

# Arbeidsgruppe for samarbeid innen psykisk helse og rus i Hallingdal

## 1. Bakgrunn og prosess

LSU Hallingdal har pekt ut følgende personer til å sitte i en arbeidsgruppe for å utrede videre samarbeid innen psykisk helse og rus i Hallingdal:

*Kitty Line Scheen, overlege, VVHF*

*Rune Rindal, IMA, VVHF*

*Patience Lister, SAMPR, kommuneoverlege, Gol (leder)*

*Heidi Grøthe, SAMPR, koordinator psykisk helsevern, Hemsedal*

*Jørund Brekke, SAMPR, avdelingsleder psykisk helse, Hol*

*Marit Mikkelsplass, leder helse og forebygging, Nes*

*Britt Inger Liahagen, avd.leder somatisk døgnavdeling, Hallingdal sjukestugu*

*Ida Marie Holen, brukerrepresentant, FFO Buskerud*

*Samhandlingssjef Reidar Aasheim, VVHF*

*Samhandlingsleder Øystein Lappegard, Hallingdal (sekretær)*

*Mandat:*

*Arbeidsgruppa skal foreslå organisering og samarbeidstiltak for kommunale øyeblikkeleg hjelp – senger for psykisk helse og rus i Hallingdal. Dette med utgangspunkt i de løsninger som er skissert i revidert veileder fra Helsedirektoratet, [Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold](#).*

*Arbeidsgruppa skal videre foreslå*

- kriterier for innleggelse på kommunale øyeblikkelig hjelp - plasser innen psykisk helse og rus i Hallingdal*
- tiltak for å styrke kompetansen der dette blir vurdert som nødvendig*
- ordninger for å gi støtte til legevakt og kommunenes øyeblikkelig hjelp – plasser utenom ordinær arbeidstid, dette både fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten.*

*Alle forslag skal være gjennomførbare med utgangspunkt i nåværende økonomiske rammer.*

*Arbeidet skal legges fram for LSU innen 25.11.16.*

*Arbeidsgruppa skal aktivt bruke SAMPR (Samarbeidsgruppe for psykisk helse og rus), Allmennlegeutvalget i Hallingdal, Legevaktrådet og KOLF (kommuneoverlegeforum) som referansegrupper i arbeidet.*

Arbeidsgruppa har hatt to møter. Samhandlingssjef Reidar Aasheim har ikke hatt muligheter til å møte og brukerrepresentant Ida Marie Holen har ved en feil ikke blitt kalt inn til møtene. Begge har fått muligheten til å gi skriftlige innspill før rapporten ble ferdigstilt.

Arbeidsgruppa står samlet bak rapporten. Utkast til rapport er forelagt SAMPR og Allmennlegeutvalget i Hallingdal. Disse har gitt sin tilslutning. LSU bør vurdere om det skal innhentes uttale fra Legevaktrådet, KOLF (Kommuneoverlegeforum) og Ringerike distriktpsykiatriske senter (DPS).

## 2. Organisering av kommunale øyeblikkelig hjelp – senger for psykisk helse og rus

Kommunene er fra 1. jan. 2017 pålagt å ha et døgntilbud for øyeblikkelig hjelp psykisk helse og rus. Arbeidsgruppen er bedt om å vurdere organiseringen av dette i Hallingdal med utgangspunkt i den veilederen som Helsedirektoratet gav ut våren 2016.

### 2.1 Veilederens signaler om organisering

Veilederen understreker at formålet med et krav om et øyeblikkelig hjelp døgntilbud for psykisk helse og rus i tillegg til den tilsvarende plikten kommunene har hatt for somatisk sykdom (fra 1. jan 2016), er å gi «*et likeverdig tilbud til personer med psykiske helse- og rusmiddelproblemer innenfor det tilbudet som allerede er etablert for somatiske pasienter*».

*«Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.»*

Veilederen understreker at tilbudet skal knyttes til de etablerte døgntilbud for somatiske pasienter: «*Det vil hverken være god samfunnsøkonomi eller ønsket faglig utvikling at kommunene bygger opp egne og kostnadskrevenne døgninstitusjoner for pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer når plikten innføres fra 2017. Tilbudet til nye pasientgrupper bør derfor bygge på de eksisterende døgntilbudene som er etablert for somatiske pasienter.*»

Veilederen understreker også at tilbudet skal planlegges og utvikles i samarbeid mellom kommunene og DPS. «*Kommunene og spesialisthelsetjenesten bør vurdere hvordan det eksisterende døgntilbudet om kommunal øyeblikkelig hjelp også kan omfatte tilbud til et bredere spekter av pasientgrupper enn det hittil har gjort, og inkludere pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer.*»

### 2.2 Erfaringer i Hallingdal

Det har i Hallingdal vært tradisjon gjennom lang tid at pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer har vært innlagt ved somatisk avdeling Hallingdal sjukestugu. I rapportering til Helsedirektoratet for KAD-plassene for perioden 01.09.14 – 31.08.15 var det 21 av 227 ( 9 %) pasienter med innleggelsesdiagnose innen psykisk helse. Hvis en for disse pasientene regner en gjennomsnittlig liggetid på 3 døgn, tilsvarer dette et behov på 0,17 seng på årsbasis.

I den perioden den psykiatriske døgnavdelingen var i drift (1990-2010), ble denne avdelingen brukt, men allmennlegene opplevde ikke så sjelden at det var lettere å legge en pasient med psykiske problemer inn ved den somatiske avdelingen. I den gjeldende samarbeidsavtalen for de kommunale øyeblikkelig hjelp plassene og som har vært uendret siden 2012, er det åpnet for innleggelse av pasienter med psykiske helseproblemer:

#### Psykiatri

- *Nevroser, angst og livskriser som kun trenger trygghet og omsorg. Kommunen må ta ansvar for videre behandling.*
- *Alkoholpåvirkede pas med småskader uten bevissthetstap*

Allmennlegene har hatt positive erfaringer med muligheten til å legge pasientene inn ved somatisk avdeling Hallingdal sjukestugu. Flest innleggelser kommer fra legevakt og i en travel legevaktssituasjon oppleves en innleggelse ved somatisk avdeling oftest som en god løsning. Pasienten blir ivaretatt på en betryggende måte uten å måtte gå til det alvorlige skritt å innlegge pasienten som ø.hj. på en akuttpsykiatrisk avdeling. I en interkommunal legevakt blir det ofte slik at en lege fra en kommune møter en pasient fra en helt annen kommune. Da oppleves det lettere å legge pasienten inn ved de

kommunale ø.hj.-plassene på Hallingdal sjukestugu og fortsatt kunne ha en nærhet til oppfølging av pasienten, enn å skulle forholde seg til en sjukeheim som en ikke kjenner.

Som ledd i Prosjekt lokalmedisinske tjenester i Hallingdal ble problemstillingen om akuttinnleggelser av psykiske helseproblem på somatisk avdeling utredet. Da ble det vektlagt at avdelingen kunne ha behov for støtte fra kommunene i situasjoner der de innlagte pasientene krevde mye tid og omsorg. Det ble forsøkt å få til en ringeliste til personell ute i kommunene der avdelingen kunne henvende seg ved slike behov. Dette har vist seg svært vanskelig i praksis og behovet for denne type assistanse har også vært lite. Ved det aktuelle prosjektarbeidet ble det også gjort avtale om bistand fra psykiatrisk seksjon på første hverdag etter innleggelsen, - hvis dette var et faglig behov. Det har vært få slike forespørsler, men når behovet har vært der, har psykiatrisk seksjon fulgt bra opp.

For avdelingen ved HSS kan ivaretagelsen av pasienter med psykiske helse og rusproblemer være en utfordring på toppen av alt annet. Oppfølging er avhengig av andre oppgaver som skal ivaretas i avdelingen, hvor stort belegg avdelingen har, hvor ressurskrevende pasienter som er inneliggende ("vandrerer", demenspasienter, sepsis m.m.), omfang av infusjoner, behov for smertelindring, og eventuell terminal pleie. Alt dette vil variere fra gang til gang og kreve fleksible ordninger.

I tillegg til innleggelser ved Hallingdal sjukestugu, har det ved de fleste lokale sjukeheimer også vært åpnet for innleggelser av pasienter med psykiske og rusmiddelrelaterte problemer. Erfaringene med dette har vært blandet. Noen har sett dette som positivt og understreker at dette gjør at fagpersonell fra psykisk helse i kommunen lettere kommer i gang med oppfølgingen. Andre har meldt om vansker med å greie å takle yngre pasienter med psykiske problemer eller rusproblemer i en avdeling der gjennomsnittsalderen er nærmere 90 år. Noen har meldt om tilbakemeldinger fra personalet i eldreomsorgen om manglende kompetanse til å ivareta denne pasientgruppen.

### **2.3 Arbeidsgruppens vurdering**

Arbeidsgruppen tilrår løsningen som ligger i Helsedirektoratets veileder, at de kommunale ø.hj.-plassene ved Hallingdal sjukestugu både skal kunne ta i mot somatiske problemstillinger og psykiske helse- og rusproblemer. Dette er en videreføring av en lang tradisjon i Hallingdal. I tillegg vil allmennlegene også kunne bruke lokale sykehjem der dette vurderes som den beste løsningen for pasienten.

I den videre besvarelsen vil arbeidsgruppen skissere hvilke krav en løsning tilknyttet de kommunale ø.hj.-plassene ved HSS setter i forhold til type pasienter som tas inn og hvilken støtte avdelingen kan få både fra kommunene og psykiatrisk seksjon. Det ligger som en forutsetning for den aktuelle løsningen at omfanget av innleggelser og type innleggelser videreføres som i dag. Arbeidsgruppen vurderer det slik at dagens praksis er i tråd med de føringer som legges fra Helsedirektoratet.

Arbeidsgruppen har tillit til at intermedieæravdelingen i samarbeid med kommunene vil utvikle tilbudet til det beste for den aktuelle pasientgruppen. Det bør jevnlig evalueres om ordningen fungerer optimalt for alle parter og særlig for pasientene. Derfor bør evalueringen av tilbudet innen psykisk helse og rus være en viktig del av den evalueringen som er bestemt gjennomført for intermedieæravdelingen.

### **2.4 Konklusjon**

- Arbeidsgruppen tilrår at kommunenes døgntilbud for øyeblikkelig hjelp psykisk helse og rus organiseres som en del av kommunenes døgntilbud for øyeblikkelig hjelp somatikk ved Hallingdal sjukestugu.
- Det ligger som en forutsetning for den aktuelle løsningen at omfanget av innleggelser og type innleggelser videreføres som i dag.
- Arbeidsgruppen understreker behovet for å evaluere ordningen sammen med de evalueringer som er bestemt for intermedieæravdelingen ved Hallingdal sjukestugu.

### 3. Kriterier for innleggelse på kommunale øyeblikkelig hjelp - plasser innen psykisk helse og rus

#### 3.1 Veilederens signaler om kriterier for innleggelse

Veilederen gir en oversikt over hvilke pasienter innen psykisk helse og rus som er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold, og hvilke pasienter som ikke er det.

##### 3.1.1 Pasienter aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

- Personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer, ofte også i kombinasjon med somatisk sykdom/plager.
- Pasienter med avklart tilstand og/eller diagnose som får tilbakefall/forverring av (kjent) psykisk lidelse og/eller rusproblem.
- Pasienter med opplevd psykisk krise og/eller funksjonsnedsettelse på ulike livsområder (hjemmeforhold, konflikter, stress eller andre psykososiale forhold rundt pasienten)

##### 3.1.2 Pasienter som ikke er aktuelle for kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold

- Pasienter med tilstander som utløser plikt til øyeblikkelig hjelp i spesialisthelsetjenesten:
  - Psykotiske tilstander preget av svær uro eller voldsomhet som medfører betydelig fare for pasientens eller andres liv og helse
  - Psykotiske og andre tilstander preget av svær angst eller depresjon der det er betydelig fare for at pasienten kan søke å ta sitt eget liv eller skade seg selv eller andre
  - Delirøse tilstander der avrusning ikke er en hovedsak
  - Psykiske tilstander hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig
- Pasienter med andre alvorlige og/eller uavklarte tilstander, som:
  - innleggelse der tvang er nødvendig
  - selvmordsproblematikk og alvorlig selvskading
  - pasienter med tidligere alvorlig utagerings-/voldsproblematikk
  - pasienter med utagerende adferd, redusert impuls kontroll
  - ved vold eller trusler om vold
  - pasienter med stor uro eller irritabilitet, forvirringstilstander
  - pasienter med akutt- og uavklart rusmiddelforgiftning
  - pasienter med uavklart påvirkning av rusmidler og/eller legemidler

#### 3.2 Erfaringer i Hallingdal

Det å legge pasienten på riktig nivå i helsetjenesten, - på kommunalt nivå, på Hallingdal sjukestugu eller på sykehuset, er vanskelig legearbeid grensende til legekunst. Erfaringen er at både når det gjelder somatikk og psykiatri vil nye leger i Hallingdal trenge tid før de får disse vurderingene inn under huden. Det blir sagt at det gjerne går et halvt år før en lege fullt ut skjønner de avveininger som må gjøres i forhold til innleggelse på ulike nivå. Dette medfører at det ofte vil være behov for en annen leges second opinion i forhold til innleggelse. Dette løses i dag ved at flest mulig av innleggelsene ved Hallingdal sjukestugu skal diskuteres med avdelingslegene. På natten (etter kl. 22) er dette umulig, og på natten er det også innen psykisk helsevern vanskelig å få rådgivning fra leger som er kjent med Hallingdal sjukestugu, det må konfereres med bakvakt ved Blakstad.

Bortsett fra en kortere periode da ø.hj.-innleggelse ble kanalisert til den psykiatriske døgnavdelingen ved HSS og det der ble opplevd at kommunene la inn for dårlige pasienter, har de innleggelse som har skjedd ved somatisk avdeling HSS i stor grad samsvart med Helsedirektoratets oppstilling. De

uttrykk som er brukt lokalt er gjerne «pasienter med behov for skjerming», «livskriser» og «psykososiale kriser». Denne type pasienter krever tid, omsorg og ivaretagelse og dette er kvaliteter som det er vanskelig å frambringe i en travel legevakt. Det har nok hendt at pasienter er blitt innlagt i andrelinjetjenesten i situasjoner der alternativer lokalt kunne vært mer hensiktsmessige. Dette er de pasientene der veilederen løfter fram en lokal kriseinnleggelse som en løsning: «Hensikten med tilbudet er å unngå innleggelse i spesialisthelsetjenesten når dette ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering.» Slik har da også tilbudet ved HSS i stor grad fungert.

Det opplyses fra helseforetakets representanter i arbeidsgruppen at øyeblikkelig hjelp innleggelse ved Blakstad fra fem av seks kommuner i Hallingdal ligger under fylkesgjennomsnittet. Det er også en tilbakemelding fra Blakstad at innleggelse fra Hallingdal er faglig funderte.

### 3.3 Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen er enig i de kriterier Helsedirektoratets veileder legger til grunn for innleggelse på kommunal ø.hj. døgnplass for psykisk helse- og rusmiddelproblemer. Arbeidsgruppen vil likevel understreke at uttrykket «pasienter som får tilbakefall/forverring av (kjent) psykisk lidelse og/eller rusproblem» ikke kan leses adskilt fra de andre kriteriene. Det gjelder fortsatt pasienter med «lettere og moderate psykiske helseproblemer» der avdelingen kan gi «observasjon, trygghet, omsorg og psykososial støtte».

Arbeidsgruppen vil understreke at den beste løsningen ofte er å kunne legge pasienten inn på lokalt sykehjem der vedkommende pasient kan være kjent fra før og der personell fra psykisk helse i kommunen kan følge opp både forut for og etter innleggelsen. Der dette ikke er mulig, og der en sykehusinnleggelse ikke er ønskelig eller nødvendig ut fra en helhetlig medisinsk og psykososial vurdering, vil en innleggelse på kommunal ø.hj.-plass på HSS være det rette.

Arbeidsgruppen vil rette søkelyset på det behovet for rådgivning som legevaktlegene har. Fram til kl. 22 om kvelden er det naturlig at denne rådgivningen kommer fra legene på intermedieæravdelingen. Etter kl. 22 på hverdager og i helgene bør DPS Ringerike sammen med det personalet som er ansatt ved psykiatrisk seksjon, HSS, ha løsninger som muliggjør telefonisk rådgivning. Det vises til kap. 3.4.2 andre avsnitt: «Det er lokalt DPS som har akuttansvaret og som må kontaktes i situasjoner der spesialisthelsetjenesten bør bidra i vurderingen.» Denne vinklingen setter også fokus på mulighetene for øyeblikkelig hjelp innleggelse ved Ringerike DPS. For flere av disse pasientene ville en innleggelse ved Ringerike DPS oppleves som et mindre traume enn en innleggelse ved akuttpsykiatrisk avdeling på Blakstad. Dette krever imidlertid at Ringerike DPS kan ta i mot pasienter på døgnbasis. Arbeidsgruppen ønsker å initiere til en prosess vedrørende Ringerike DPS sin rolle i akuttpsykiatrien, både når det gjelder veiledning til legevaktlegene og innleggelse av pasienter fra Hallingdal.

Det medisinsk faglige ansvaret for innlagte pasienter følger av inngått «Lokal driftsavtale om døgnopphold for kommunal ø.hj ved Hallingdal sjukestugu». Denne avtalen er under revidering.

### 3.4 Konklusjon

- Helsedirektoratets kriterier legges til grunn for innleggelse på kommunal døgnplass for øyeblikkelig hjelp psykisk helse- og rus. Disse innarbeides i innleggelseskriteriene for de kommunale øyeblikkelig hjelp – plassene ved HSS.
- Avdelingens tilbud skal være tilgjengelig for legebestemte innleggelse i samsvar med de til enhver tid gjeldende innleggelseskriterier for øyeblikkelig hjelp.
- Arbeidsgruppen ønsker å initiere til en prosess om Ringerike DPS sin rolle i akuttpsykiatrien, både når det gjelder veiledning til legevaktlegene og innleggelse av pasienter fra Hallingdal.

## 4. Avdelingens oppfølging og kompetansebehov

### 4.1 Veilederens signaler om avdelingens oppfølging og kompetanse

*«Pasienten kan ha behov for observasjon og miljøterapeutisk behandling og oppfølging med omsorg, struktur, støtte. Andre pasienter kan ha behov for hjelp til å ivareta egenomsorg, støtte og hjelp til å mobilisere egne ressurser i en vanskelig livssituasjon, hjelp til å opprettholde nære relasjoner til pårørende/andre i en psykisk krise eller ved tilbakefall til skadelig rusmiddelbruk. Pasienter med rusmiddelproblematikk kan ha behov for kortvarig innleggelse i et trygt miljø der fokus er motiverende tiltak/samtaler, for eksempel i påvente av oppstart av døgnbehandling i TSB. Andre kan ha behov for kortvarig observasjonsopphold. For pasienter med behov for kortvarig og ukomplisert avrusning vil det være behov for tilgang til medisinsk-faglig kompetanse.» (Kap. 3.4.1)*

Spørsmålet om kompetanse er omhandlet i veilederens kap. 3.7: *«Personellet bør ha god relasjonskompetanse og ferdigheter i å ivareta personer i en psykisk krise / vanskelig livssituasjon. Miljøterapeutisk kompetanse med vekt på egenomsorg, struktur og støtte er her helt sentralt.»*

Videre heter det i samme kap.: *«Kommunen og helseforetaket må sørge for nødvendig opplæring av personell, og ha planer og rutiner for undervisning, hospitering, veiledning og praktisk trening.»*

### 4.2 Erfaringer fra Hallingdal sjukestugu

I en travel somatisk sengeavdeling er det begrenset hva avdelingen kan stille. Det er flere ganger sagt fra avdelingen at så lenge det er snakk om å stille en seng, et rom, mat og ro, så er dette uproblematisk. Det er også uproblematisk med tilsyn, observasjon og enklere behandlingstiltak som sovemedisiner, beroligende medikamenter og det er også ofte mulig å kunne tilby noe tid til samtale. Men det er betydelig verre hvis pasienten krever en tett og tidkrevende oppfølging, enten i form av trøst, en hånd å holde i, nedroing eller fotfølging. Dette vil nesten uten unntak være en umulig situasjon for avdelingen som rett og slett ikke er dimensjonert for en slik situasjon.

### 4.3 Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen ser behov for å avgrense en del av de tiltak veilederen nevner. Tiltakene nevnes nedenfor i den rekkefølge de er nevnt under kap. 4.1 ovenfor.

- a) Observasjon. Avdelingen vil ha som sin viktigste faglige oppgave å observere. Det bør utarbeides observasjonsskjema tilpasset en slik observasjonssituasjon. Personellet skal kunne oppdage hvis det er tegn til at pasientens psykiske helse forverres. Da bør lege igjen vurdere situasjonen.
- b) Miljøterapeutisk behandling. Arbeidsgruppen er uenig i at dette kan være en oppgave som er knyttet til innleggelse på kommunal ø.hj.-døgnplass. I alle fall hvis en her tenker på tradisjonell miljøterapeutisk behandling. Hvis en avgrenser begrepet til å gjelde grunnleggende elementer i miljøterapeutisk behandling som kan ha god effekt på pasientene, - som beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldiggjøring, så kan en se berettigelsen av å peke på dette tiltaket.
- c) Oppfølging med omsorg, struktur og støtte. Arbeidsgruppen mener dette er grunnleggende sykepleiefaglige tiltak som avdelingen bør kunne tilby disse pasientene.
- d) Hjelp til å ivareta egenomsorg. Dette er også tiltak som hører til de basale tilbud ved en sengeavdeling. Det henger nært sammen med omsorg, støtte og struktur.
- e) Hjelp til å mobilisere egne ressurser. Arbeidsgruppen er mer i tvil om dette er oppgaver som skal legges på avdelingen. Avdelingens oppgave er å håndtere selve krisen og hjelpe pasienten gjennom denne. Dernest må enten personell fra kommunen eller fra psyk. pol. overta en mer terapeutisk rettet tilnærming. Der vil mobilisering av egne ressurser være en viktig komponent.
- f) Hjelp til å opprettholde nære relasjoner til pårørende/andre i en psykisk krise eller ved tilbakefall til skadelig rusmiddelbruk. Det er ofte nødvendig at avdelingens personell har nær dialog med pårørende under en innleggelse for psykiske helse og rusproblemer. Arbeidsgruppen mener

likevel at dette ansvaret i hovedsak vil ligge på det personell som skal følge opp pasienten etter livskrisen eller etter tilbakefallet, enten fra kommunen eller fra psykiatrisk seksjon.

- g) Kortvarig innleggelse i et trygt miljø der fokus er motiverende tiltak/samtaler. Dette gjelder rusmiddelproblematikk. Arbeidsgruppen kan ikke se at dette kan være en målsetting for bruken av de kommunale ø.hj.-plassene. Det kan vurderes om denne problematikken i enkelte tilfeller kan være aktuell på de ordinære kommunale sengeplassene.
- h) Kortvarig observasjonsopphold for rusmiddelproblematikk. Igjen synes denne problemstillingen å være mer aktuell for de ordinære kommunale plassene enn for ø.hj.-plassene.
- i) Kortvarig og ukomplisert avrusning. Arbeidsgruppen mener at en skal være svært tilbakeholden med å ta i mot pasienter til avrusning. Veilederen avgrensner dette til kortvarig og ukomplisert avrusning. Det er imidlertid ofte svært vanskelig å vite på forhånd hvor kortvarig og ukomplisert en avrusning forløper. Arbeidsgruppen mener altså at avdelingen ikke egner seg for avrusning.

Et annet sted i veilederen (kap. 1) gis en kortfattet beskrivelse av de behov kommunen må kunne dekke: «*Personer med psykisk helse- og/eller rusmiddelproblemer vil i en akutt situasjon kunne ha behov for observasjon, trygghet, omsorg og psykososial støtte.*» Arbeidsgruppen mener dette gir et mer riktig bilde av de forventninger som ligger til de kommunale ø.hj.-plassene på dette fagområdet.

Det er også i veilederen (kap. 3.4.2) understreket at «*kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold innen psykisk helse og rus skal etableres med den allmennt medisinske og øvrige kompetansen som finnes i kommunen.*» Det er viktig å understreke at det ikke forventes at avdelingen skal ha kompetanse utover basal sykepleiefaglig og allmennt medisinsk kompetanse. Men det som forventes av avdelingen fra arbeidsgruppen er at

- 1) dette er et tilbud som alltid er tilgjengelig, uavhengig av det personellet som er på jobb,
- 2) tiltaket kan iverksettes umiddelbart,
- 3) avdelingen innehar observasjonskompetanse til denne type pasienter,
- 4) avdelingens lokalisering gjør at samarbeid med psykiatrien lett kan etableres.

Det vises også til formuleringen i Lov om helse- og omsorgstjenester § 3-5, tredje ledd: «*Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunene har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.*»

Avdelingens kjennetegn er allmennt medisinsk kompetanse, d.v.s. at avdelingen skal ha en generell kompetanse på en rekke områder både innenfor somatikk og psykisk helse og rus. Ut fra den erfaring avdelingen sitter inne med, mener ikke arbeidsgruppen at det er behov for noen omfattende opplæring. Arbeidsgruppen vil foreslå at følgende tiltak iverksettes:

- a) Fagområdet psykisk helse og rus innarbeides i avdelingens planer og rutiner for undervisning, hospitering og veiledning på lik fot med somatiske fagområder.
- b) Arbeidsgruppen er kjent med at avdelingen har egne faggrupper for utvalgte somatiske fagområder. Det foreslås at det etableres en faggruppe innenfor området psykisk helse og rus.
- c) Det iverksettes tiltak for å innføre en systematisert observasjonskompetanse spesielt rettet mot psykisk helse og rus.

#### **4.4 Konklusjon**

- Avdelingen skal kunne gi pasienter med psykisk helse- og rusproblemer observasjon, trygghet, omsorg og psykososial støtte.
- Avdelingen skal ha basal sykepleiefaglig og allmennt medisinsk kompetanse.
- Fagområdet psykisk helse og rus innarbeides i avdelingens planer og rutiner for undervisning, hospitering og veiledning på like fot med somatiske fagområder.
- Det utarbeides observasjonsskjema tilpasset observasjon av de aktuelle pasientgrupper.

## 5. Samarbeid innenfor og utenfor ordinær arbeidstid

### 5.1 Veilederens signaler om samarbeid

#### 5.1.1 Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Veilederen understreker behovet for å se de kommunale ø.hj-plassene som en integrert del av de øvrige kommunale tjenester (kap. 2.4): *«Det er derfor viktig at kommunene har et bevisst forhold til hvordan dette tilbudet skal integreres på en god og sømløs måte i de øvrige helse- og omsorgstjenestene. Dette vil være viktig for å besvare pasientenes behov for koordinerte og helhetlige tjenester. Samtidig vil det gi muligheter for tjeneste- og kompetanseutvikling og effektiv utnyttelse av ressurser på tvers. De nye oppgavene og den nye kompetansen som tilbud om øyeblikkelig hjelp døgnopphold tilfører kommunene, bør organiseres slik at det har positiv synergieffekt inn i de øvrige tjenestene lokalt.»*

#### 5.1.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

*«Innenfor fagområdene psykisk helse og rus bør det inngås avtaler med helseforetakene om mulighet for konsultasjon, dialog og veiledning fra personell som innehar psykologisk-, psykiatrisk og rusfaglig kompetanse.»*

### 5.2 Erfaringer fra Hallingdal sjukestugu

Somatisk døgnavdeling ved Hallingdal sjukestugu har opplevd det vanskelig å komme i kontakt med de rette fagfolkene i kommunen i oppfølgingen av pasienter innlagt med psykisk helse- og rusmiddelproblemer. De har fått oppgitt telefonnummer som ikke besvares og det tar tid før oppfølging er på plass. Dette gjelder både innenfor og utenfor ordinær arbeidstid. Det systemet som ble forsøkt etablert etter mønster fra Valdres, med frivillige ordninger for å stå på en telefonliste ute i kommunene, har ikke fungert.

Det er en god tilbakemelding fra avdelingen om tilbudet fra psykiatrisk seksjon. Her oppleves det lett å få kontakt i ordinær arbeidstid og oppfølgingen er umiddelbar. Utenfor arbeidstid er det ingen service fra psykiatrisk seksjon.

### 5.3 Arbeidsgruppens vurdering

#### 5.3.1 Samarbeid med kommunehelsetjenesten

##### Innenfor ordinær arbeidstid

Meldinger fra avdelingen til kommunene skal baseres på det elektroniske PLO-meldingssystem. Dette gjelder pasienter der en forventer oppstart av eller endrede kommunale tjenester. For de aktuelle pasientene som er innlagt for psykisk helse og rus, forventes det en umiddelbar tilbakemelding til avdelingen fra kompetent kommunalt personell på første hverdag etter innleggelsen. Dette vil kunne opprette kontakt mellom avdelingen og personell som er kjent med pasienten fra tidligere. Ivaretagelse av e-meldingssystemet må sikres ute i hver enkelt kommune. Svikt i dette systemet må straks tas opp på ledernivå med aktuelle kommune.

##### Utenfor ordinær arbeidstid

Hvis intermediæravdelingen har behov for hjelp, er dette fordi pasienten krever mer ressurser enn det avdelingen har å avse. Det er viktig å huske at dette behovet innen psykisk helse og rus gjelder et fåtall pasienter gjennom året. Både er det totalt et lite antall pasienter som innlegges for psykisk helse og rus på avdelingen (anslagsvis 20 pasienter i året) og det vil bare være et fåtall av disse pasientene der avdelingen har behov for tilleggsressurser (kanskje < 5 pasienter i året). Det er derfor lite aktuelt å bygge opp spesielle ordninger for dette behovet. Arbeidsgruppen vurderer det slik at



det ikke er faglig kompetanse som etterspørres, men personell som kan ha tid til å ta seg spesielt av den aktuelle pasienten. Arbeidsgruppen mener det for komplisert å få etablert ordninger ute i kommunene for å kunne avhjelpe avdelingens behov for mer personellressurser.

Avdelingen må derfor løse behovet for mer personell ved å innkalle ekstrahjelp fra avdelingens egne personellressurser. Dette er en del av avdelingens vanlige rutiner og vil kunne gjennomføres. Formålet med ordningen med innleggelser av pasienter med psykiske helse- og rusmiddelproblemer, var at denne pasientgruppen ikke skulle diskrimineres, men ha de samme tilbud som somatiske pasienter. Kostnaden med innkalling av ekstra ressurser må inngå i avdelingens regnskap uavhengig av diagnoser.

Avdelingen bør ha telefonnummer til leder for psykisk helse i den enkelte kommune eller en annen kontaktperson som kommunen bestemmer. Det overlates til SAMPR å gi avdelingen tilbakemelding om aktuelle kontaktpersoner i de ulike kommuner. Avdelingen vil kunne ha behov for å innhente bakgrunnsopplysninger eller drøfte tiltak med personell som kjenner pasienten fra tidligere. Det presiseres imidlertid at det er systemet med PLO-meldinger som skal brukes til den ordinære informasjonsflyten.

### 5.3.2 Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

#### Innenfor ordinær arbeidstid

Nåværende praksis videreføres.

#### Utenfor ordinær arbeidstid

Dette punktet har sammenheng med den problematikken som er beskrevet i kap. 3.3.

Både legevaktlege og avdelingen kan av og til ha behov for rådgivning utenfor ordinær arbeidstid. Og i denne sammenheng er dette etter kl. 20.00 på hverdager og i helgene, da DPS Ringerike ikke har noen ø.hj. service. Det er stor forskjell på å ha en faglig dialog med en person som kjenner til Hallingdal sjukestugu og tilbudet som gis der, enn å ha en dialog med en person som er helt ukjent med avdelingen. Arbeidsgruppen har i kap. 3 tatt initiativ til en prosess for å vurdere nye ordninger for å kunne innhente veiledning og råd fra DPS Ringerike.

## **5.4 Konklusjon**

- Avdelingens behov for ekstra ressurser til innlagte pasienter med psykiske helse- og rusproblemer løses innenfor avdelingens ordinære ordninger for ekstravakter.
- SAMPR utarbeider en liste for avdelingen over kontaktpersoner i de enkelte kommuner.
- Avdelingens behov for assistanse fra psykiatrisk seksjon i ordinær arbeidstid, videreføres.
- Avdelingens behov for rådgivning fra psykiatrisk kompetanse utenfor ordinær arbeidstid, tas opp i sammenheng med en videre drøfting over Ringerike DPS sin rolle i akuttpsykiatrien.

## 6. Støtte til legevakt fra kommunene og spesialisthelsetjenesten

Det siste punktet i mandatet omhandler ordninger for å gi støtte til legevakt utenom ordinær arbeidstid, dette både fra kommunene og fra spesialisthelsetjenesten. Dette tolkes om en oppfordring til å se øyeblikkelig hjelp-plassene som en del av et helhetlig system som kan spille på flere ulike løsninger for å ivareta akutte behov innen psykisk helse og rus.

### 6.1 Veilederens signaler

Veilederen utfordrer kommunene på å bygge opp det de kaller komplementære tilbud (kap. 2.4): *«Viktige komplementære tilbud kan være en utbygd hjemmetjeneste, ulike samhandlings- og oppfølgingsteam innen psykisk helse og rusfeltet, aktivt oppsøkende behandlingsteam (ACT/FACT-team) og en forsterket tjeneste i pasientens hjem.»*

### 6.2 Erfaringer fra Hallingdal

Erfaringene fra helse- og omsorgstjenesten i kommunene er at utenom ordinær arbeidstid er legevakt ofte den eneste tilgjengelige løsning for å kunne håndtere akutte behov innen psykisk helse og rus. Men i praksis strekker personell innen psykisk helse i kommunene seg langt for å finne ad hoc løsninger uten å måtte ty til legevakt.

Erfaringene fra legevakt er at denne type problemstillinger er svært tidkrevende og at legevaktlege sjelden har tid til å kunne medvirke til alternative, lokale løsninger. Ofte blir den minst tidkrevende løsningen valgt, og denne løsningen vil ikke alltid være den beste for pasienten.

Problemstillingen er ofte drøftet på tvers av kommunene og med helseforetaket og spesielt psykiatrisk seksjon ved Hallingdal sjukestugu. Det ble for noen år siden utredet om det var mulig å opprette et ACT-team i Hallingdal, men konklusjonen var at dette ikke var noen aktuell løsning for Hallingdal. Erfaringer viser at ACT-team krever større befolkningsgrunnlag (> 50.000 innb.). SAMPR (Samarbeidsforum for psykisk helse og rus, Hallingdal) har heller ikke ment at dette er noen aktuell løsning for Hallingdal.

### 6.3 Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen ser at det kunne være ønskelig å kunne ha en form for et utrykningsteam som kunne løse en sak tidligst mulig i en utvikling og gjerne i pasientens hjemmemiljø. Dette vil imidlertid kreve tilgang til kompetent personell i en eller annen form for bakvaktordning. Arbeidsgruppen kan ikke se at dette kan løses uten å gå inn på svært kostnadskrevede modeller. Arbeidsgruppen registrerer imidlertid at barnevernet har klart å etablere en vaktordning i Hallingdal.

Det vil nok på tvers av kommuner og helseforetak være tilgjengelige ressurser som kunne inngå i en form for vaktordning. Et team ville måtte ha diagnostiserende og behandlingsvurderende kompetanse. Denne type kompetanse er det ikke mye av i Hallingdal, men behovet ville trolig være så begrenset at belastningen på de aktuelle personer ikke ville bli uoverstigelig.

Arbeidsgruppen konkluderer likevel med at en ikke tilrår å gå videre med å utrede dette. Først må en skaffe seg erfaringer med hvordan de kommunale øyeblikkelig hjelp plassene for psykisk helse og rus vil fungere.

### 6.4 Konklusjon

- Det anbefales ikke på nåværende tidspunkt å gå videre med noen utredning av opprettelsen av et kompetent fagteam innen psykisk helse som støtte for legevakt.