

AKUTTPSYKIATRI PÅ HJEMMEBANE - PASIENTENS

trenger vi bedre verktøy?

egen bakgrunn for å mene noe om dette:

- erfaring fra:
 - somatisk akuttmedisin (medarbeider og leder)
 - ungdomspsykiatri/akuttavdeling-poliklinikk (medarbeider og leder)
 - voksenpsykiatri/akutt-subakutt-allmenn og poliklinikk (leder)
 - rusomsorg/avrusning/behandlingsenhet og bokollektiv for ungdom (leder)
 - konsulent/fylkeslegen på rusområdet
 - AAT (siden oppstart 2010/leder), herunder 4 uker hospitering CRT(crisis resolution team)/Chelsea - nå HTT (home treatment team)

Opptaksområde:
Hamar, Stange, Løten,
Ringsaker, Elverum,
Våler, Åmot og Trysil
) : 102000 over 18 år



Veileder

15 1388

Psykisk helsevern for voksne

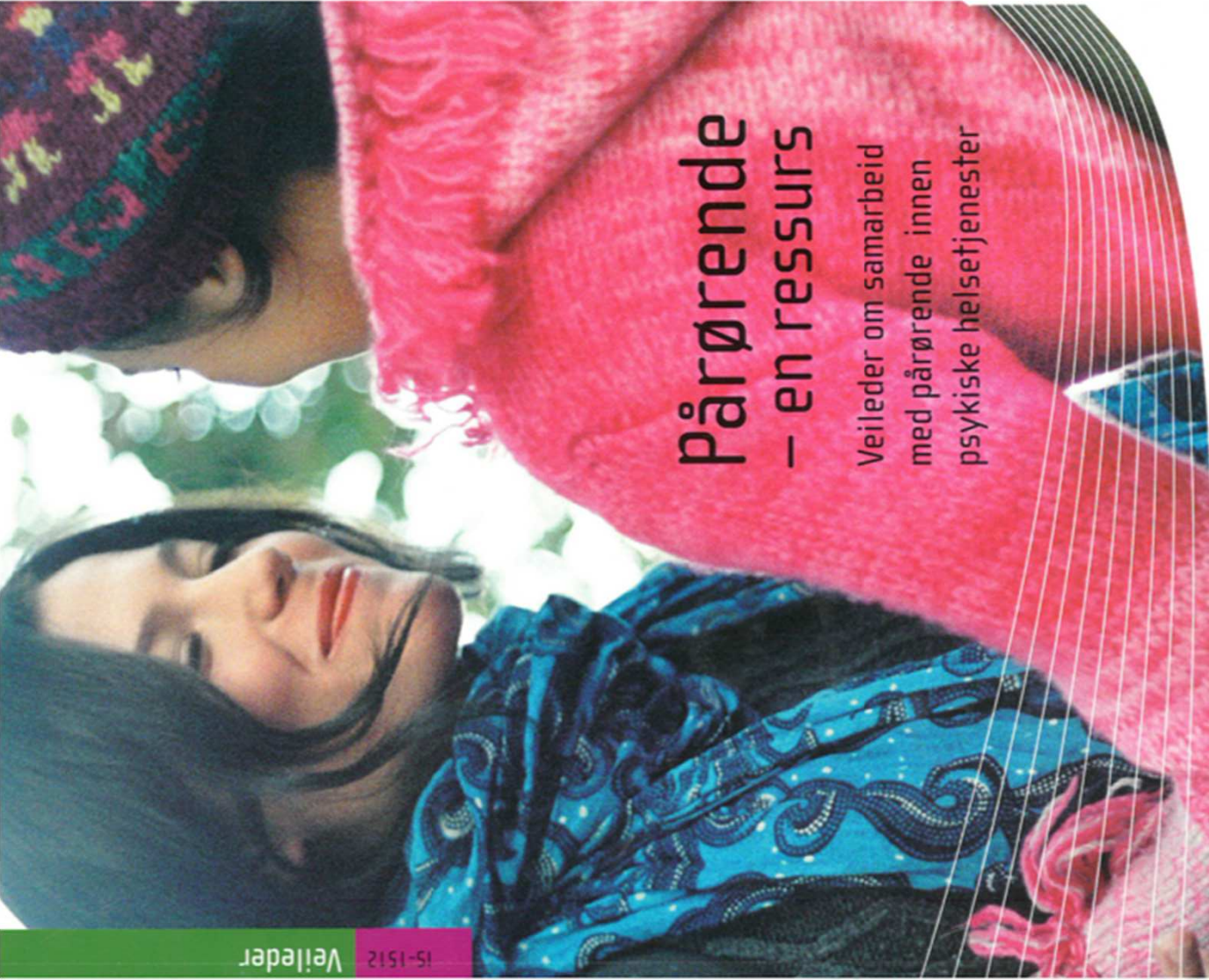
Distriktpsikiatriske sentre

*- med blikket vendt mot kommunene og
spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*

"DU ER KOMMET TIL RETT STED"

Ambulante akuttjenester ved distriktpsykiatriske sentre



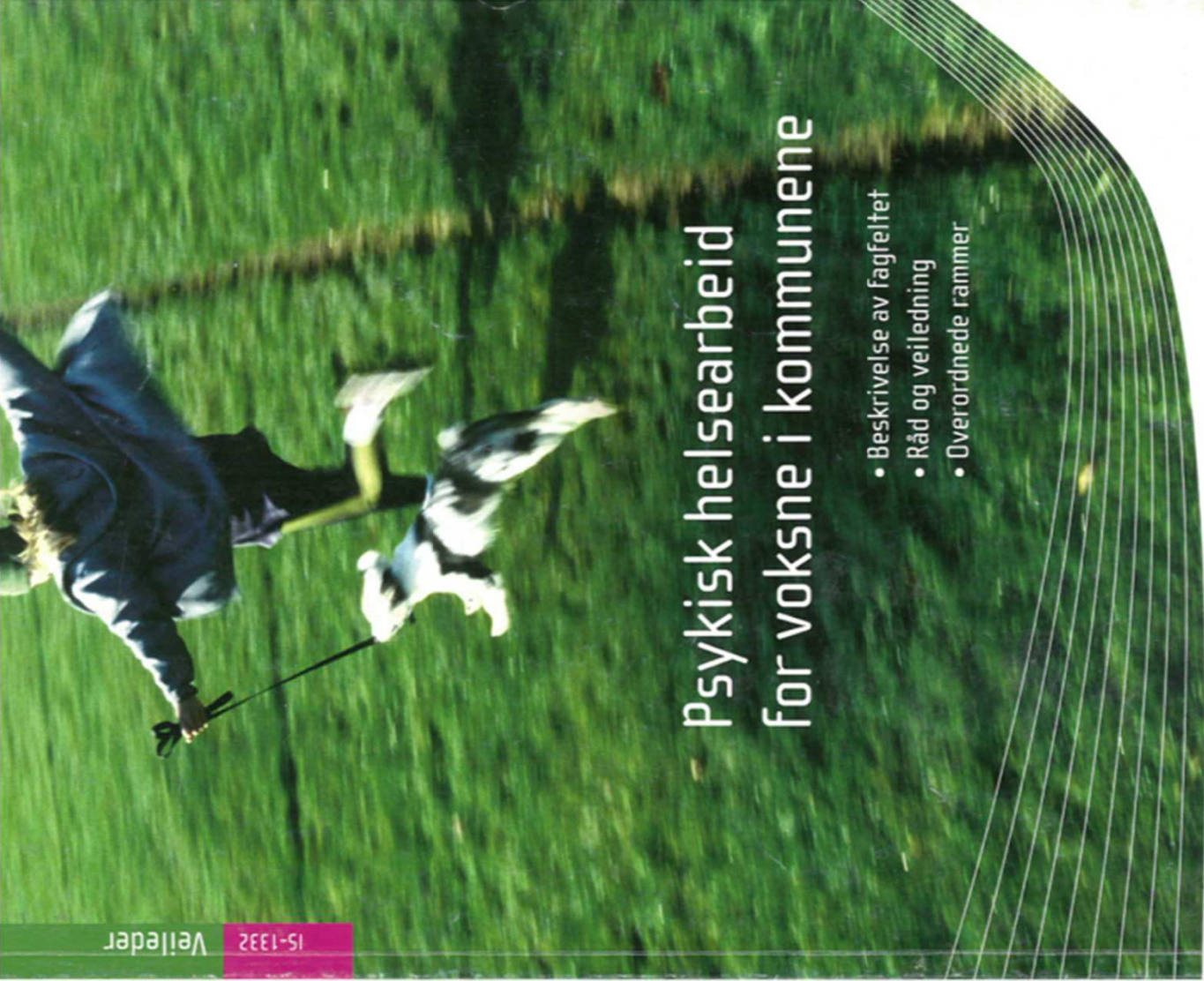


Veileder

15-1512

Pårørende – en ressurs

Veileder om samarbeid
med pårørende innen
psykiske helsetjenester



Veileder

IS-1332

Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene

- Beskrivelse av fagfeltet
- Råd og veiledning
- Overordnede rammer



Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskaading 2014-2017



Organisering og praksis i ambulante akutteam ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS)

Mål for arbeidet:

- AAT skal tilby pasienter en behandling med minst mulig inngripen i deres liv, understøtte deres egne valg og egen mestring, og gjennomføres i samhandling med deres pårørende og øvrig nettverk - noe som gir følgende utledninger:
- AAT skal gi alle pasienter i akuttpsykiatrisk krise et individuelt tilpasset behandlingstilbud, ytt på beste effektive nivå, i aktiv samhandling med pasienten, pårørende, fastlege, psykisk helse i kommunen, NAV mm
- Tilbudet skal gis ambulant og raskt (helst innen 4 timer), samt med den hyppighet tilstanden krever

-
- Tiltakene skal primært være et alternativ til innleggelse, men det er viktig å sørge for innleggelse der det er påkrevet
 - Særlig vil dette dreie seg om pasienter hvor
 - det hersker usikkerhet mtp sikkerheten for pasienten
 - når pasientens evne til egenomsorg er sterkt redusert
 - når nettverket er utslitt etter langvarig oppfølging av pasienten og ikke lenger ønsker/mestrer hjemmebehandling
 - når det åpenbart er til skade for barn at den syke forelder behandles hjemme

Hvorfor hjemmet er en foretrukken behandlingsarena

- hjemmet er for mange tryggere enn både sengepost og behandlerkontor
- pasienten kan enkelt opprettholde kontakten med familie, dyr, arbeid, skole mm
- pasienten unngår tilleggsbelastningen ved døgnopphold
- det er stort sett alltid lettere å få tak i komparantopplysninger, og få en god oversikt over pasientens totale livssituasjon
- det er enklere å samarbeide, konkret, med pårørende og annet nettverk
- det er enklere å ivareta barnas behov
- det er enklere å samarbeide med kommunens helse - og omsorgstjenester
- det er bedre muligheter for å iverksette realistiske tiltak, og prioritere disse riktig
- det er bedre muligheter for vedlikehold av ferdigheter i eget hjemmemiljø
- det oppleves ofte som mindre stigmatiserende

Det skorter mao ikke på nasjonale føringer

- Allikevel:
 - AAT arbeider, og er organisert, innenfor et konvensjonelt system, hvor rammene i alle hovedsak er basert på elektiv poliklinikk
 - Dette kommer til uttrykk gjennom krav til
 - henvisninger
 - betaling av egenandel
 - aktivitet/antall inntektsgivende konsultasjoner pr dag

Virkeligheten?

- Ulik forståelse evnt. definering av oppdraget i AAT?
- Ulik forståelse evnt. definering av ambulant?
- Ulik forståelse evnt. definering av begrepet akutt?
 - Fidelity-us. til T.Ruud har godt synliggjort dette:
 - noen team reiser stort sett alltid hjem til pasientene, mens andre primært arbeider stasjonært
 - noen team har responstid på under 4 timer, som mål, mens andre har en gjennomsnittlig responstid på 1-3 døgn, og tenker det er greit
 - noen arbeider kort (og intensivt) mens andre følger pasientene over lengre perioder
 - noen har innleggelsesrett til både sykehus - og DPS-senger, mens andre ikke har det (hel, delvis eller ingen rolle som «portvakt»)

-
- Det kan være gode faglige og organisatoriske grunner til såvidt stor ulikhet, men det kan også være at grunnene ikke er så gode.
 - Argumenter for å arbeide mer i hht intensjonene (i tillegg til målene for arbeidet)
 - metodikken er godt utprøvd, forsket på og evaluert, om enn ikke tilstrekkelig i Norge
 - pasienter, pårørende og samarbeidspartnere vil kunne vite hva de kan (sånn omtrent) forvente, uavhengig av geografi
 - det vil gjøre det enklere å forske videre på AAT'enes arbeid, funksjon og effekt — og kunne sammenligne internt i landet

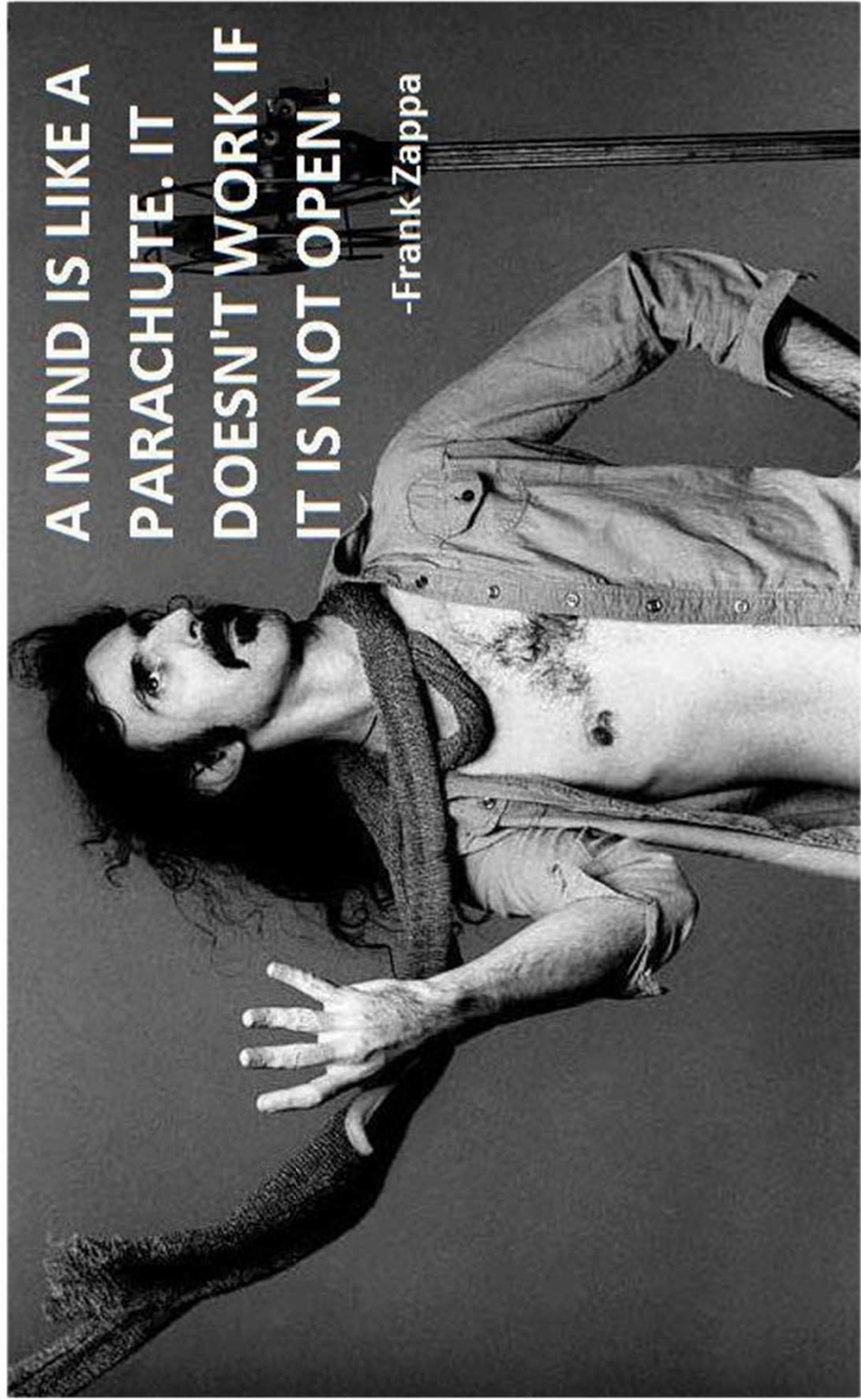
Å arbeide i hht intensjonene = å arbeide i organisatorisk motvind

- å være et reelt alternativ til innleggelse, vil kreve tett oppfølging, dvs ofte et eller flere hjemmebesøk daglig, kombinert med telefonkonsultasjoner. Takstsystemet er ikke på lag med oss - dvs pasientene. En egenandel på kr.345 - og en daglig oppfølging gjennom 6 dager, vil gi en kostnad på kr.2070.
- å arbeide 2 sammen, gir refusjon for kun for 1
- å gjøre suicidrisikovurderinger etter villet egenskade på somatisk sh, gir null i refusjon
- å gjøre en vurdering som ender med innleggelse gir null i refusjon
- å drive med hjemmebehandling i ren akutfase er tidkrevende, og det gis ikke refusjon basert på tidsbruk

-
- Jeg vil allikevel hevde at fordelene, ut fra en vurdering av hva som til enhver tid er best for pasienten, trumfer alle de økonomiske/organisatoriske snubletrådene.
 - Men for å lykkes, trenger vi kanskje å lære av hverandre?
 - både hvordan manøvrere i et felt som snakker med 2 tunger (som både ønsker fleksible, pasientnære tjenester, men som økonomisk ikke belønner det - tvert i mot)
 - og hvordan ambulant akuttpsykiatri, helt konkret kan utføres på den aller beste måte

**A MIND IS LIKE A
PARACHUTE. IT
DOESN'T WORK IF
IT IS NOT OPEN.**

-Frank Zappa



Henvisning ikke henvisning?

At en pasient som selv opplever seg i en akuttpsykiatrisk krise og selv bestiller behandling/hjelp vil i utgangspunktet kollidere med flere prinsipper, som ligger til grunn for å få bistand fra spesialisthelsetjenesten:

- avklaring og forsøkt behandling fra fastlege og/eller annen 1.linjetjenesten
- henvisning fra fastlege eller legevakt, som spesifiserer problemstilling det bes om bistand til, formulert på en slik måte at henvisningen kan vurderes i hht Psykisk helsevernloven og prioriteringsveilederen

En rekke AAT fraviker dette bl.a. fordi:

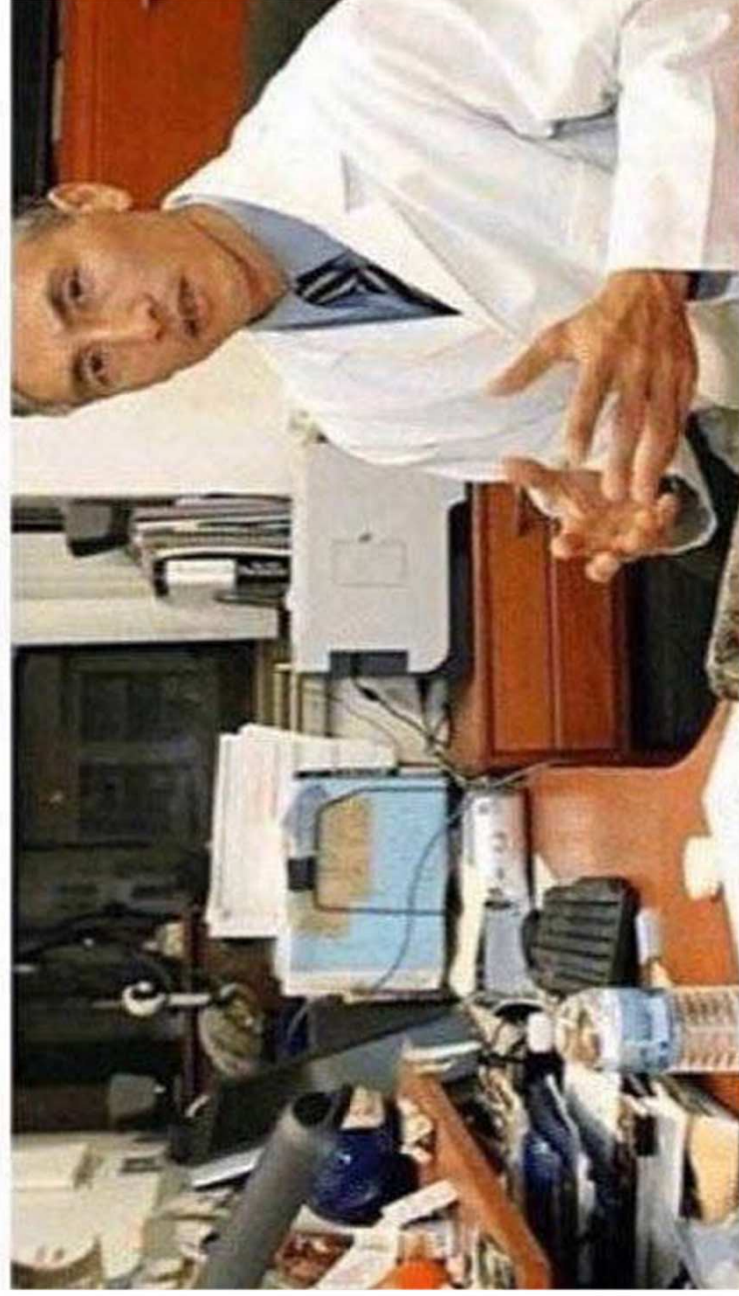
- rask, riktig og godt tilgjengelig hjelp er vesentlig mtp rask bedring, herunder tilbakeføring til skole/arbeid
- eiendomsretten til egen definisjon av sine problemer er helt sentral når det gjelder å redusere risiko for å kjenne seg fremmedgjort, re-definert (til det ugjenkjennelige?) - og derved kunne bli mindre mestrende til eget liv - i krisen

-
- og begrepet brukermedvirkning/brukerinvolvering kan skiftes ut med et realistisk, konkret begrep:
 - **BEHANDLERMEDVIRKNING** og/eller
 - **BEHANDLERINVOLVERING**

KONSEKVENSER ved en slik praksis:

- AAT blir nettopp det som veilederen sier: «DU HAR KOMMET TIL RETT STED.....»
- vi bidrar til å redusere maktesløshet hos pasienten, som ikke får beskjed om å ringe et annet sted, snakke med noe andre, bestille time hos lege oa
- vi gis anledning til å gi råd, der hvor det åpenbart er mest hensiktsmessig
- vi tar pas. egen definisjon på krise på alvor (en kollaps av både ytre rammer og indre selvopplevelse) - T. Kleivan - «Hjelpsom hjelp, hva er det?»
- og vi bistår med å opprette kontakt med rett hjelpenivå, der et annet er mest hensiktsmessig
- det kommer endel henvendelser som ikke får noen tiltak, som er tildels litt tidkrevende, men som uansett ikke bare bør administreres bort

**Study finds that hearing
an opposing viewpoint
causes no real harm.**



VESENTLIGE OMRÅDER VI MÅ UTVIKLE KUNNSKAP OM

- Hva er et godt hjemmebesøk ?
 - avtalen, klargjøring av rammene, forholdet til dyr, hvem som deltar, hva som er hensikten, involvering av pårørende og/eller andre hjelpeinstanser, bruk av kolleger som drøftingspartnere i selve samtalen, gjesterolle versus behandlerinvolvering, kalibrering av forventinger opp mot m muligheter mm
- Hva er en *tilstrekkelig* utredning?
 - hva skiller en akutt-utredning fra en poliklinisk psykiatrisk utredning?
 - diagnostisering - hva er adekvat faglig forsvarlig og nødvendig bruk av diagnoser?
 - eller vektlegging av pasientens egen beskrivelse av funksjonsfall og mestringsstrategier?
 - somatisk avklaring

-
- Hva er *god* hjemmebehandling?
 - Hvilke plager/funksjonsfall egner seg *mindre* for hjemmebehandling?
 - Hvordan ivareta god *sikkerhet*? («mission always - safety first»)
 - for pasient/pårørende
 - for de ansatte

I do not suffer
from insanity, I
enjoy every minute
of it.

Edgar Allan Poe

- Hvordan få til et tett, godt og vennlig samarbeid med fastleger, kommunalt psykisk helsevern, NAV, BUP, barnevern, somatisk sykehus, annen spesialisthelsetjeneste mm?
- Hvordan praktisere «portvaktrollen»/innleggelsesansvaret ?
- Hvordan ivareta god nok informasjon til pasient og pårørende i en krise?
- Hvordan dokumentere godt nok - og raskt nok - i journal?

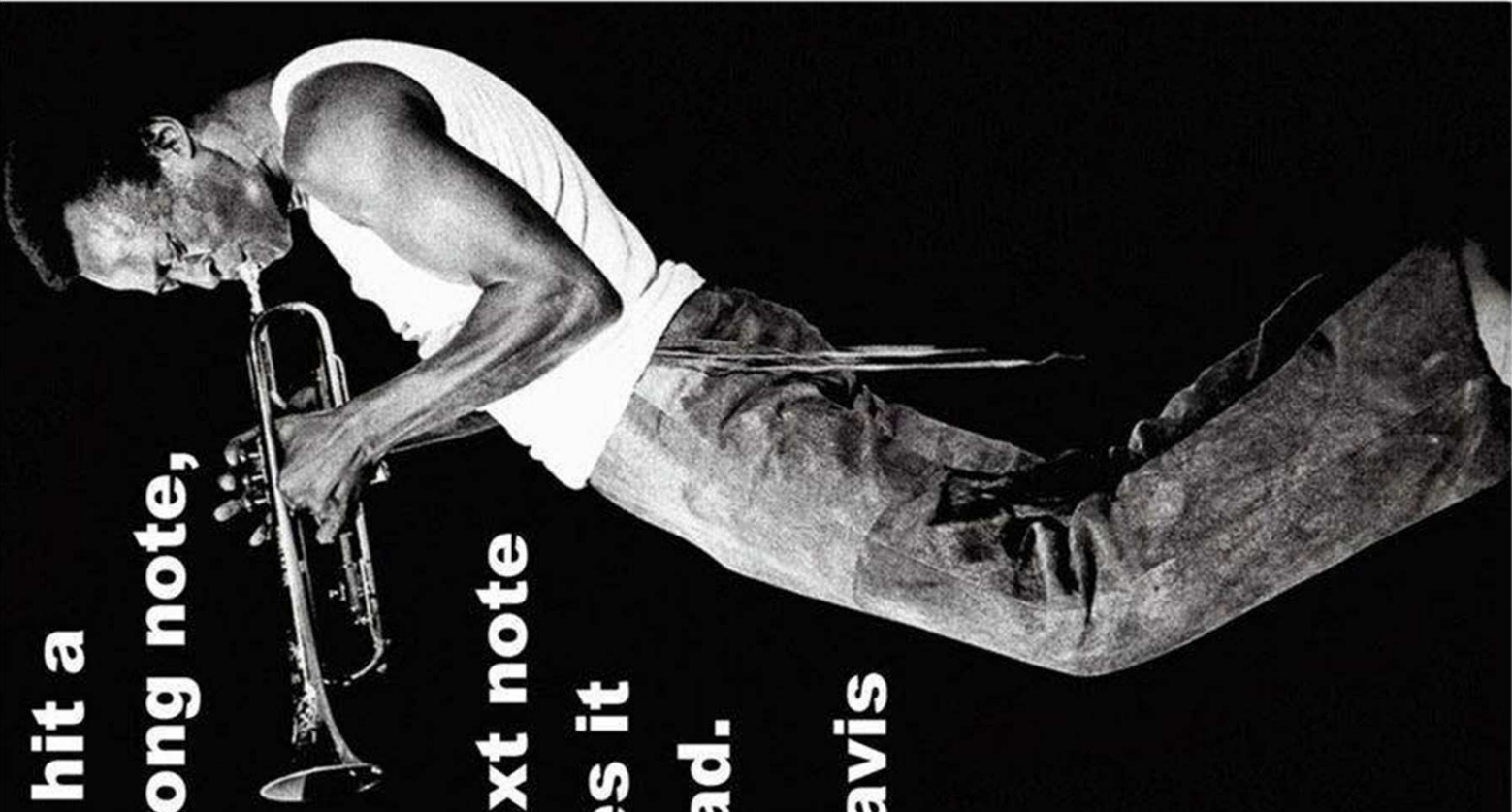
- Hvilke formelle kvalifikasjoner *samt* personlige egenskaper er nødvendig for å bli en god AAT-medarbeider?
- Hvordan organisere arbeidet slik at det blir balanse mellom tilgjengelighet (å være i beredskap) med fornuftig arbeidsinnhold i hverdagene?
- Hvilke prosedyrer og retningslinjer bør vi lage selv? (fordi de ikke finnes)
- Hva med erfaringskonsulent i AAT?
- Hva er god ledelse i AAT?
- Hvilke fallgruber er de vanligste - som det faktisk går an å unngå?
- Hvordan sikre faglig utvikling/forskning slik at erfaring på god måte blir kombinert med oppdatert teoretisk kunnskap på en dynamisk måte?

- Mange av oss, som arbeider i AAT har måtte prøve oss fram, bruke de erfaringer vi har, bruke kolleger (ringe en voksen...), bruke fantasien -utforske egen evne til fleksibilitet og på den måten bli gode hjemmebehandlere i en akuttpsykiatrisk krise.
- Men: det ville vært enklere hvis vi hadde hatt noe verktøy, av helt praktisk art, å støtte oss til. Learning by doing har definitivt sin sjarm, og vil uansett verktøykasse, være vesentlig også i dette arbeidet. Men vi kunne kanskje sluppet endel usikkerhet? Usikkerhet som kan ha medført at AAT'er rundt i landet arbeider så ulikt?

**When you hit a
wrong note,**

**it's the next note
that makes it
good or bad.**

- Miles Davis



Våre erfaringer og resultater fra PasOpp - kan være et godt utgangspunkt for fortsatt utvikling av god praksis

Pasientene er misfornøyd innenfor følgende områder:

- samarbeid med pårørende (i bedring fra 2014 til 2017)
- forberedelser til hva som kommer etter en innleggelse
- informasjon om de psykiske plagene/diagnosen
- informasjon om de behandlingsmuligheter som finnes
- hjelp og behandling som gjør pasienten bedre i stand til å forstå og mestre sine plager

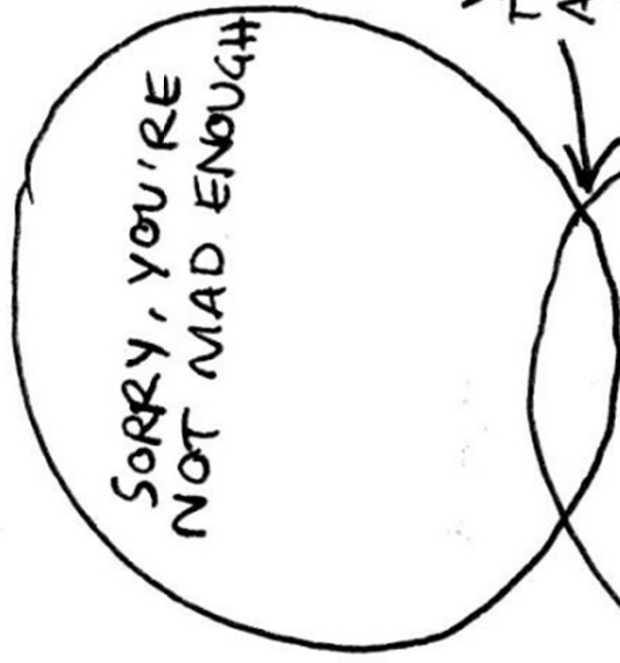
- hjelp og behandling som gir tro på et bedre liv etter utskriving
- tilfredsstillende hjelp fra kommunen
- samhandling mellom ulike helsetjenester

-og til slutt: så mange som 30% av pasientene hadde opplevd å bli snakket nedlatende eller krenkende til

tilbakevendende problemstilling:

- Er dette en jobb for spesialisthelsetjensten - eller er det en kommunal oppgave?
- Ofte er det en oppgave hvor pasient, fastlege, kommunal psykisk helse, nav og spesialisthelsetjeneste må arbeide *samtidig og sammen* for å få fram de gode løsningene - både på kort og lang sikt

GETTING HELP FROM
MENTAL HEALTH SERVICES



YOU ARE
THE CORRECT
AMOUNT OF
MAD.

HERE, WE
WILL PUT
YOU ON AN
18 MONTH
WAITING
LIST

det vanskeligste vi gjør - forebygge selvmord

- Etterlattes erfaringer ved selvmord hos unge menn -

Tidsskriftet Den Norske Legeforening utg.3, 6. februar 2018 - Mette Lyberg Rasmussen Gudrun Dieserud

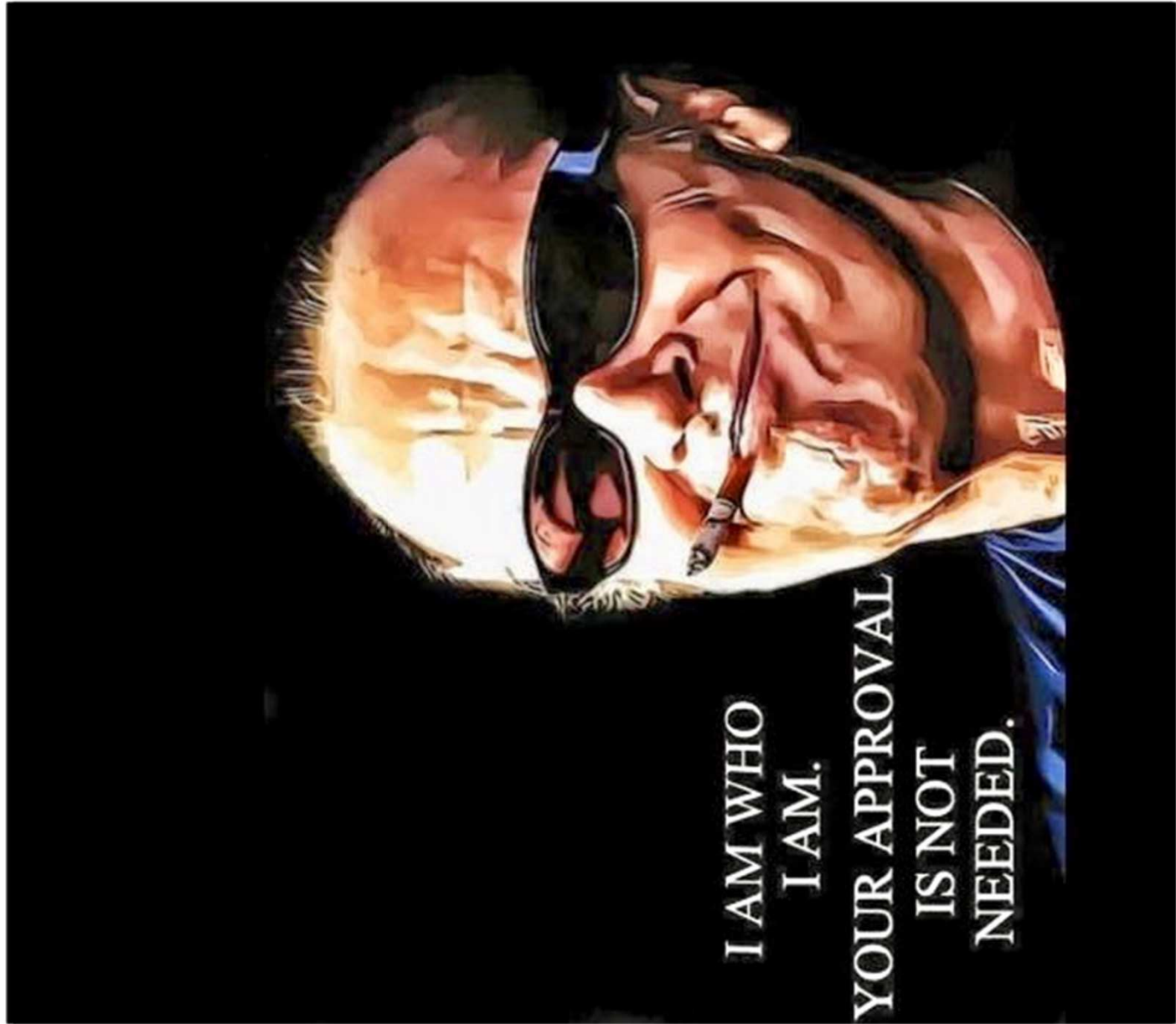
- de fleste etterlatte hadde ikke sett tegn til psykisk sykdom før selvmordet. Selvmordsforsøket var knyttet til relasjonelle forhold. Etterlatte som hadde tanker om at det forelå økt selvmordsfare opplevde at deres oppfordringer om å søke helsehjelp ikke var nok. De ønsket bl.a. oppsøkende helsehjelp.

- **Bedre omsorg, færre selvmord?** Tidsskriftet Den Norske
Legeforening utg.3, 6. februar 2018 Julia Hagen, Heidi Hjelmeland, Kristin Espeland, Birthe
Loa Knizek

- Tar til orde for revidering av retningslinjene ved. selvmordsforebygging, og hvor omsorg, den gode relasjonen får en større og mer betydningsfull plass - og derved ikke overvurderer betydningen av å gjøre «korrekte» vurderinger basert på risiko - og beskyttelsesfaktorer alene.

Kort oppsummert

- bedre tilgjengelige tjenester er ønsket fra både pasienter, pårørende, samarbeidspartnere, politikere og mange hjelpere
- økt tilgjengelighet og økt samhandling, herunder utvikling av gode rutiner hva gjelder samtlige tjenester «står på trappene» - og vi har mulighet for å sitte i førersetet her
- for å kunne være førende, må kunnskapen vår være tydelig, lett-kommuniserbar og generaliserbar
- da må vi samle kunnskap, publisere, videreutvikle, fornye og forbedre - og vi må gjøre det selv - vi som kan faget



I AM WHO
I AM.

YOUR APPROVAL
IS NOT
NEEDED.

TAKK FOR MEG!

liv.jerven@sykehuset-innlandet.no

