politiet. 320 personer ca 40% kom inn på legevakt med assistanse av ambulanse eller politi (Figur 14). Vel halvparten kom i ambulanse og den andre halvparten kom inn med politi. For en del pasienter var det nødvendig med både politi og ambulanse. Disse pasientene har ofte en truende adferd og det er forhøyet risiko for vold.

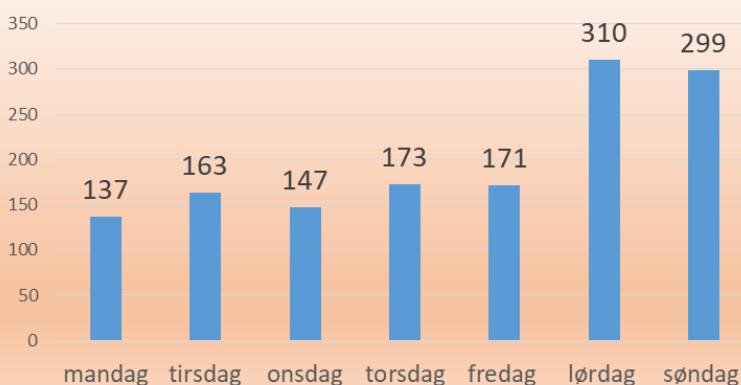
Innleggelser og videre transport etter legevakt



Figur 15 viser hvor pasientene reiste etter legevakt.

Ca 50% av de som kom til legevakt reiste hjem, men en høy andel ble lagt inn på sykehus eller drar med politi (oftest til arrest). Flest pasienter ble lagt inn på akutt-psykiatrisk Ahus eller på annen somatisk avdeling, oftest til avrusning. Pasientene som legges inn på Ahus Akuttpsykiatrisk er ofte psykotiske eller blir vurdert til å ha høy risiko for suicid. Mange pasienter legges også inn på KAD (Figur 15).

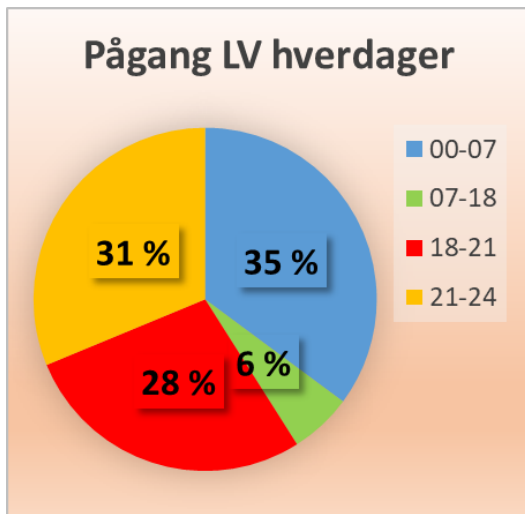
Fordeling av pasienter på dager



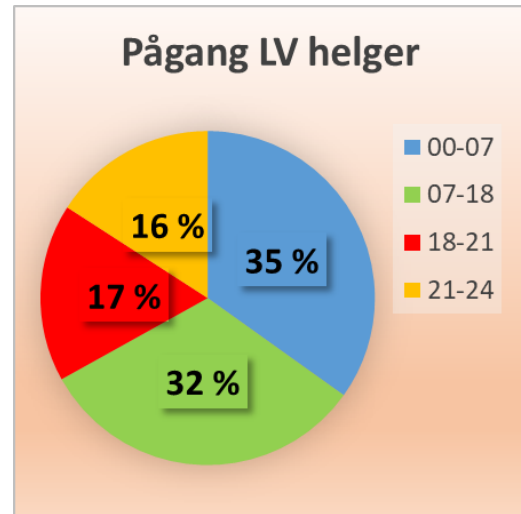
Figur 16 viser pasientpågang fordelt på ukedager.

Det er et relativt jevnt antall av de registrerte psykiatri-rus pasienter som henvender seg til Follo legevakt på ukedagene, men flest kommer på lørdag og søndag (Figur 16).

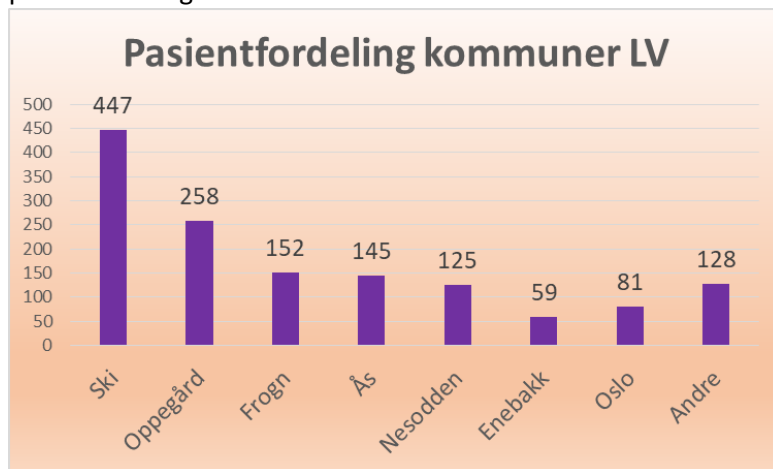
Figur 17 Tidspunkt for pågang hverdag.



Figur 18 Tidspunkt for pågang helg.

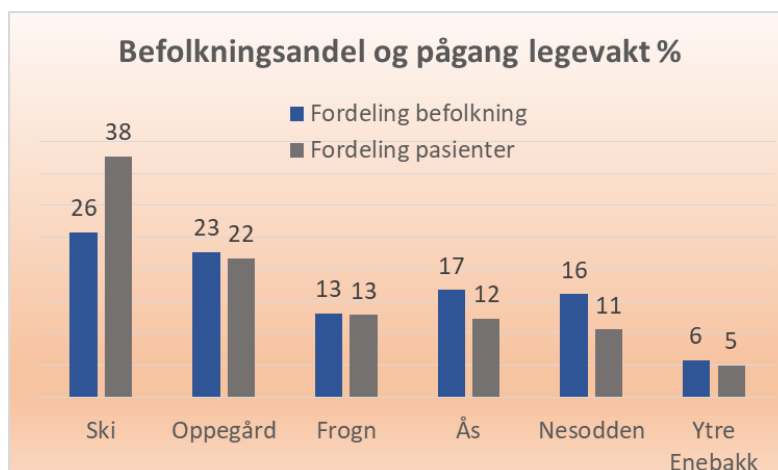


Flest psykiatri-rus-pasienter kommer til Follo legevakt på sen kveld og natt både hverdager og helg. Figur 17 og Figur 18 viser fordelingen gjennom døgnet. FAT er til stede på hverdage mellom 18-21 og på hverdage kommer 28% av pasientene i dette tidsrommet. Om man kun ser på «tidsvinduet» da FAT er til stede på legevakt i forhold til totalt antall pasienter, så kommer 14% av psykiatri-rus-pasienter til legevakt når FAT er til stede.



Figur 19 viser antallet registrerte pasienter på legevakt fra november 2017 og ut 2018 (totalt 14 måneder) fordelt på kommuner.

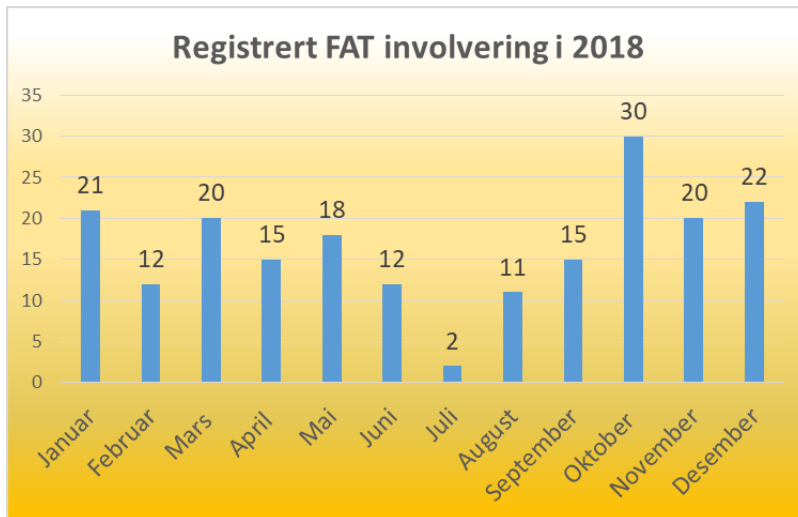
En stor andel pasienter kommer fra Ski fulgt av Oppegård, Frogn og Ås. Det kommer mange pasienter fra Oslo og andre kommuner til legevakt (Figur 19).



Figur 20 viser prosentvis fordeling av befolkningen i Follo og prosentvis fordeling blant de som kontakter legevakt.

4.3 FAT-teamets oppfølging på LV og KAD

Vi har registrert 200 oppfølginger fra FAT i 2018. 54% av oppfølgningene er gjort på KAD og 46% på legevakt. I tillegg til dette kommer telefoner mellom KAD-leger og FAT om behandling og videre plan for inneliggende pasientene. FAT kommer også til KAD på dagtid for samtale med inneliggende pasienter. Pasienter har også reist til DPS poliklinisk for en vurdering mens vedkommende er inneliggende KAD og for en del pasienter som reiser hjem, er det planlagt poliklinisk oppfølging av FAT på DPS. Kontakten med FAT rundt pasientene er derfor større en det som framkommer av våre registreringer.



Figur 21 viser registrerte FAT-involveringer i 2018.

I 2018 er det forskjell på aktivitet pr måned. I juli hadde FAT sitt kveldsteam ferie, de to involveringene var da på dagtid (Figur 21). I snitt ligger FAT på en registrert involvering på ca 3,5 de hverdagene de er på jobb. Det har vært en utvikling under veis med en økning i oppfølgingen. I 2017 er datagrunnlaget mangelfullt for legevakt og vi presenterer

derfor ikke totaltall for dette året. Hvis vi ser på registrerte FAT-involveringer på KAD i 2017 har vi registrert 50 oppfølginger i form av innleggelser, samtaler med inneliggende pasienter og planlagte polikliniske oppfølginger i etterkant. I 2018 er antallet mer enn fordoblet da vi har 109 slike enkeltoppfølginger på KAD. Det er en utvikling på KAD med fordoblet involvering av FAT i 2018 i forhold til 2017.



Figur 22 viser registrert FAT-involvering på KAD og legevakt i 2018.

FAT har hatt flest samtaler på KAD, dette utgjør 40% av all registret aktivitet (Figur 22). Noen pasienter får en samtale som avklarer status og videre behov, men pasienter med behov for spesialistoppfølging som ligger på KAD, får ofte tett oppfølging med flere samtaler. 25% av registrert aktivitet er

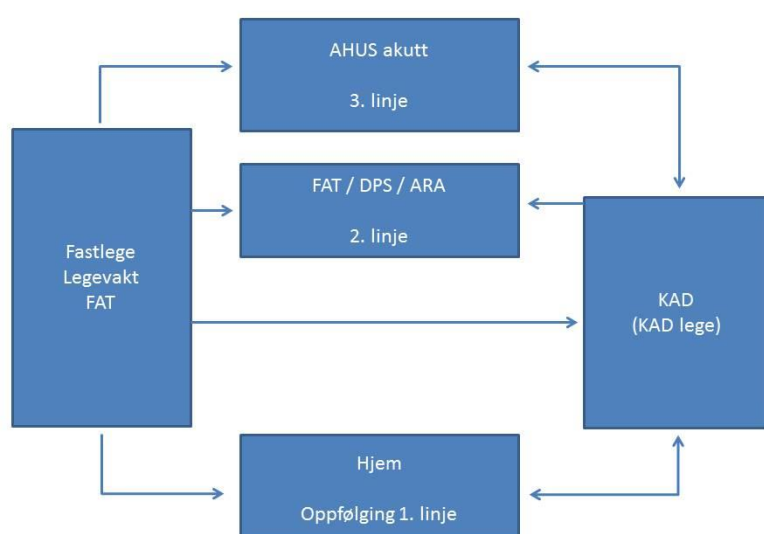
samtaler med pasienter via legevakt. FAT har vært delaktige i innleggelse av 7 personer på Ahus akuttpsykiatri. Dette er 8% av de registrerte akuttinnleggelsene fra LV til Ahus.

5 Måloppnåelse

5.1 Resultatmål 1: - Etablere en struktur med felles lokalisering, prosedyrer og rutiner hvor fagpersonene møtes

Det viktigste resultatmål var å etablere en struktur med felles lokalisering, prosedyrer og rutiner der fagpersonene møtes for å gi psykiatri-rus-pasienten et helhetlig behandlingstilbud. Forståelse av hvordan de ulike aktørene samhandler rundt pasienten er viktig. Bildet under illustrer pasientflyten mellom aktørene. Alle flaskehalsar i pasientflyten ble kartlagt og det ble laget prosedyrer for hvordan aktørene best mulig samhandler, disse prosedyrene er evaluert underveis i prosjektet og justert etter behov. Videre ble behandlingstilbudet i den enkelte kommune kartlagt i starten av prosjektet.

Bilde 1 Pasientflyten mellom aktørene som samarbeider i prosjektet.



Det er gjennomført 6 møter i styringsgruppen og 14 møter i prosjektgruppen i 2017 og 2018. I tillegg til dette kommer mange møter i klinisk gruppe. Det har vært gjennomført 2 fagdager ved Follo LMS i 2017 og 2 i 2018 der psykiatri og rus har vært hovedtema. Alle ansatte har tatt kurs i kartlegging av fare for suicid og de har deltatt i sikkerhetskurs arrangert av Verge. I tillegg ble det lagt vekt på at kompetanseoverføring gjerne skjer når man samarbeider om pasientoppfølgingen.

For å oppnå dette har ofte sykepleier deltatt i samtaler med pasientene sammen med KAD. Man har også lagt til rette for at partene kan hospitere hos hverandre.

Informasjonen i prosjektet: Det ble gitt informasjon ut i organisasjonene ved oppstart i prosjektet og avholdt innlegg på ledelsesutvalget mellom kommunene og Ahus - LSU. I tillegg er det ved to anledninger sendt ut informasjon til fastleger via kommuneoverlegene. Resultater fra prosjektet er presentert to ganger i samarbeidsmøter med de kommunale «bestillerkontorene». Det ble laget 4 «Prosjektnytt» med informasjon fra prosjektet. Prosjektet har hatt et presseoppslag i to lokalaviser. Det har vært informert og holdt foredrag om prosjektet i følgende forum:

- Styringsgruppeleder - Hurdalsseminaret - desember 2017.
- Prosjektleder – Strategiseminar for kommunene og Ahus – april 2017.
- Prosjektleder – Samarbeidsutvalget for fastleger (SU) – 2018.
- Prosjektmedarbeider – Ledersamarbeidsforum (LSF) mellom kommunene og DPS Follo – februar 2017.
- Prosjektleder og prosjektmedarbeider - Erfaringsseminar KAD-forum – september 2018.

Vurdering av måloppnåelse: Prosjektet har i stor grad lyktes med å etablere en struktur med felles lokalisering, prosedyrer og rutiner der fagpersonene møtes for å gi psykiatri-rus-pasienten et helhetlig behandlingstilbud.

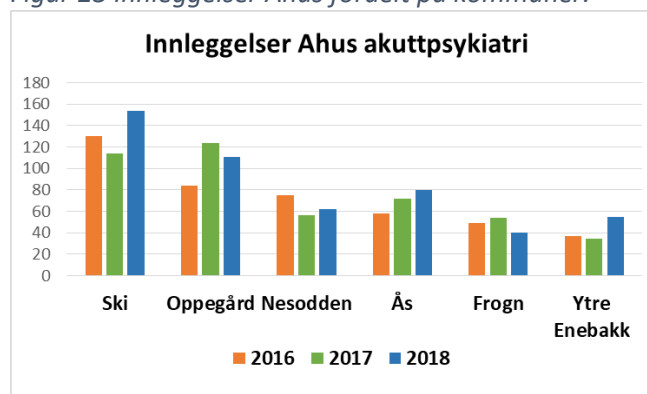
5.2 Resultatmål 2: Vurdere bruken av totalt antall senger for øyeblikkelig hjelp

Det er ett resultatmål i prosjektet å vurdere bruken av totalt antall senger for øyeblikkelig hjelp på tvers av nivåer. Som grunnlag for dette har vi innhentet data på innleggelser fra Ahus avdeling Akutt-psykiatri, ARA Follo (Rus og avhengighet) og Follo DPS sin «kriseplasser».

Tabell 3. Antall innleggelser på Akuttpsykiatrisk avdeling Ahus.

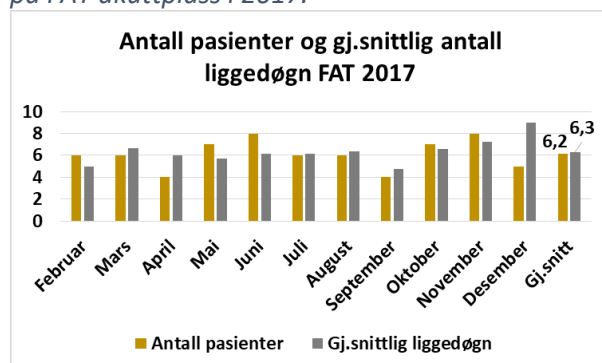
	2016	2017	2018
Ski	130	114	154
Oppegård	84	124	111
Nesodden	75	56	62
Ås	58	72	80
Frogn	49	54	40
Ytre Enebakk	37	34	55
SUM	433	454	502

Figur 23 Innleggelser Ahus fordelt på kommuner.

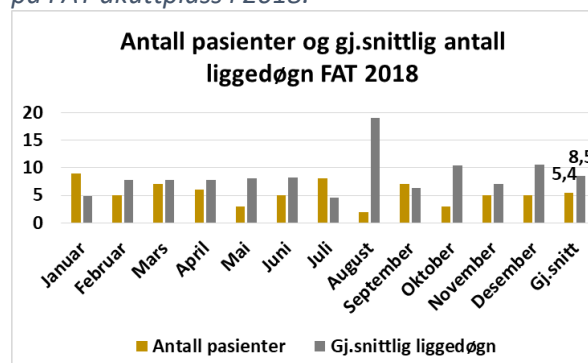


Innleggelser ved Ahus Akuttpsykiatri er for de aller sykeste pasientene som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten. Vi ser av Tabell 3. at det på Ahus har vært en tendens til økning i antall innleggelser fra 2016 til 2018, antallet fra de forskjellige kommunene varierer litt fra år til år. En liten andel (3%) av pasientene som har vært innlagt på KAD har måttet sendes videre til Ahus Akuttpsykiatri, men de som legges inn på KAD er de som tilbudet var planlagt for og det kommer ikke som en erstatning for innleggelse på Ahus. Antall innleggelsene på Ahus fordeler seg mellom Follokommunene omtrent proporsjonalt med antall innbyggere i kommunene (Figur 23).

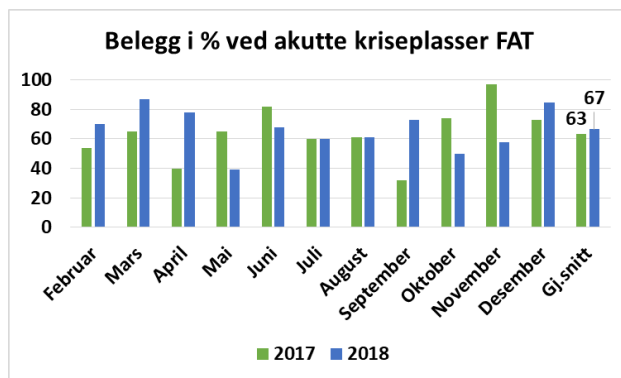
Figur 24 Antall pasienter og gj.snittlig liggedøgn på FAT akuttplass i 2017.



Figur 25 Antall pasienter og gj.snittlig liggedøgn på FAT akuttplass i 2018.



Follo DPS (ved FAT) har to senger tilgjengelig som kriseplass. Vi ser av Figur 24 og Figur 25 at antall pasienter innlagt per måned på kriseplass varierer fra 2 til 8. Pasientene ligger i gjennomsnitt 6,3 døgn (i 2017) og 8,5 døgn (i 2018). Det er variasjoner fra måned til måned, særlig i 2018. Det totale antallet innleggelser på kriseplass var 74 i 2017 og 65 i 2018. Gjennomsnittlig beleggsprosent er likevel noe høyere i 2018, 67% mot 63% i 2017. Beleggsprosenten varierer mye mellom måneder, fra 39% til 87% (Figur 26).



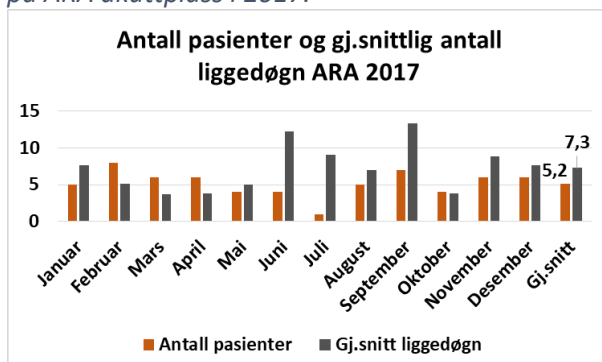
Figur 26 Belegget i % av antall plasser per måned.

Når man kun har to kriseplasser, vil det (selv om beleggsprosenten totalt ikke er så veldig høy) innimellom være et behov for FAT å legge inn flere pasienter enn det er kriseplasser til. I slike tilfeller legger FAT inn pasientene på KAD og følger dem opp der. De aller fleste pasientene som kommer til KAD på slike vilkår er godt fornøyd med dette tilbudet. Men det er

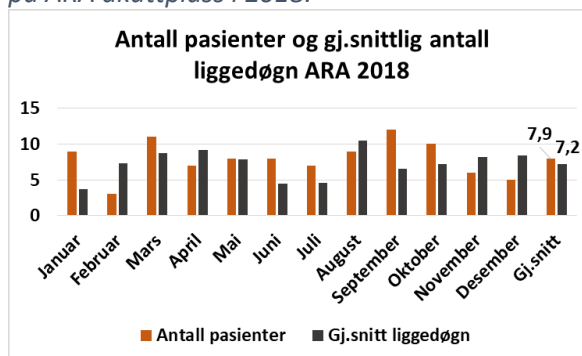
nyanser i opplevelsen, en pasient sier om KAD: «Man trenger mer kompetanse på psykiatri. Noen gjør bedre jobb enn andre og tar seg tid til å snakket. Andre bare leverer medisiner.»

Det er en betydelig forskjell i gjennomsnittlig antall liggedøgn på KAD og FAT og mange pasienter ønsker seg lengre liggetid enn de får på KAD. I prosjektperioden har man blitt mer fleksibel på liggetiden på KAD og enkelte pasienter har fått relativt lang liggetid på KAD når det har vært behov for det (Figur 3). Det ligger imidlertid i rammene at KAD skal være et akutt-tilbud over et begrenset tidsrom slik at det vil i framtiden være en naturlig forskjell mellom FAT og KAD med hensyn til liggetid.

Figur 27 Antall pasienter og gj.snittlig liggedøgn på ARA akutt plass i 2017.



Figur 28 Antall pasienter og gj.snittlig liggedøgn på ARA akutt plass i 2018.



ARA har ikke et fast antall akutt-senger. De fyller opp med akutt-innleggelse etter behov og i forhold til gjeldende kapasitet i forhold til de elektivt innlagte pasientene. Det er derfor ikke mulig å angi noen beleggsprosent. Vi ser av Figur 27 og Figur 28 at antall pasienter innlagt per måned på akutt plass varierer fra 1 til 12. I 2017 var gjennomsnittet for hele året 5,2 personer per måned, mens det 2018 var 7,9. Det totale antallet innleggelse på akutt plass var 62 i 2017 og 95 i 2018, dvs en betydelig økning. Pasientene ligger i gjennomsnitt 7,3 døgn i 2017 og 7,2 døgn i 2018. Det er variasjoner fra måned til måned, særlig i 2018. Pasientflyten mellom ARA og KAD har vært mye mindre enn pasientflyten mellom FAT og KAD. Samarbeidet med ARA har vært knyttet til behovet hos den enkelte pasient. ARA har lagt inn tre pasienter på KAD for støtte og stabilisering, en av disse reiste videre til ARA. 9 andre pasienter har også reist fra KAD til ARA for en vurdering av innleggelse der.

Ser man helhetlig på behovet for akutt-senger til pasientgruppen psykiatri-rus, så synes det som om pasientene i Follo nå har et godt differensiert tilbud der pasientene i all hovedsak får den behandling de har behov for i en akutt situasjon. KAD-sengene inngår som et viktig tilbud i det helhetlige pasienttilbudet.

5.3 Effektmål 1: Kompetanseutvikling

Det er en viktig målsetting i prosjektet å øke kompetansenivået i alle ledd i pasientforløpet, med vekt på riktig vurderingskompetanse hele døgnet. Pasienter med problemstilling psykiatri og rus har en større risiko for utagering og det man kan kalle «uønskede hendelser» i forhold til somatiske pasienter. For leger og pleiere på KAD var det nytt i 2017 å få pasienter som har psykiatri og rus som innleggelsesgrunn. På legevakt har de møtt denne pasientgruppen i alle år. I møte med denne pasientgruppen er kompetanse sentralt. Vi har derfor kartlagt de ansattes kompetanse, deres erfaring med pasientgruppen og opplevelse av trygghet på arbeidsplassen gjennom anonyme spørreundersøkelser.

Undersøkelsen blant sykepleiere på legevakt og sykepleiere/helsefagarbeidere på KAD som omhandler kompetanse og trygghet på arbeidsplassen er gjort to ganger: Første gang i januar 2018, andre gang i oktober 2018. Det har vært en del nyansettelser både på KAD og legevakt. Det er et begrenset antall personer som har svart og ikke nødvendigvis samme personene som har svart på begge undersøkelsene.

Tabell 4 Resultat av undersøkelser blant sykepleiere og helsefagarbeidere på KAD.

Skala: 1= ikke i det hele tatt 2= i liten grad 3= i noen grad 4= i stor grad 5= i svært stor grad

Tidspunkt Antall respondenter	Januar-februar 2018 n = 23			Oktober 2018 n = 15			Tendens*
	Variasjon	Gj. snitt	Tolket svar	Variasjon	Gj. snitt	Tolket svar	
1. – opplever du trygghet på jobben på Follo LMS Legevakt generelt?	3-5	4,0	I stor grad	3-5	4,0	I stor grad	Uendret
2. – har du erfaring med pasientgruppen rus/psyk fra tidligere jobber?	1-5	2,5	I liten /noen grad	2-5	2,9	I noen grad -	Noe bedret
3. – opplever du at du har nødvendig kompetanse til å møte pasientens behov?	1-4	2,7	I noen grad -	1,4	2,7	I noen grad -	Uendret
4. – opplever du <u>egen trygghet</u> i møte med rus / psykiatiske pasienter?	2-5	3,4	I noen grad +	2-5	3,4	I noen grad +	Uendret
5. – opplever du å få støtte fra annet personale de gangene du har stått i vanskelige situasjoner?	2-5	3,8	I stor grad -	3-5	3,9	I stor grad -	Uendret
6. – Hvilken grad ønsker du å jobbe med disse pasientene?	3-5	4,0	I stor grad	2-5	3,7	I stor grad -	Noe redusert

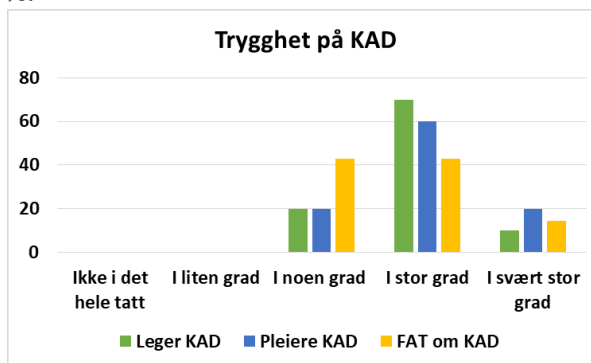
*Statistiske analyse av signifikans på endringer er ikke gjort

Tabell 4 viser at sykepleiere/helsefagarbeider på KAD opplever i «stor grad» trygghet på jobben. De støtter hverandre i vanskelige situasjoner og ønsker i stor grad å jobbe med denne pasientgruppen. Samtidig sier en del av sykepleiere/helsefagarbeidere på KAD at de har opplevd situasjoner der de har følt seg utrygge. Disse opplevelsene har ofte vært knyttet til rusede pasientene som er lagt inn fra Follo Legevakt på natten. Det har også vært noen få negative opplevelser med noe tyngre

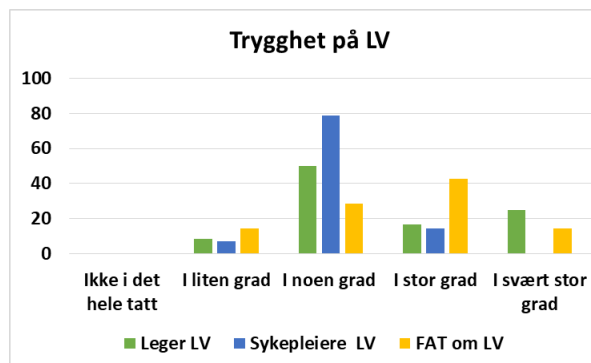
ruspasienter på dagtid. De har hatt med seg rusmidler, enkle våpen og det har vært verbale trusler.

De ansatte har i varierende grad kurs og erfaring med pasientgruppen fra tidligere jobber. Noen få har mye erfaring, men mange har lite erfaring. En sykepleier på KAD er i ferd med å videreutdanne seg til psykiatrisk sykepleier. Flere av helsefagarbeiderne har kompetanssegivende etterutdanning og mye erfaring med pasientgruppen.

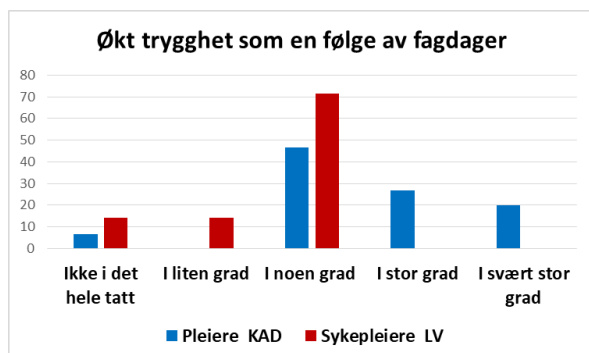
Figur 29 Ansattes opplevelse av trygghet KAD %.



Figur 30 Ansattes opplevelse av trygghet LV%.



Figur 29 viser at legene på KAD og de ansatte i FAT på samme måte som sykepleierne opplever en stor grad av trygghet på KAD. Situasjonen på legevakt er annerledes (Figur 30). FAT og særlig sykepleierne på legevakt opplever mindre trygghet enn man gjør på KAD og flertallet svarer at de bare i «noen grad» opplever trygghet. Lokalene til FAT har ikke vært optimale med tanke på sikkerhet. Disse er i ettertid ryddet og alarmer har kommet på plass.



Figur 31 Viser pleiernes opplevelse av trygghet på KAD og LV som følge av fagdager/kurs om pasientgruppen.

I perioden mellom disse spørreundersøkelsene har det vært gjennomført sikkerhetskurs (holdt av VERGE) og fagdager for sykepleiere og helsefagarbeidere med fokus på pasientgruppen. Ut fra dette kunne man kanskje forvente en utvikling mot større trygghet blant sykepleierne?

Pleiere på KAD opplever en effekt av fagdage, mens sykepleierne på legevakt gjør det i mindre grad (Figur 31). Sykepleierne på legevakt opplever seg noe mindre trygge (Tabell 5). Dette kan forklares med at det våren 2018 var en alvorlig hendelse på legevakt der en sykepleier på jobb ble angrepet av en psykotisk pasient med kniv. Tiltak for å øke sikkerheten på legevakt ble iverksatt i etterkant av denne hendelsen, men gjennomføringen av tiltakene har tatt noe tid. Punktene som påpekes av de ansatte er nå fulgt opp. Det er gjennomført byggetekniske endringer, man har fått nye alarmsystemer og vekter inn i helger og på natten. - Men en slik alvorlig hendelse vil prege de ansatte over tid.

Tabell 5 Resultater fra undersøkelser blant sykepleiere på LV.

Skala: 1= ikke i det hele tatt 2= i liten grad 3= i noen grad 4= i stor grad 5= i svært stor grad

I hvilken grad:	Januar-februar 2018 n =21			Oktober 2018 n = 14			Endring
	Variasjon	Gj. snitt	Tolket svar	Variasjon	Gj. snitt	Tolket svar	
1. – opplever du trygghet på jobben på Follo LMS Legevakt generelt?	2-5	3,4	I noen grad+	2-4	3,1	I noen grad	Noe redusert*
2. – har du erfaring med pasientgruppen rus/psyk fra tidligere jobber?	1-4	2,9	I noen grad	1-4	2,7	I noen grad -	Noe redusert*
3. – opplever du at du har nødvendig kompetanse til å møte pasientens behov?	1-4	3,0	I noen grad	2-4	3,1	I noen grad	Uendret
4. – opplever du <u>egen trygghet</u> i møte med psykiatriske pasienter?	2-4	2,6	I noen grad-	2-3	3,1	I noen grad	Uendret
5. – opplever du <u>egen trygghet</u> i møte med ruspasienter?	1-4	2,6	I noen grad-	2-4	2,7	I noen grad -	Uendret
6. – opplever du å få støtte fra annet personale de gangene du har stått i vanskelige situasjoner?	3-5	4,1	I stor grad	3-5	3,8	I stor grad -	Noe redusert

De fleste sykepleierne på LV har i «noen grad» erfaring fra tidligere jobber, og de opplever i «noen grad» å ha den nødvendige kompetansen til å møte pasientenes behov. Deres opplevelse av å få støtte fra annet personale når de står i vanskelige situasjoner er i «stor grad» når de blir spurt i januar-februar 2018, er noe lavere når de blir spurt i oktober (Tabell 5). Det vil være viktig å fortsette arbeidet med kompetanse og sikkerhet for legevakten videre.

Tabell 6 viser at de fleste legene på KAD opplever som sykepleierne på KAD «stor grad» av trygghet på jobb. Legene på Follo LV ligger litt lavere i sine svar, men en del høyere enn sykepleierne på LV. Mange av legene på legevakt er imidlertid mindre trygge når de reiser ut på hjemmebesøk og gjennomsnittet her ligger på i «noen grad». Legene har i varierende grad erfaring med pasientgruppen fra tidligere jobber, men de fleste opplever «i stor grad» å ha den nødvendige vurderingskompetansen til å møte pasientgruppens behov. De fleste legene opplever i «stor grad» å få støttet fra annet personale når de har stått i en vanskelig situasjon, men det er individuelle variasjoner her.

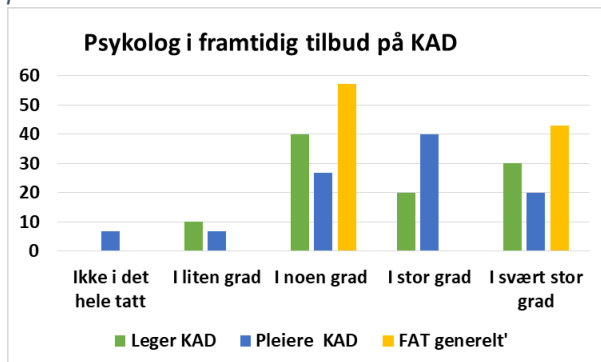
Tabell 6 Resultater fra undersøkelser blant leger på KAD og Legevakt.

Skala: 1= ikke i det hele tatt 2= i liten grad 3= i noen grad 4= i stor grad 5= i svært stor grad

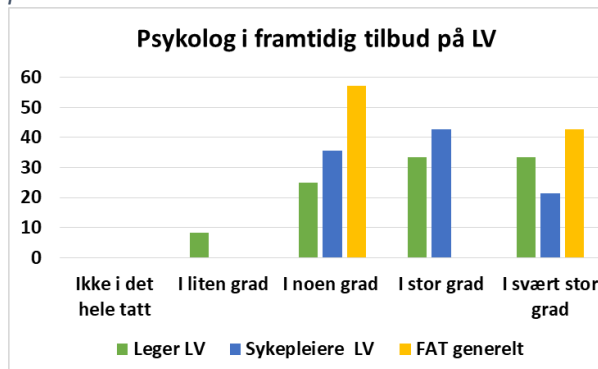
Tidspunkt Antall respondenter	Oktober 2018 KAD-leger n = 10			Oktober 2018 LV-leger n = 12		
	Variasjon	Gj. snitt	Tolket svar	Variasjon	Gj. snitt	Tolket svar
1. – opplever du trygghet på jobben på KAD / Legevakt generelt?	2-5	3,9	I stor grad	2-5	3,6	I stor grad -
2. – opplever du trygghet ved hjemmebesøk (gjelder LV-leger)				1-5	2,7	I noen grad -
3. – har du erfaring med pasientgruppen rus/psyk fra tidligere jobber?	3-5	3,6	I stor grad -	2-5	3,4	I noen grad +
4. – opplever du at du har nødvendig vurderingskompetanse til å møte rus-psyk-pasientens behov?	2-4	3,6	I stor grad -	2-5	3,7	I stor grad -
5. – opplever du å få støtte fra annet personale de gangene du har stått i vanskelige situasjoner?	4-5	4,1	I stor grad +	2-5	3,8	I stor grad -

De ansatte ble spurt om hvilken kompetanse som bør være tilgjengelig i et framtidig akuttpsykiatrisk tilbud og hvor relevant/viktig denne kompetansen er. Svarene er gitt i figurene under. Det er liten forskjell i hvordan man svarer på KAD og legevakt. Det er begge steder størst ønske om kompetanse til psykolog og psykiatrisk sykepleier. Sosionom vurderes som minst viktig. På spørsmål om hvilke andre profesjoner som kunne være ønsket, så foreslås psykologspesialist og psykiater og konfereringspsykiater. Hvordan man i framtiden skal bemanne legevakt vil vi jobbe videre med i 2019 da prosjektet har fått ytterligere bevilgning til å følge opp dette videre.

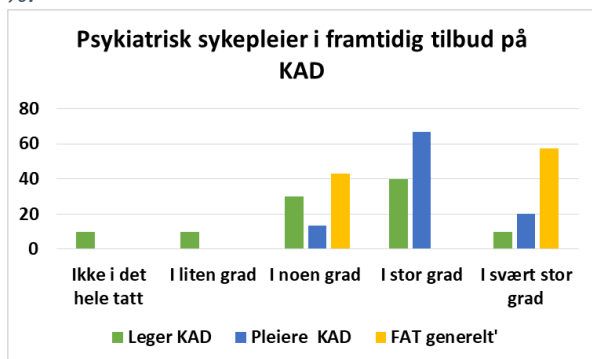
Figur 32 Ønske om psykolog i et framtidig tilbud på KAD %.



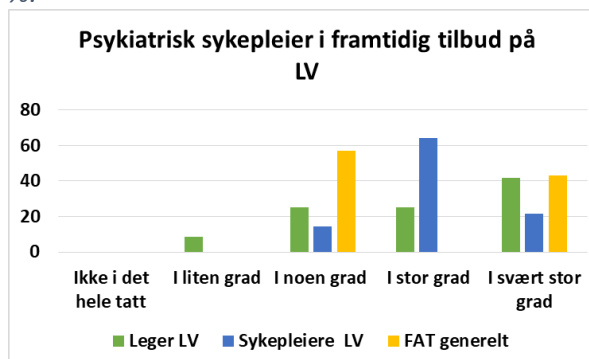
Figur 33 Ønske om psykolog i et framtidig tilbud på LV %.



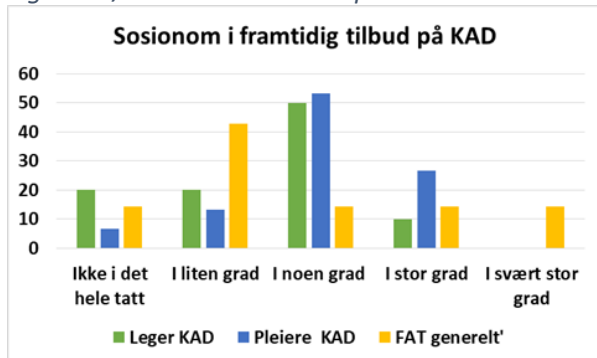
Figur 34 Ønske om psykiatrisk sykepleier på KAD %.



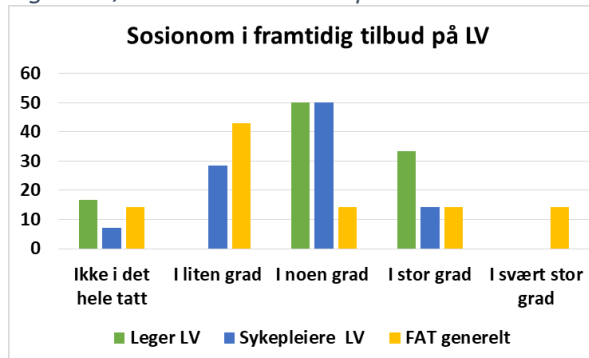
Figur 35 Ønske om psykiatrisk sykepleier på LV %.



Figur 36 Ønske om sosionom på KAD %.



Figur 37 Ønske om sosionom på LV %.



Vurdering av måloppnåelse: Prosjektet har bidratt til kompetanseheving blant de ansatte sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er fortsatt et stort behov for å øke kompetansen blant alle ansatte også legene, for å sikre at alle har tilfredsstillende vurderingskompetanse.

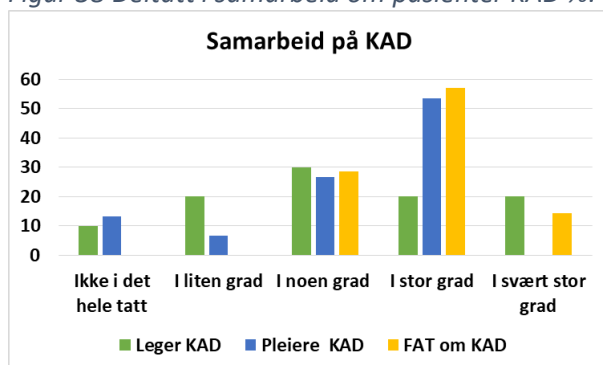
5.4 Effektmål 2: Samarbeid og forståelse over forvaltningsnivåene

Det er et viktig mål i prosjektet å skape et tettere samarbeid over forvaltningsnivåene:

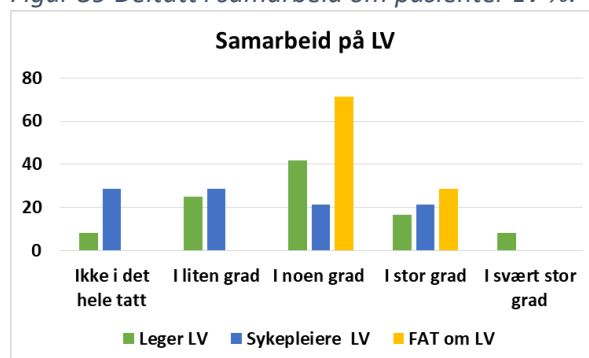
- Øke forståelse på tvers av forvaltningsnivåene for hverandres arbeidsmåter og organisering.
- Utvikle felles språk og begrepsbruk.

Man rakk ikke å gjennomføre undersøkelse om graden av samarbeid før prosjektstart. På LV var det ikke et godt nok organisert samarbeid og på KAD var dette ikke et tilbud før i 2017. Nedre Romerike KAD er også en referanse i forhold til prosjektet og erfaringene deres med samarbeidet til Nedre Romerike Akutt-team sier noe om effekten av samarbeidet i dette Samhandlingsprosjektet (Kapittel 5.6).

Figur 38 Deltatt i samarbeid om pasienter KAD %.

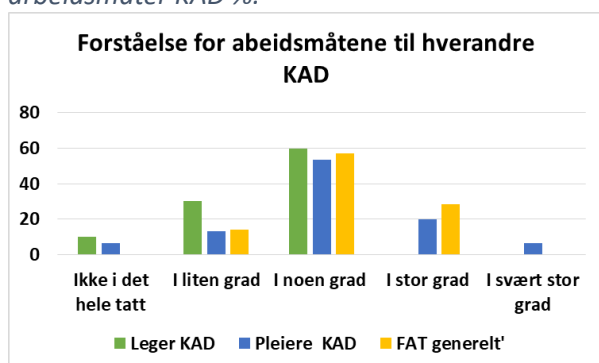


Figur 39 Deltatt i samarbeid om pasienter LV %.

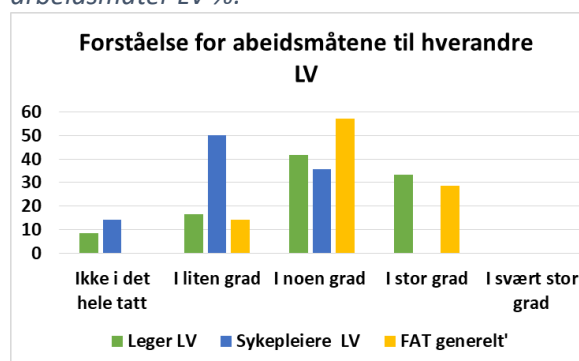


De fleste ansatte leger, pleiere og FAT-ansatte opplever at de i «stor grad» har samarbeidet om pasienter på KAD (Figur 38). På legevakt har flere leger og sykepleiere LV ikke samarbeidet «i det hele tatt» eller «i liten grad» og tyngden av svarene ligger på «i noen grad» av samarbeid (Figur 39). Ca 30% har samarbeidet i «stor» eller «svært stor grad» så det er stor variasjon mellom enkeltpersoner i hvilken grad man samarbeider på legevakt. Dette handler også om i hvilke tidsrom denne pasientgruppen ankommer legevakt.

Figur 40 Grad av økt forståelse for andres arbeidsmåter KAD %.

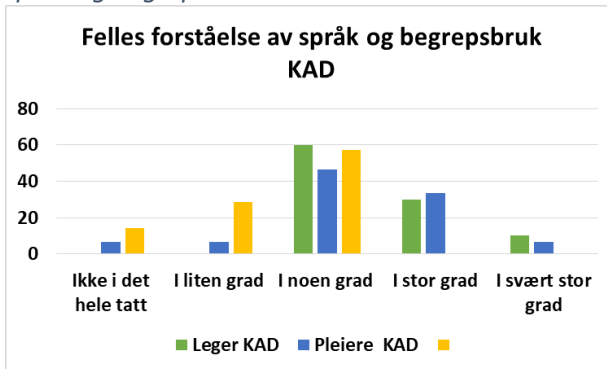


Figur 41 Grad av økt forståelse for andres arbeidsmåter LV %.

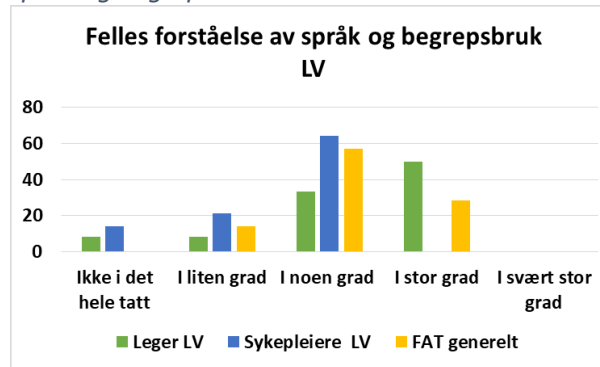


De fleste ansatte mener at prosjektet har bidratt til økt forståelse for arbeidsmåtene til samarbeidspartnere både på KAD og LV, (Figur 40 og Figur 41). Sykepleierne på LV skårer lavere i forhold til å oppleve økt forståelse for arbeidsmåtene.

Figur 42 Ansattes opplevelser av nå å ha felles språk og begrepsbruk KAD %.

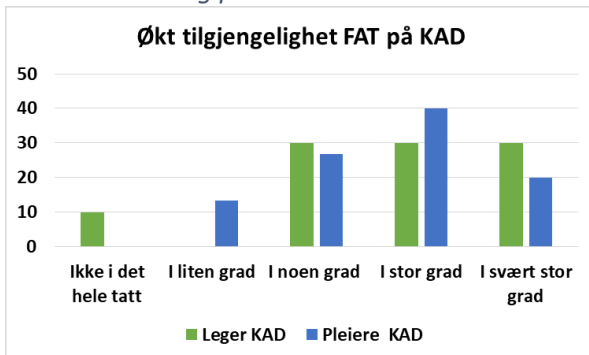


Figur 43 Ansattes opplevelser av nå å ha felles språk og begrepsbruk LV %.

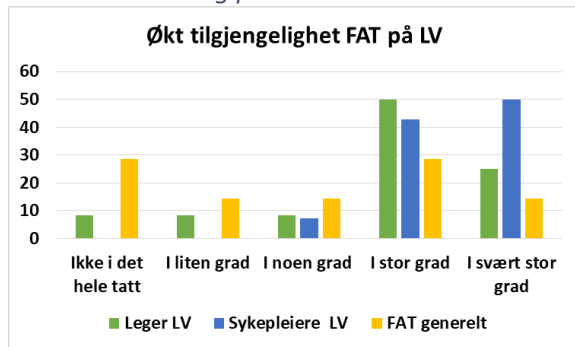


Det er en del variasjon blant de ansatte når det gjelder opplevelsen av å ha felles språk og begrepsbruk (Figur 42 og Figur 43). Man kartla ikke denne opplevelsen av dette da prosjektet startet, så det er vanskelig å tolke effekten av prosjektet. Dette kan sies å være en svakhet i prosjektet. Men annen forskning på området samhandling, viser at tett samarbeid og kjennskap til hverandre skaper felles forståelse.

Figur 44 Ønske om tilgjengelighet over lenger tidsrom enn i dag på KAD %.



Figur 45 Ønske om tilgjengelighet over lenger tidsrom enn i dag på LV %.

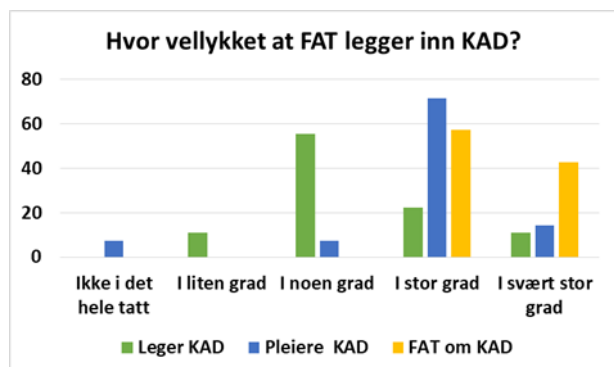


Med noe variasjon i svarene ønsker man på KAD en økt tilgjengelighet av FAT-teamet. På legevakt ønsker de fleste leger og sykepleiere i «stor» og «svært stor grad» en økt tilgjengelighet. FAT ble ikke spurt om de ønsket økt tilgjengelighet på KAD, men på legevakt fordelte svarene seg. Økt tilstedeværelse på legevakt vil innebære økt grad av kveld/natt og helgearbeid for de ansatte og dette kan man anta har påvirket svargivingen deres?

Vurdering av måloppnåelse: Prosjektet har bidratt til økt samarbeid og forståelse over forvaltningsnivåene. Effekten har vært størst på KAD. Dette er en virksomhet preget av turnus og endringer av samarbeidsformer og tar dermed tid å videreutvikle.

5.5 Effektmål 3: Brukernes behov

5.5.1 Brukernes behov på KAD

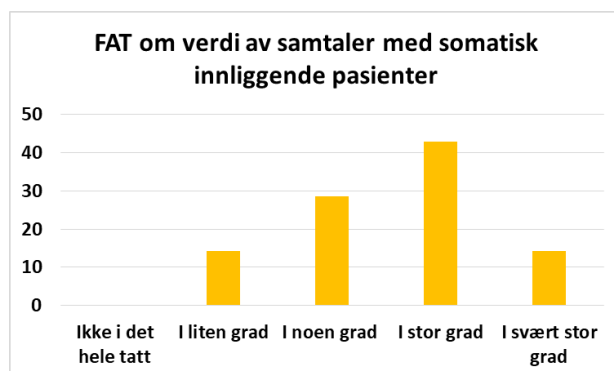


Figur 46 Viser % fordeling av svar om opplevelsen av at FAT-ansatte (dvs psykiatriske sykepleiere og psykologer) kan legge pasienter direkte inn på KAD. (Andre innleggelse krever lege-lege kontakt).

De ansattes opplevelse av brukernes behov og forhold rundt innleggelse, gir et viktig supplement til brukernes egen evaluering av sin innleggelse på KAD (Tabell 7). FAT og

sykepleiere er i «stor» og i «svært stor» grad fornøyd med denne muligheten til innleggelse av pasienter. FAT sier: «Målet er god pasientbehandling, da er det ikke godt å sende folk hjem fordi du ikke får plass på andre steder. Den smidigheten som KAD har, selv det med utgangsdefinerte antall liggedøgn på tre døgn og det å klare da å tilpasse både i forhold til pasientens behov og få til den samhandlinga mellom oss, har vært bra. Senga er her (på KAD), men pasienten har fått daglig oppfølging av oss.» Også pleiere på KAD er svært godt fornøyd med dette. Legene er ved innleggelse av alle pasienter nødt til å ta stilling til pasientens somatiske tilstand. Dette kan være en årsak til legene skårer dette lavere enn de andre.

Figur 47 Angir hvor verdifullt/hensiktsmessig FAT opplever tilbudet om samtale som gis til somatiske innliggende pasienter %.

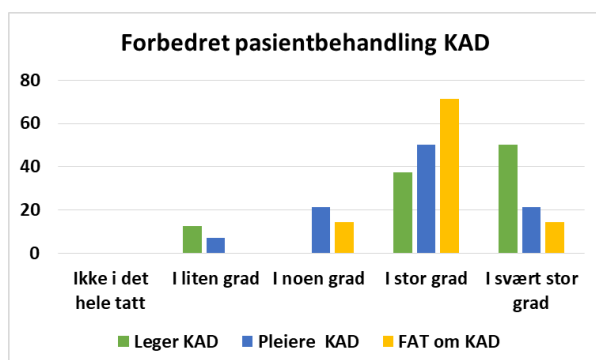


Mange som er innlagt av somatiske årsaker, kan også slite med psykiske plager og rus. Slike pasienter har fått et ekstra tilbud på KAD i prosjektet. Hvis personalet har fanget dette, har FAT blitt bedt om å ha samtaler også med disse pasientene og slik avklart behov for videre oppfølging innen psykiatri-rus etter utskrivelse på KAD. FAT sier: «Slike samtaler er stort sett hensiktsmessige, fordi avklaring av tilstanden

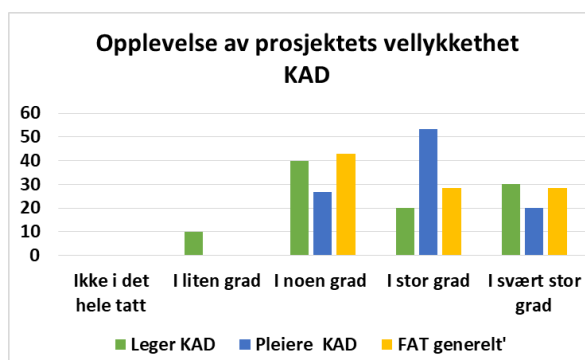
kommer inn under FATs målgruppe og mandat. Tidvis opplevelse av at samtaler tar tid med personer med lettere uro/angst/geriatrike tilstander som åpenbart er utenfor vårt kjernemandat.»

På spørsmål til FAT om i hvor stor grad de pasientene som legges inn av FAT får et godt tilbud på KAD så er svarer alle ansatte i FAT i «stor» eller i «svært stor grad». FAT sier: «Jeg opplever at pasientene har fått en veldig god tjeneste som følge av prosjektet. Noe som de kanskje ikke kunne forvente å få på noen annen måte. Det er min erfaring fra andre steder. Når det er sagt så opplever jeg at det har vært stor samarbeidsvilje.

Figur 48 Ansattes opplevelser av forbedret pasientbehandling pga samarbeid KAD %.



Figur 49 Ansattes opplevelse av i hvilken grad prosjektet har vært vellykket %.



Nesten alle ansatte mener at pasientene på KAD i «stor grad» eller «svært stor grad» har fått en bedre behandling på grunn av samarbeidet (Figur 48) og de skårer også høyt på prosjektets vellykkethet generelt (Figur 49).

Pasientene som ligger på KAD over flere dager, er blitt spurt om sin opplevelse av tilbudet (Tabell 7). Alle pasientene er fornøyd med kontakten med leger og pleiere, og de opplever at tilbudet hjelper dem. Noen få pasienter svarer i «noen grad», men mange gir høyeste skår og er fornøyd «i svært stor grad». De fleste ønsker også å komme tilbake dersom de skulle få behov for en ny akutt-innleggelse. En gjennomsnittlig skår på 4,3 og 4,4 på en skala fra 1-5 må vurderes som en veldig godt. Pasientenes vurdering av egen sinnsstemning viser også at tilbudet har hatt en effekt og de skårer seg mindre nedstemte når de reiser i forhold til da de kom. Mange av de spurte, men ikke alle, har også hatt samtaler med FAT. Det er litt større variasjon i hvordan pasientene har opplevd disse samtalen, en person opplevde at det ikke var til hjelp i «det hele tatt», men mange var fornøyd i «stor grad» og gjennomsnittlig skår var her på 3,8.

Pasientevalueringen viser også at psykiatri-rus-pasientene i «liten grad» kjente til tilbudet på KAD før innleggelse. En del av disse pasienter har hatt lite oppfølging fra kommunen og de er ofte i liten grad kjent med hvem de skal kontakte for å få hjelp. Her er det behov for mer informasjon.

Noen pasientuttalelser: «Jeg er veldig fornøyd og vet jeg får oppfølging av FAT og kommunen etter oppholdet her.» «Nei ingen forbedringsforslag i og med at leger og sykepleier jobber med å finne ting som kan hjelpe meg seinere.» «Jeg har nå fått kontakt med psykiatrhjelpen i kommunen, men kjente ikke tilbudet tidligere.» «De har ringt psykiatrisk sykepleier i kommunen som skal følge opp.» «Jeg bad om å få komme hit fra Ahus Akuttpsykiatrisk, hadde vært her før.» «Oppholdet har vært helt optimalt og over alle forventninger, jeg opplever at personalet lytter og er respektfulle.»

Tabell 7 viser pasientene opplevelse ved innleggelse på KAD.

Skala: Ikke i det hele tatt=1 I liten grad=2 I noen grad=3 I stor grad=4 I svært stor grad=5

1. Har du vært innlagt på Follo LMS før?	Ja	Nei	Tot
Antall	13	30	43
I hvilken grad:	Variasjon svar	Gj.snitt svar	Tolket svar
2. - Kjennte du til tilbudet ved Follo LMS før du ble innlagt første gang?	1-5	2,0	I liten grad (2)
3. - Er du fornøyd med kontakten med lege og pleiere under oppholdet?	3-5	4,3	I stor grad (4+)
5. Opplever du å ha fått hjelp av tilbudet akutt innleggelse her?	3-5	4,3	I stor grad (4+)
6. Hvis du får behov for akutt innlegges igjen: - Vil du ønske innleggelse her igjen?	2-5	4,4	I stor grad (4+)
4. Hvis du har hatt samtale med Follo Akutt Team - I hvor stor grad er du fornøyd med tilbudet?	1-5	3,8	I stor grad (4-)
7. Kjenner du til hvordan du tar kontakt med rus/psyk-tilbudet i kommunen?	1-5	3,4	I noen grad (3+)
Visuell analog skala - omsetter «smilefjes fra glad til svært trist til «psykisk smerte/opplevelse» fra 1-10			
Smil ved innleggelse skala 1-10	1-10	8,4	Svært nedstemte
Smil avreise skala 1-10	1-10	4,9	Middels nedstemte
Endring i «psykisk smerte/opplevelse»	0 - 7,5	3,5	Mange endret positivt

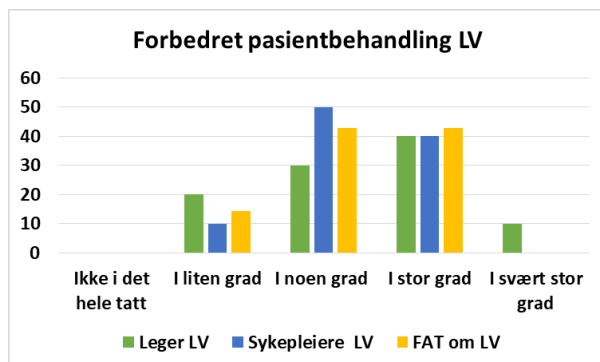
Brugerrepresentanten i prosjektgruppen har et viktig innspill om fokus på nettverket til pasienten når man samhandler videre. Hun sier: «- Som pårørende har jeg ingen erfaring sånn direkte i bruk av disse sengene, eller besøk på LV. Erfaring fra min deltagelse i prosjektgruppa og tilstedeværelse, tenker jeg jo at prosjektet er veldig viktig. Fordi det er ikke lett å få hjelp, når man opplever at man trenger det. Jeg skulle ønske at prosjektet hadde større fokus på inkludering av nettverk. Det har vært og er fraværende, man ivaretar brukerne og deres opplevelse, men jeg ser og hører at det er en del av pasientene som ikke ønsker at man tar kontakt med kommunen i den tiden de er hos dere. Og det er jo helt sikkert noen grunner til det som vi ikke kjenner, men et større fokus på inkludering av nettverket når en person har utfordringer. Det mener jo jeg er fraværende i hele den psykiske helsetjenesten. Men når man først har prosjekter i dag, så er det veldig viktig å ha fokus på dialogen med nettverket.»

Vurdering av måloppnåelse: Nesten alle pasientene som er spurt sier at de i «stor eller svært stor grad» å ha fått et godt tilbud på KAD. De ansatte sier det samme om pasientbehandlingen. Det er derfor grunn til å konkludere med at samhandlingsprosjektet på KAD i stor grad har gitt et godt pasienttilbud.

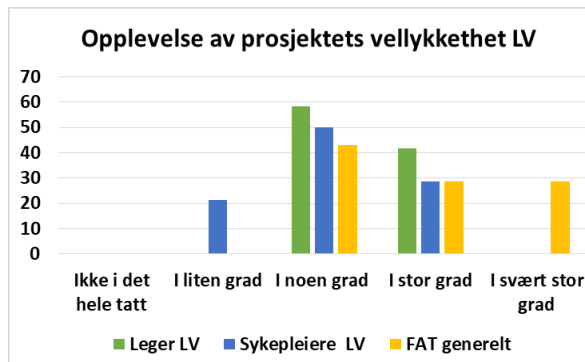
5.5.2 Brukernes behov på legevakt

Vi har ingen pasientundersøkelser knyttet til legevakt. De ansatte opplever at samarbeidsprosjektet har gitt et bedre tilbud til pasientene i «noen» og «stor grad», men noen få personer mener at effekten på pasientbehandlingen er i «liten grad» (Figur 50). På spørsmål av prosjektets vellykkethet generelt, er det en lavere skår der flertallet opplever det vellykket i «noen grad» (Figur 51).

Figur 50 Ansattes opplevelser av forbedret pasientbehandling pga samarbeid LV %.



Figur 51 Ansattes opplevelse av i hvilken grad prosjektet har vært vellykket LV %.



Det er i prosjektperioden utviklet noen gode samhandlingsrutiner rundt pasienter på legevakt. Ved behov setter FAT opp pasienter til time på legevakt slik at de kan få hjelp av legevaktslege til å vurdere behovet for tvangsinnleggelse av pasienten. Det ble høsten 2018 laget en rutine som beskriver samarbeid rundt hjemmebesøk. FAT-teamet kan reise på hjemmebesøk til pasienter sammen legevaktslege for å avklare videre oppfølging av alvorlig syke pasienter som er meldt inn til FAT. En annen fordel av samarbeidet for pasienten er at FAT har tilgang til pasientens journal i DIPS. Med pasients samtykke, kan dette gi verdifull informasjon om pasienten som kommer akutt inn på legevakt. Dette gir mulighet for en sikrere vurdering av hvilket behandlingsnivå pasienten trenger videre.

Legene opplever det ofte som vanskelig å få akutt-innlagt psykiatri-pasienter på Ahus, her er FAT sin kompetanse og innpass i akutt psykiatrien viktig. En viktig utfordring på legevakt når FAT ikke er til stede, er hvordan man skal innhente og dele informasjon til beste for pasienten. Forskjellige journalsystemer gir betydelige utfordringer.

Som vist i Figur 17 er «tidsvinduet» da FAT er til stede på legevakt i forhold til pasientpågangen svært begrenset. I forhold til totalt registrerte pasienter, så kommer 14% av psykiatri-rus-pasienter til legevakt i det tidsrommet FAT er til stede. I tillegg til at aktivitetstallene viser at hovedtyngden av denne pasientgruppen kommer sen kveld og helg, opplever alle partene i prosjektet at dette tidsvinduet hvor FAT er tilstede, er for kort i forhold til pasientenes behov. I et framtidig legevaktstilbud er det derfor ønskelig å få inn FAT over et lengre tidsrom også i helgene.

For pasienter som kommer inn på LV utenom FAT sin tilstedeværelse, ble det laget en prosedyre som beskriver at sykepleier på legevakt ringer FAT neste morgen og avtaler time for pasienten hvor så FAT kontakter pasienten tilbake med konkret avtaletidspunkt. Dette har vist seg vanskelig å gjennomføre i praksis blant annet fordi det ofte er vanskelig for FAT å få kontakt med pasienten neste dag. Man gjennomfører i stedet at pasienten får telefon-nummer til FAT og selv blir bedt om å kontakte FAT neste dag.

Det kommer en del personer inn på legevakt som er under 18 år, pga akutt rus eller psykiatri. Denne pasientgruppen er ikke en del av dette prosjektet.

Vurdering av måloppnåelse: Prosjektet har bidratt til bedre pasientbehandling på legevakt, men det er behov for å jobbe videre med å utvikle denne tjenesten videre.

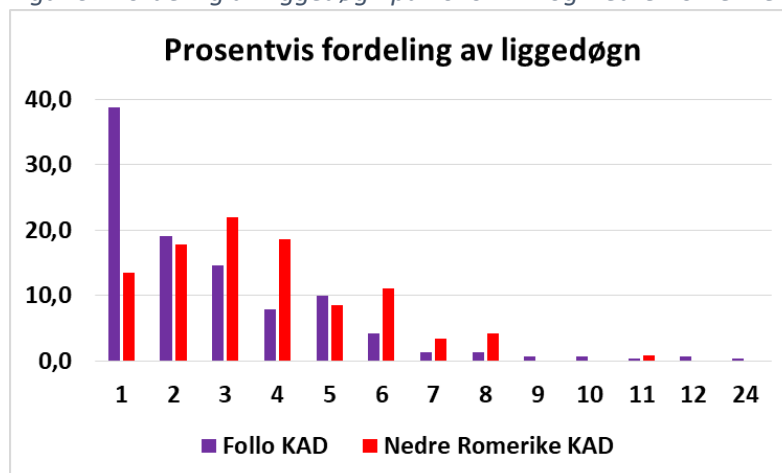
5.6 Referansedata fra Nedre Romerike KAD

Tabell 8 viser noen «nøkkeldata» fra Nedre Romerike KAD sammenholdt med Follo KAD.

	Nedre Romerike KAD			Follo KAD		
	2017	2018	Begge år	2017	2018	Begge år
Befolkningsgrunnlag	168000			120000		
Antall kommuner i KAD	7			6		
Antall innleggelser psykiatri-rus	49	69	118	136	153	289
Antall liggedøgn psykiatri-rus	181	250	431	366	448	814
Gjennomsnittlig liggedøgn	3,7	3,6	3,7	2,7	2,9	2,8

Nedre Romerike får pasientene fra kommunene Lørenskog, Rælingen, Fet, Skedsmo, Nittedal, Sørumsdal og deler av Enebakk. Tabell 8 viser at befolkningsgrunnlaget til Nedre Romerike KAD er 48000 flere innbyggere (40%) enn Follo KAD. Vi kunne derfor forvente at det skulle være en betydelig høyere antall psykiatri-rus-pasienter innlagt ved Nedre Romerike KAD enn på Follo KAD disse to årene. Men resultatene er det motsatte: Det var mer enn dobbelt så mange innleggelser ved Follo KAD som ved Nedre Romerike KAD av pasientgruppen. I 2017 var det også mer enn dobbelt så mange liggedøgn ved Follo KAD, mens det var litt under dobbelt så mange i 2018. Tabellen viser også at det er en markant forskjell mellom KAD-ene i gjennomsnittlig liggedøgn. Psykiatri-rus-pasientene på Nedre Romerike KAD ligger i gjennomsnitt ett døgn lenger enn pasientene på Follo KAD. Ved begge KAD-ene ser vi en økning i antall innlagte pasienter og liggedøgn fra 2017 til 2018. Dette har trolig sammenheng med at tjenesten er blitt bedre kjent ut i kommunene. Beleggsprosenten for alle pasienter er omtrent lik i begge KAD-ene, den var 61% i Nedre Romerike i 2017 (5). I Follo var beleggsprosenten i perioden 62%.

Figur 52 Fordeling av liggedøgn på Follo KAD og Nedre Romerike KAD i %.

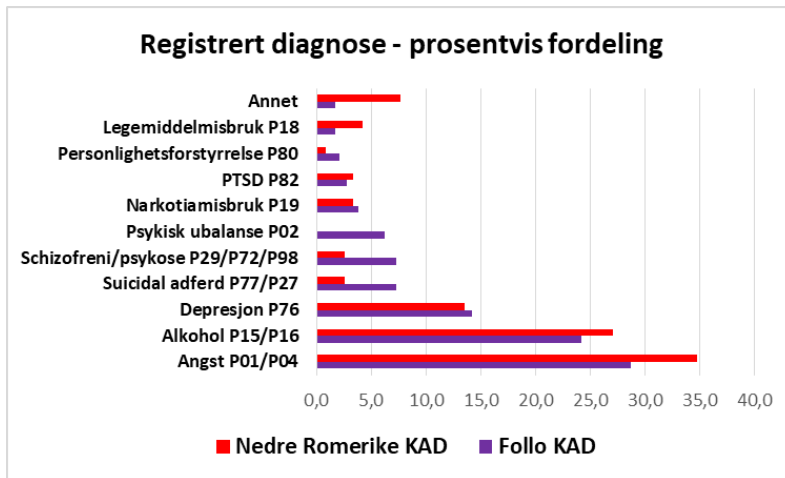


Ser vi nærmere på den prosentvise fordelingen av antall liggedøgn, så er det stor forskjell mellom KAD-ene når det gjelder antall pasienter som bare ligger ett døgn. Ved Follo KAD er 39% av innleggelsene bare ett døgn, mens det er 14% av de innlagte på Nedre Romerike som ligger så kort tid (Figur 52). De pasientene som ligger kort tid på Follo KAD kommer i hovedsak inn fra legevakt. En mulig forklaring på forskjellen i liggetid, kunne være i

legevaktstrukturen hvis den var forskjellig? Men nedre Romerike KAD har også en legevaktstjeneste lokalisert i samme bygg. De gir tjenester til Lørenskog, Rælingen, Fet og Skedsmo som til sammen har et pasientgrunnlag på rundt 122 000. Det er altså ingen ting i legevakts-strukturen som tilsier at det skulle være så stor forskjell i liggetiden på de to KAD-ene.

Ledelsen i Nedre Romerike KAD sier dette om mulige forklaringer på lang liggetid: «En sannsynlig forklaring er at Nedre Romerike KAD har brukt lengre tid på å avklare pasientene i forhold til videre behandling. Eksempelvis har akutt-teamet på Nedre Romerike kun vært tilgjengelig på telefon, man har hatt utfordringer i forhold til kapasitet hos akutt-teamet. Ruspasienter har man ofte ikke fått videre grunnet kapasitetsproblemer, samt mulighet for å gjøre en god og tverrfaglig vurdering. Pasientene ved Nedre Romerike KAD har derfor i større grad blitt liggende i avdelingen i påvente av at

lege/sykepleiere jobbet med å finne en videre løsning. Her ansees FAT som Follo KAD har benyttet som en viktig instans i å avklare pasientene raskt.»



Figur 53 Registrert diagnose på Follo KAD og Nedre Romerike KAD i %.

Ser vi på hvilke diagnoser pasientene har fått, så er den relative andelen av de forskjellige diagnoser ganske lik ved begge KAD-ene. Det er en tendens til at det er noen flere angstpasienter på Nedre Romerike KAD, mens Follo KAD har en større andel pasienter som sliter med mer alvorlige psykiske diagnoser som

suicidal adferd/psykose og psykisk ubalanse (Figur 53). En mulig forklaring på dette er at FAT legger inn pasienter på Follo KAD og en del av disse pasientene har disse alvorlige psykiske diagnosene.

En annen forklaring på lavere innleggelse på Romerike KAD, kan være at ledelsen på Nedre Romerike KAD opplyser at det har vært en viss grad av reservasjon blant de ansatte (både leger og sykepleiere) til å ta imot både psykiatri- og ruspasienter. Særlig pasienter med problemstillinger knyttet til rus, har blitt sett på som en utfordring. De har opplevd seg utrygge og lite kompetente i forhold til å møte denne pasientgruppen. - Men vi ser at den relative andelen av pasienter som er innlagt for alkohol og narkotikamisbruk er ganske lik på begge KAD-ene. Her må man ta hensyn til at antall pasienter ved Nedre Romerike KAD er såpass mye lavere enn Follo pasientene, slik at skjevheter i materialet ikke kan utelukkes.

Ledelsen ved Nedre Romerike KAD angir følgende mulige forklaringsmodeller på forskjellene mellom Nedre Romerike KAD og Follo KAD:

- *Samarbeidsprosjektet i Follo med FAT har i betydelig grad bidratt til at antall pasienter innlagt ved Follo KAD er mye større enn antallet ved Nedre Romerike KAD.*
- *FAT teamet har også bistått Follo KAD i større grad i forhold til «veien videre», og på den måten fått ned liggetiden. På Nedre Romerike KAD har pasientene i mye større grad ligget i flere dager mens man forsøkte å finne en videre løsning for dem.*
- *Prosessen med å gjøre KAD tilbudet om rus/psykiatri kjent for innleggende leger på Nedre Romerike har tatt tid, slik at tilbudet har blitt lite brukt. Forhåpentligvis vil ny revidert KAD brosjyre høsten 2018 bidra til å øke bevisstheten rundt dette tilbudet.*
- *Usikkerhet hos leger/sykepleiere ved Nedre Romerike KAD vedrørende disse pasientene, og særlig ruspasienter. Til dels også at man har vegret seg for å si ja til pasientene. Det kan være momenter som lite egnede rom, ikke fått på plass alarm, lite undervisning og kjennskap til denne pasientgruppen, engstelse for at pasienten skal ruse seg i avdelingen grunnet lett tilgang til rusmidler i umiddelbar nærhet (Lillestrøm by).*
- *Avvisningspraksis ved Nedre Romerike KAD: Det var i 2017 en relativt høy andel pasienter som ble avvist (totalt 106), dette har imidlertid bedret seg betydelig i 2018 (totalt 57). Noen av de avviste pasientene var rus/psyk pasienter som kanskje kunne fått et tilbud dersom kompetansen og tryggheten rundt pasientgruppen hadde vært større. Dog er det gledelig at pasienter nå i langt mindre grad avvises ved Nedre Romerike KAD, da dette er en problemstilling det er jobbet mye med fra ledelsens side.*

6 Konklusjon

Samhandlingsreformen gav føringer for at psykiatri-rus-pasientene skulle få et nytt kommunalt akutt-tilbud fra 2017. Dette samhandlingsprosjektet mellom spesialisthelsetjenesten ved Follo DPS FAT og kommunehelsetjenesten ved Follo LMS har i all hovedsak vært vellykket og alle partene i prosjektet ønsker å videreføre og videreutvikle prosjektet. Prosjektet tas inn i en permanent driftsfase fra 2019.

Prosjektet kan bidra med viktige erfaringer om hvordan man kan organisere et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i framtiden. Så vidt man kjenner til er det ikke i noen andre kommuner etablert et lignende Samhandlingsprosjekt.

Ser man helhetlig på behovet for akutt-senger til pasientgruppen psykiatri-rus, så synes det som om pasientene i Follo nå har et godt differensiert tilbud der pasientene i all hovedsak får den behandling de har behov for i en akutt situasjon. KAD-sengene inngår som et viktig tilbud i det helhetlige pasienttilbudet.

Det er i prosjektet avdekket utfordringer knyttet til legevakt. Den største utfordringen på legevakt er at FAT sin tilstedeværelse er begrenset til et kort tidsrom sett ut i fra når hovedtyngden av denne pasientgruppen besøker legevakten. Det er likevel i prosjektperioden utviklet gode samhandlingsrutiner rundt pasienter på legevakt. Ved behov setter FAT opp pasienter til time på legevakt, slik at de kan få hjelp av legevaktslege til å vurdere behovet for tvangsinnleggelse. FAT og legevakt har startet å reise sammen ut på hjemmebesøk. FAT har tilgang til pasientens journal i DIPS og har etter pasientens samtykke, gitt verdifull informasjon om pasienten som kommer akutt inn på legevakt. En viktig utfordring på legevakt er hvordan man skal innhente og dele informasjon til beste for pasienten på legevakt. Forskjellige journalsystemer gir betydelige utfordringer. Legene opplever det ofte som vanskelig å få akutt-innlagt psykiatri-pasienter på Ahus, her er FAT sin kompetanse og innpass i akutt psykiatrien viktig.

Det er søkt om prosjektmidler for å videre utvikle tjenestene på legevakt, hvor man ønsker å se på mulige digitale verktøy i grensesnittet spesialisthelsetjeneste og legevakt for denne pasientgruppen.

Prosjektet har bidratt til økt samarbeid og forståelse over forvaltningsnivåene. Effekten har vært størst på KAD og noe mindre på legevakt. Det synes som om det i prosjektperioden er utviklet et felles språk og begrepsbruk. Det er imidlertid ingen målinger av hvordan dette var før prosjektet startet opp.

Den viktigste målgruppen i prosjektet har vært: «Personer med behov for akutt behandling innen rus- og psykiatri.» Disse skulle oppleve:

- Helhetlige tjenester
- Behandling på rett nivå
- Rett tjeneste til rett tid
- Få den hjelpen de trenger.

Brukernes stemme i prosjektet har vært viktig for å måle brukernes opplevelser av tilbudet de får. I tillegg til å innhente tilbakemeldinger fra brukere på KAD, har man i prosjektet fått mange gode innspill fra brukerrepresentanten i prosjektgruppen underveis i prosjektet, blant annet på pasientmedvirkning og fokus på å inkludere nettverket rundt pasienten.

Ser man på evalueringen av brukernes behov på KAD, så viser registreringen av pasientpågangen at vi har fått de pasientene til KAD som tilbudet var planlagt for. Man kan derfor konkludere med at måloppnåelse har vært god på at brukerne har fått «behandling på rett nivå». Prosjektet viser at

pasientene som kommer til KAD ofte ikke fikk akutt-tilbud tidligere. Når behovet oppstår, får pasienten tilbudet om innleggelse på KAD. Få pasienter som har nytte av en innleggelse på KAD er avvist. Man kan derfor si at pasientene har fått «rett tjeneste til rett tid». Det er en økende pasientpågang i perioden etter som tilbudet er blitt bedre kjent, slik at mange pasienter «får den hjelpen de trenger». Det er et forbehold om at det kan ha vært pasienter ute i kommunene med et behov for innleggelse på KAD som ikke har fått tilbudet, fordi det er for lite kjent blant fastlegene og daglegevaktene i kommunene. Det er derfor videre, behov for mer informasjon ut i kommunene. Dette framheves også i andre rapporter (4) (5).

Follo KAD har hatt mer enn dobbelt så mange innleggelser av pasientgruppen som Nedre Romerike KAD og dobbelt så mange som er rapportert i «Status for kommunalt døgntilbud 2017» (4) for resten av landet. Dette er en god indikasjon på at prosjektet har vært vellykket og bidratt til at mange pasienter har fått et godt tilbud på KAD.

Den viktigste indikasjonen på at prosjektet har ført til en stor bedring for pasientgruppen, er at pasientene selv sier at de opplever i stor grad å få hjelp av tilbudet innleggelse på KAD. I hvilken grad tjenestetilbudet er med på å styrke «helhetlig pasientforløp» som følge av prosjektet er vanskelig å måle, men man antar ut i fra datainnsamlingen at psykiatri-rus-pasientene i Follo får et bedre akutt-tilbud enn før igangsetting av prosjektet. Pasientene får i all hovedsak et tilbud om innleggelse som er tilpasset deres behov. KAD-sengene inngår som et viktig tilbud i det helhetlige pasienttilbudet.

Videre utvikling av samarbeidet rundt pasienter som er innlagt på KAD bør ha fokus på dialogen med nettverket rundt pasienten og samarbeidet ut mot hjemkommunene til pasienten.

7 Referanser

1. **Lovdata.** Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). *LOV-2018-12-20-113 fra 01.01.2019*. s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet, 2019.
2. **26, St.Melding.** Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. 2014-2015.
3. **Helsedirektoratet.** Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell. 04/2016.
4. **Myrli, Silje Marie Mortensen og Tone Rian.** Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp 2017. Analysenotat i SAMDATA kommune. s.l. : Helsedirektoratet, 2018. 07.
5. **Korvann, Gitte Christine.** *Etablering av KAD bidrar til færre sykehusinnleggelser og gode pasientforløp*. s.l. : Fagforum KAD, 2018.
6. **Helsedirektoratet.** *Psykiske lidelser – pakkeforløp voksne*. 2019.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykiske-lidelser-pakkeforlop-voksne>.
7. **Helsdirektoratet.** *Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*. 2019.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rusbehandling-tsb-pakkeforlop>.

Vedlegg 1 Anonymt kartleggings skjema KAD

Registreringsskjema for KAD - Rus og Psykiatri

Registreringsskjema fylles ut av sykepleier når pasienten kommer inn på avdeling. Skjema oppbevares i mappe med pasientjournal og utfylling suppleres av lege som koder P46 i pasientjournal. Tekst i farget felt fylles ut før avreise. Skjema legges i Gro Heges hylle når pasienten reiser – NBI skal ikke skannes inn pasientjournalen. Versjon 24.11.17.

Født år:	Mann <input type="checkbox"/>	Kvinne <input type="checkbox"/>	Folkereg. Kommune
Ukedag innleggelse:	Helligdag Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Innlegges Dato: Kl.
Innlegges av: FAT ¹ <input type="checkbox"/>	Fastlege ² <input type="checkbox"/>	LV ³ <input type="checkbox"/>	Ahus ⁴ <input type="checkbox"/>
Annet ⁵ <input type="checkbox"/>		Utskrives Dato:	
Er pasienten åpenbart, eller innrømmer å være påvirket av rusmidler? Ja <input type="checkbox"/>			
Nei <input type="checkbox"/>		Usikker <input type="checkbox"/>	
Beskriv kort pasientens problemstilling:			
Har pasienten vært innlagt KAD for samme problemstilling tidligere? Ja <input type="checkbox"/>			
Antall <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>	
Har pas rus/psyk oppfølging fra tidligere (hjemme)? Ja <input type="checkbox"/>		Nei <input type="checkbox"/>	
Hvis ja, hvem/hvilket tilbud?			
Hvilket tilbud har pasienten fått ved KAD i forhold til problemstillingen Rus /psykiatri? (Flere x mulig):			
<input type="checkbox"/> Samtale med FAT ¹			
<input type="checkbox"/> Medisinsk observasjon som følge av rus ²			
<input type="checkbox"/> Annet ³ , beskriv:			
Hvilket tilbud er planlagt for pasienten etter utskrivelse:			
<input type="checkbox"/> Oppfølging FAT ¹ (poliklinisk time)			
<input type="checkbox"/> Oppfølging ARA ² (poliklinisk time)			
<input type="checkbox"/> Avtale/henvisning til oppfølging psyk/rus i kommunen ³			
<input type="checkbox"/> Annet ⁴ , beskriv:			
Hvis pasienten skrives ut til annen institusjon enn hjem ¹ , angi hvor:			
<input type="checkbox"/> Innlegges AHUS ² (avdeling/evt diagnose):			
<input type="checkbox"/> ARA akutt plass ³			
<input type="checkbox"/> DPS akutt plass ⁴			
<input type="checkbox"/> Korttidsplass i kommunen ⁵			
<input type="checkbox"/> Annet ⁶ , beskriv:			

Vedlegg 2: Henvise til KAD på 1-2-3

HENVISE TIL KAD PÅ 1-2-3	
Aktuell for KAD (listen er ikke uttømmende)	Aktuell for AHUS
PSYKOSE <ul style="list-style-type: none"> - Lette tilstander i et forebyggende perspektiv i et behandlingsforløp 	Alvorlige tilstander behandles i spesialisthelsetjenesten
Depresjon – milde moderate tilstander <ul style="list-style-type: none"> - Søvnforstyrrelser - Lav selvmordsfare - Nedsatt funksjonsnivå, Ernæring, personlig hygiene 	Alvorlig depresjon Moderat til høy selvmordsfare Psykosesymptomer Alvorlig selvskading
Angst – moderat til alvorlig <ul style="list-style-type: none"> - Panikkanfall, hyperventilering 	Alvorlig, med unngåelsesatferd, psykosesymptomer
Akutte kriser <ul style="list-style-type: none"> - Livskriser med dårlig mestring av hverdagen kan vurderes innlagt 	
Bipolare lidelser <ul style="list-style-type: none"> - Hypomane episoder, stabiliseres - Moderate depressive episoder 	Manier og alvorlige depressive episoder
Alkohol/medikamenter <ul style="list-style-type: none"> - Sosiale avrusninger - Behandling etter akutt fase - Behandling av somatiske tilstander 	Akuttavrusning med fare for delir NYTT FORSLAG: Uavklart eksponering og/eller påvirkning av alkohol
Illegale rusmidler <ul style="list-style-type: none"> - Sosial avrusning - Sårstell 	Akutt og uavklart forgiftning Uavklart påvirkning av rusmidler/legemidler
AD-HD <ul style="list-style-type: none"> - Kan vurderes innlagt for komorbide tilstander som depresjon 	
Personlighetsforstyrrelser <ul style="list-style-type: none"> - Lette tilstander i et forebyggende perspektiv i et behandlingsforløp 	Alvorlige tilstander vurderes av spesialisthelsetjenesten
Autismespekterlidelser	Skal behandles i spesialisthelsetjenesten ved behov
Spiseforstyrrelser <ul style="list-style-type: none"> - Legges inn for komorbide tilstander som depresjon 	

Pasienter med tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten er ikke aktuelle for innleggelse i kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

Tilbudet bør også avgrenses mot innleggelse av pasienter med andre alvorlige og/eller uavklarte tilstander, som f.eks.: innleggelse der tvang er nødvendig, selvmordsproblematikk og alvorlig selvskading, pasienter med tidligere alvorlig utagerings-/ voldsproblematikk, pasienter med utagerende atferd, redusert impuls kontroll.

Viktige observasjoner av pasientens mestring av dagliglivets ferdigheter, ink. legemiddelhåndtering

Vedlegg 3 Kartlegging av pasientenes opplevelse



Kartlegging av pasientens opplevelse ved akutt innleggelse på døgnposten ved Ski sykehus.

Vi har som mål å utvikle et mest mulig helhetlig tilbud. For at tilbudet vårt skal bli best mulig, vil vi gjerne at du svarer på spørsmålene under. Svarene gis anonymt og behandles konfidensielt.

1. Har du vært innlagt her på KAD tidligere? JA NEI

Sett et kryss i en rute ved siden av hvert spørsmål:

I hvilken grad:	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke aktuelt
2. - Kjente du til tilbudet ved Follo Lokalmedisinske senter før du ble innlagt*?						
3. - Er du fornøyd med kontakten med lege og pleiere under oppholdet?						
4. Hvis du har hatt samtale med Follo akutt-team under oppholdet: -Er du fornøyd med dette tilbudet?						
5. Opplever du å ha fått hjelp av tilbudet akutt innleggelse her?						
6. Hvis du får behov for akutt innlegges igjen: - Vil du ønske innleggelse her igjen?						
7. Kjenner du til hvordan du tar kontakt med hjelpetilbudet rus/psykiatri i kommunen?						

* første gang

Sett kryss over ansiktet:

- Som beskriver best hvordan du hadde det da du ble lagt inn her?						
- Som beskriver hvordan du har det i dag, når du snart reiser herfra?						

Har du forslag til forbedringer av tilbudet? Skriv forslag på baksiden:

Vedlegg 4 Anonymt kartleggings skjema legevakt

Registreringsskjema for Legevakt - Rus og Psykiatri

Registreringsskjema fylles ut av sykepleier etter kontakt med pasienten på telefon eller ved oppmøte. Skjemaet legges i plasthulle på pauserom etter utfylling. Hentes av prosjektmedarbeider Gro Hege. Versjon 24.11.17

Født år:	Mann <input type="checkbox"/> Kvinne <input type="checkbox"/>	Folkereg. Kommune:
Ukedag:	Helligdag Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Dato: Klokken:
Telefonhenv. <input type="checkbox"/>	Oppmøte <input type="checkbox"/>	Kommer inn med: Amb. <input type="checkbox"/> Politi <input type="checkbox"/> Andre <input type="checkbox"/> angi hvem:
Er pasienten åpenbart, eller innrømmer å være påvirket av rusmidler? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/>		
Beskriv kort pasientens problemstilling:		
Har pasienten rus/psyk oppfølging fra tidligere (hjemme)? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvem/hvilket tilbud?	
Hvilket tilbud har pasienten fått ved henvendelse legevakt (flere x mulig): <input type="checkbox"/> Samtale med sykepleier ¹ <input type="checkbox"/> Samtale/vurdering av lege ² <input type="checkbox"/> Medisinsk observasjon som følge av rus ³ <input type="checkbox"/> Samtale med FAT ved oppmøte ⁴ <input type="checkbox"/> Avtale om poliklinisk time FAT ⁵ <input type="checkbox"/> Viderekoblet i samtale med FAT via telefon ⁶ <input type="checkbox"/> Fått nummer til FAT ⁷ <input type="checkbox"/> Annet ⁸ , beskriv:		
Utskrevet til / videre fra Legevakt til: <input type="checkbox"/> Hjem ¹ <input type="checkbox"/> Innlegges AHUS ² (avdeling/evt. diagnose): <input type="checkbox"/> Innlegges KAD ³ psyk/rus plass <input type="checkbox"/> Arrest Politi ⁴ <input type="checkbox"/> Annet ⁵ , beskriv:		

Vedlegg 5 EasyQest spørreundersøkelse leger



Kartlegging av legenes opplevelse av arbeidet med pasientgruppen "personer med psykiske lidelser og rusproblemer på LEGEVAKT

Prosjektet: «Samhandling om øyeblikkelig hjelp - et døgntilbud for personer med psykiske lidelser – og rusproblemer», er et samarbeid mellom Follo Lokalmedisinske Senter og spesialisthelsetjenesten ved Follo Akutt-Team (FAT) avdeling ved Distriktpsykiatrisk Senter Follo (Follo DPS) og Rus og Avhengighet Follo (ARA). Prosjektet ble startet mars 2017 og fortsetter ut 2018. Prosjektet har fått prosjektmidler fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus, samt Samhandlingsmidler fra Ahus.

Prosjektet har fokus på å gi et helhetlig pasientforløp for mennesker med behov for akutt behandling innen rus og psykiatri. I denne forbindelse har FAT hatt kontorplass Legevakt på ettermiddagen hverdager og hatt samtaler med pasienter innlagt på døgnposten (KAD). I regi av prosjektet er det også igangsatt opplæringstiltak særlig rettet mot sykepleiere.

Som en del av evalueringen ønsker vi å kartlegge legenes opplevelse av arbeidet med denne pasientgruppen. Vi har utarbeidet to skjema: Ett tilpasset Legevaktslegene og et tilpasset Vaktlegene KAD. Vi har tidligere gjennomført en lignede kartlegging blant sykepleiere på KAD og LV.

Spørreskjema er todelt, første del går på opplevelse av egen trygghet og kompetanse i forhold til å møte pasienten, annen halvdel går på opplevelse av samarbeidet med FAT og mulig effekter ut fra målformuleringene i prosjektet.

Alle svarere er sikret full anonymitet i undersøkelsen. Du skal skal svare på 12 spørsmål og gi utfyllende kommentarer. Det tar ca 5 min å fylle ut skjemaet, noe lenger tid hvis du fyller ut med mye kommentarer. (Det ønsker vi oss gjerne).

Håper på rask tilbakemelding fra alle dere alle. På forhånd takk!

Hilsen Gro Hege Ludvigsen, prosjektmedarbeider.



67% fullført

Kartlegging av legenes opplevelse og erfaring med å jobbe med psykiatri og rus-pasientene.

***Merk av for ett av svaralternativene.**

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
1. I hvilken grad opplever du egen trygghet/sikkerhet i møte pasientgruppen rus/psyk på LV?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I hvilken grad opplever du egen trygghet/sikkerhet i møte pasientgruppen rus/psyk på hjemmebesøk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. I hvilken grad opplever du å få støtte fra annet personale de gangene du har stått i vanskelige situasjoner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I hvilken grad har du erfaring med pasientgruppen rus/psyk fra tidligere jobber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I hvilken grad opplever du at du har nødvendig vurderingskompetanse til å møte rus/psyk-pasientens behov?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis du på spørsmål 5 har krysset av for "Ikke i det hele tatt/I liten grad/I noen grad", kan du si noe om hvilken kompetanse som er ønsket?

***Merk av for ett av svaralternativene.**

<https://app.easyquest.com/no/Page/decc7ea4-61af-4c39-aa2b-45496671e288/1?isprevi...> 21.02.2019

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
6. I hvilken grad har du samarbeidet med FAT når de er til stede?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Merk av for ett av svaralternativene.

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Ikke relevant
7. Hvis du har samarbeidet med FAT, i hvilken grad har du opplevd at samarbeidet med FAT har gitt bedre pasientbehandling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Utdyp gjerne med eksempler/kommentarer på vellykket samarbeid eller problemer med samarbeid hvis du har opplevd det:

***Merk av for ett av svaralternativene.**

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
8. I hvilken grad har samarbeidet med FAT gitt deg større forståelse for arbeidsmåtene i spesialisthelsetjenesten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. I hvilken grad opplever du at legene og FAT nå har felles språk og begrepsbruk knyttet til pasientgruppen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. I hvilken grad ønsker du at FAT (eller tilsvarende kompetanse) skal være tilgjengelig på LV over et lengre tidsrom enn i dag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si eventuelt noe om ønsket omfang her (Spørsmål 10)

***11. I et framtidig akuttpsykiatrisk tilbud, hvilken kompetanse (i tillegg til leger og sykepleier) bør være tilgjengelig? Angi relevanse/viktighet (for alle).**

	1 Ikke relevant/viktig i det hele tatt	2 I liten grad relevant/viktig	3 I noen grad relevant/viktig	4 I stor grad relevant/viktig	5 I svært stor grad relevant/viktig
Psykolog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psykiatrisk sykepleier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosionom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre (definer hvilken/hvilke nedenfor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hvis du har krysset av for "Andre", angi hvilke typer kompetanse du ønsker.

***Merk av for ett av svaralternativene**

	Ikke i det hele tatt	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
12. I hvilken grad tror du "Samhandlingsprosjektet" har gitt et bedre tilbud til pasienten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Til slutt: Gi gjerne utdypende kommentarer generelt evt forslag til forbedringer.

Forrige

Send inn

Dette er en anonym besvarelse. Det vil si at utsteder ikke kan koble dine svar mot din identitet.
 Powered by EasyQuest (<http://www.easyquest.com/no/>)

Vedlegg 6: Intervjuguide fokusgruppeintervju

INTRODUKSJON TIL Fokusgruppeintervju for samarbeidspartner i prosjektet:

«Samhandling om øyeblikkelig hjelp - et døgntilbud for personer med psykiske lidelser – og rusproblemer»

Om prosjektet

Prosjektet: «Samhandling om øyeblikkelig hjelp - et døgntilbud for personer med psykiske lidelser – og rusproblemer», er et samarbeid mellom Follo Lokalmedisinske Senter og spesialisthelsetjenesten ved Follo Akutt-Team (FAT) avdeling ved Distriktpsykiatrisk Senter Follo (Follo DPS) og Rus og Avhengighet Follo (ARA). Prosjektet ble startet mars 2017 og fortsetter ut 2018. Prosjektet har fått prosjektmidler fra Fylkesmannen i Oslo og Akershus, samt Samhandlingsmidler fra Ahus. Prosjektet har fokus på å gi et helhetlig pasientforløp for mennesker med behov for akutt behandling innen rus og psykiatri. I denne forbindelse har FAT hatt kontorplass på Legevakt ettermiddagen hverdager og hatt samtaler med pasienter innlagt på døgnposten (KAD). I regi av prosjektet er det også igangsatt opplæringstiltak særlig rettet mot sykepleiere og helsefagarbeidere.

Hva er fokusgruppeintervju?

En fokusgruppe er et strukturert gruppeintervju, hvor en eller to personer leder et intervju med 6 til 10 deltakere. Deltakerne er vanligvis brukere, men metoden kan også brukes på ansatte eller samarbeidspartnere. Intervjuene bør ha en uformell form, med mulighet for at deltakerne kan komme med egne tema og innspill. Ved at deltakerne samtaler om sine erfaringer kan man få frem mer informasjon enn ved å intervjuet ett og ett gruppemedlem. Man lager en tematisk guide med åpne spørsmål eller emner. En god guide er vanligvis fra en til tre A4-sider og er organisert som en liste med spørsmål eller punkter under en rekke overordnede emner. Samtalen kan gjerne utvikle seg fra intervjuguiden og det er ordstyrerens rolle å forfølge de relevante sporene som deltakerne kommer inn på. Guiden er laget ut fra målene vi har for prosjektet og siden dette skal brukes som en del av evalueringen ønsker vi at deltagerne forsøker å besvare spørsmålene i guiden så godt som mulig.

Hvordan gjennomføre?

Vi gjennomfører intervjuet i LMS møterommet 3 etg og tar opp intervjuet. Dette for å sikre oss at vi får med alt det viktige som kommer fram. Når resultatene blir presentert i rapporten, er målet at det ikke skal framkomme hvilken person som sier hva, men det kan være viktig at det kommer fram hvilken rolle/arbeidssted den har som kommer med uttalelsen. Vi ønsker å få fram mest mulig av deres erfaringer ut fra deres ståsted.

Vi planlegger å gjennomføre tre fokusgruppeintervjuer: Vi starter med fokusgruppeintervju i prosjektgruppa og tar med erfaringen derfra videre til: En fokusgruppe med KAD og FAT og tema hvordan fungerer det på KAD? En fokusgruppe med LV og FAT og tema hvordan fungerer det på Legevakt? Vi planlegger å bruke 1,0-1,5 time på intervjuet med prosjektgruppa, noe lenger tid for de andre gruppene (maks 2 timer). Resultatene fra intervjuet skal brukes inn i rapporten fra prosjektet og opptakene vil bli transkribert og innspill vil tas videre inn i rapporten.

Hvordan velge ut deltagere?

Forslag til rekruttering av deltagere: Just vil rekruttere legene. Sykepleiere 2-3 (og en helsefagarbeider ved KAD) rekrutteres etter at prosjektmedarbeider har etterlyst aktuelle deltagere og ut fra interesse fra de som praktisk har mulighet til å stille. FAT: Et team som skal på jobb den dagen rekrutteres av deres leder. Totalt blir det 8+/- personer som deltar på hvert intervju.

Spørsmål til Prosjektgruppa

Generelt: Hva er deres erfaring med prosjektet?

Samhandling og kommunikasjon mellom partene

1. I hvilken grad:
 - Opplever dere at samarbeidspartnerne nå har et felles språk og begrepsbruk knyttet til pasientgruppen?
 - Har samarbeidet mellom FAT/ARA og Follo LMS ført til endret forståelse for arbeidsmåtene til samarbeidspartnerne? Gjerne eksempler.
2. Hvilke forventningene hadde dere til samhandlingen?
 - Er disse blitt innfridd?

Praktisk samhandling og samarbeid rundt pasienter på KAD

Hvilken erfaring har dere med samarbeidet FAT/ARA og KAD – gjerne eksempler:

- Når det gjelder pasienter som legges inn fra Legevakt til KAD?
 - Når det gjelder pasienter som legges inn av FAT på KAD?
 - Når det gjelder andre inneliggende pasienter som er aktuelle for samtale med FAT?
3. FAT har anledning til å legge pasientene inn på KAD uten å gå via lege? Hvordan fungerer det?
 4. Hvilken erfaring har dere etter utskrivelse på KAD?
 - Til hjem
 - Til annen institusjon

Praktisk samhandling og samarbeid rundt pasienter på Legevakt

5. Hvilken erfaring har dere med samarbeidet FAT og Legevakt? -Gjerne eksempler.
6. Hva er fordeler / ulemper med at FAT er stasjonert på LV?

Pasientperspektiv – målgruppe brukerne

7. Når vi den aktuelle pasienten?
8. Får pasienten behandling på rett nivå og til rett tid?
9. Får pasienten den hjelpen de trenger på Legevakt?
10. Får pasienten den hjelpen de trenger ved innleggelse KAD?
11. Får pasienten den hjelpen de trenger etter innleggelse KAD?
12. Har «Samhandlingsprosjektet» gitt et bedre tilbud til pasientene generelt?
I så fall - kan dere gi eksempler på dette?

Framtidige tilbud

13. Hva mer kan vi gjøre for å bedre tilbudet til pasientgruppen?
14. Er det noe vi ikke har spurt om som er viktig å få sagt?