



Åshild Vangen

Utviklingsprosjekt

Helhetlige og koordinerte tjenester til brukere av psykiske helsetjenester

Nasjonalt topplederprogram

April 2014

Bakgrunn og organisatorisk forankring

Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn er et distriktpsikiatrisk senter for Tromsø og fire nabokommuner. Senteret er organisert som en avdeling ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Siden etableringen i 1998 har hovedtrekkene i avdelingens struktur og organisasjonsplan vært opprettholdt. Avdelingen har over tid utviklet et mer totalt spesialisthelsetjenestetilbud innenfor psykisk helsevern for opptaksområdet. Dette har skjedd ved at avdelingen har fått overført størstedelen av sentralsykehusressursene for opptaksområdet. Vi har blant annet inkludert akutt-psykiatrisk sengepost i vår avdeling. I tillegg er antall kommuner senteret skal dekke økt. På denne bakgrunn er antall sengeposter økt fra 1 til 4, sengetallet fra 12 til 31. I 2014 er det 195 stillingshjemler i avdelingen mot 72 ved etableringen i 1998.

Etter hvert som avdelingen har vokst, har det blitt mer krevende å få helhetlig styring og god ressursutnyttelse. Avdelingen jobber ofte under stort press med lange ventelister ved poliklinikken og stort overbelegg i sengeenhetene. Det er utfordrende å få overført tilstrekkelige oppgaver til kommunenivå.

Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn forsøker å løse arbeidsoppgavene slik at man i størst mulig grad ivaretar samtidighet, samarbeid og overlappende tilbud med primærhelsetjenesten. Dette er i tråd med overordnede statlige føringer. Utfordringene våre er likevel å få til nødvendige avgrensninger og tydelige prioriteringer. De nasjonale føringene synliggjør at problemstillingene vårt senter erfarer, er sammenlignbare med utfordringene i mange andre DPS-er– særlig med henblikk på overbelegg i sengeenhetene og utfordringer med å få overført oppgaver til kommunehelsetjenesten.

Avdelingen trenger økt handlingsrom som blant annet må brukes til å bistå kommunene med veiledning slik at de kan ta større ansvar for flere allmennpsykiatriske behandlings- og omsorgsoppgaver.

Problemstilling og målsetting

Avdelingen har for lange ventelister ved voksenpsykiatrisk poliklinikk og overbelegg ved akuttpsykiatrisk sengepost.

Effekt mål:

Ved gjennomføring av systematisk veiledning til kommunehelsetjenesten og styrking av ambulant og poliklinisk virksomhet, skal færre pasienter innlegges i akuttpost og i døgnenheter.

Resultat mål:

1: Døgnenhetene er rustet opp slik de påtar seg alle behandlingsoppgavene som ikke krever rammene til en akuttpost. Institusjonsinnleggelse av avlastende karakter er forskjøvet til kommunenivå.

2: Avklart arbeidsfordeling og godt samarbeid mellom akutteam, ambulant psykoseteam og elektiv poliklinikk. Ressursene i teamene er dimensjonert riktig i forhold til teamenes oppgaver.

3: Avdelingen har innarbeidet systematisk brukerperspektiv og har et godt system der vi får tilbakemelding fra samarbeidspartnerne våre.

Analyse og argumentasjon

Helsevesenet beskrives ofte organisert som en behandlingsskjede. Hver del i kjeden har sitt avgrensede behandlingsområde. Pasientene sendes videre når man har utført sin del av behandlingen. I psykisk helsevern er det ofte vanskelig å gi beskrivelser av en tilstand som på en tydelig måte forteller hvor i behandlingsskjeden problemet hører hjemme.

For å sikre bedre sammenheng og kontinuitet i behandlingen, ble det i 1998 foretatt en omorganisering av vår avdeling. Det ble etablert behandlingsnettverk som et alternativ til behandlingsskjede – både når det gjelder organisering av avdelingen og når det gjelder klinisk behandlingssamarbeid. I et behandlingsnettverk har ulike deler et samtidig ansvar for å utvikle tilbudet i den enkelte sak. En pasient innlagt i en psykiatrisk sengepost, har både familie, fastlege og kanskje også en psykiatrisk helsearbeider i kommunen eller en poliklinisk behandler. For oss har det vært viktig å ha tydelige strukturer som kan opprettholde denne samtidigheten. Et eksempel på en slik struktur er at poliklinisk behandler alltid er en del av behandlingsgruppen til pasienten også mens sistnevnte er innlagt. Et annet kontinuitetsprinsipp er at polikliniske behandlere på faste dager jobber ute på fastlegekontor sammen med fastlegene. Våre ambulante team jobber tett sammen med psykiatriske helsearbeidere i kommunen i oppfølgingen av pasienter med alvorlige psykoselidelser.

Det har altså vært betydningsfullt for oss å få til en organisering av virksomheten som i størst mulig grad gjenspeiler de oppgavene en så for seg i opptaksområdet. Man ville legge til rette for at behandlerne i størst mulig grad kunne følge den enkelte bruker, uavhengig av hvor i organisasjonen vedkommende primært hadde fått sitt behandlingstilbud. Man ville tilstrebe en organisering hvor behandleren i større grad var bundet til behandlingsoppgaven enn til en bestemt driftsenhet i avdelingen. Det var viktig å få til en struktur som skulle redusere sjansen for at brukerne skulle havne på ”feil sted”.

Etter hvert som avdelingen har vokst, har det likevel blitt mer krevende å få til helhetlig styring og god ressursutnyttelse. Kontinuerlig overbelegg i sengepostene og for lange ventelister ved poliklinikken er daglige utfordringer. Våre samhandlingsprosjekter med kommunene blir omtalt som vellykket, men de har likevel ikke ført til mindre henvisninger til spesialisthelsetjenesten, snarere tvert om. Vår erfaring er at kommunene ikke i tilstrekkelig grad tar over oppgaver. Særlig gjelder dette pasienter med langvarige og sammensatte psykiske og rusrelaterte problemstillinger. Det er også en vedvarende problemstilling at våre samarbeidende kommuner ikke tar imot utskrivingsklare pasienter. Avdelingens sengekapasitet belegges til enhver tid av mellom 4 og 8 utskrivingsklare pasienter. Avdelingen jobber ofte under et stort press.

DPS skal være spesialisthelsetjenestens lavterskeltilbud. Men det skal likevel finnes en terskel. Vi er blitt usikker på om det innad i vår avdeling er tilstrekkelig tydelige føringer på hvor terskelen skal være, og om det gjøres for store individuelle vurderinger i hvor lange behandlingsforløp den enkelte pasient får. Når man erfarer at kommunen ikke er klar til å ta over pasienten, forlenger vi våre tilbud. Den enkelte behandler erfarer det som uforvarlig å avslutte behandlingen når det ikke er etablert tilfredsstillende kommunalt tilbud, selv om man vurderer at pasienten kunne ha klart seg med kommunal oppfølging.

Det er et faktum at i de senere årene har etterspørselen etter tjenester fra vår avdeling blitt betydelig større enn det vi faktisk har ressurser til å gi. Denne utfordringen krever et nytt fokus på avgrensinger og prioriteringer. En viktig del av denne prioriteringsoppgaven blir å støtte kommunene på en slik måte at de blir i stand overta de pasientgruppene som nasjonale føringer sier at de skal kunne håndtere.

Idealet er å kunne tilby helsetjenester tidlig nok slik at behovet for ø-hjelp minimaliseres. For å lykkes med å redusere ø-hjelpshenvendelser må det tilbys gode alternativer til innleggelse. Vi

må komme i kontakt med pasienten lenge før saken blir satt på spissen, og akuttinnleggelse er eneste mulighet. Som helsevesen må vi respondere raskt og ubyråkratisk på henvendelser og vise vilje til å være til stede for dem som trenger oss.

Vår utfordring nå er først og fremst å bistå/legge press på primærhelsetjenesten slik at de kommer mer i front, samtidig som vi må dreie tilbudet vårt slik at vi kan komme inn før situasjonen kulminerer til ø-hjelp.

Fremdriftsplan med milepæler

Beskrivelse av milepæl	Ansvarlig	Planlagt ferdig	Status
Endring av sengetall og behandlingsprofil til døgnenheterne	Avdelingsleder	20. juni 2014	Pågående endringsarbeid
Etablere konsultasjonsteam for hjelp til avslutning av langvarige polikliniske saker	Seksjonsleder for voksenpsykiatrisk poliklinikken		Etablert
Implementere rutinene for registrering av samhandlingsavvik av utskrivningsklare pasienter	Avdelingsleder	20. juni 2014	Pågående arbeid
Etablere prosjektgruppe for koordinering og ressursfordeling mellom ambulant team, akutt-team og poliklinikk	Avdelingsleder	31. oktober 2014	Pågående arbeid
Møter med alle fastlegekontor og kommunal psykiatrisk helsetjeneste. Avklaring av behov for undervisning, veiledning og felleskonsultasjoner	Seksjonsleder for voksenpsykiatrisk poliklinikk og praksiskonsulent	31. oktober 2014	Pågående arbeid
Brukerundersøkelse, Bruker Spør Bruker	Erfaringskonsulent	31. oktober 2014	Pågående planlegging

Budsjett - nøkkeltall

Dette vurderes å være et forbedringsprosjekt som vil foregå innenfor eksisterende budsjett.

Konklusjoner og anbefalinger

Vår vurdering er at dette utviklingsarbeidet vil bidra til å sikre bedre kvalitet og mer koordinerte tjenester til befolkningen i vårt opptaksområde.

Referanser

Distriktpsikiatriske senter- *med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen* IS- 1388 Veileder

Grimsrud, Beate, *En dåre fri*. Cappelen Damm 2010.

Hald, Magnus og Hoven, Siren, ”Psykiatrisk senter for Tromsø og omegn- et forsøk på organisering av et helhetlig brukernært spesialisthelsetilbud”, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid* vol.6 nr 3,2009.

Kommunenes og UNN`s tiltaksplan og prioriteringer fra 2014, oppfølging av partenes felles ansvar i samhandlingsavtalene (KSU 3-12)

Nasjonal strategi gruppe II for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, arbeidsgruppe 2, september 2010

Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer.(2012) Oslo: Helsedirektoratet

Retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste. (1987). Oslo: Universitetsforlaget (NOU 1987:23)

Prioriteringsveileder Psykisk helsevern for voksne IS-158

Samhandlingsreformen. Rett behandling-på rett sted-til rett tid. (2008-2009) St.melding nr. 47 Oslo: Helsedepartementet

Aarre, Trond F., *Manifest for psykisk helsevern*, Universitetsforlaget 2010