

Svingdørsprosjektet

Bedre tjenestetilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse som har hyppige akuttinnleggelser



Juni 2022



Innhold

1. [Bakgrunn og forankring](#)
2. [Innsiktsarbeid](#)
3. [Analyse aktører](#)
4. [Funn på tvers](#)
5. [Neste fase](#)



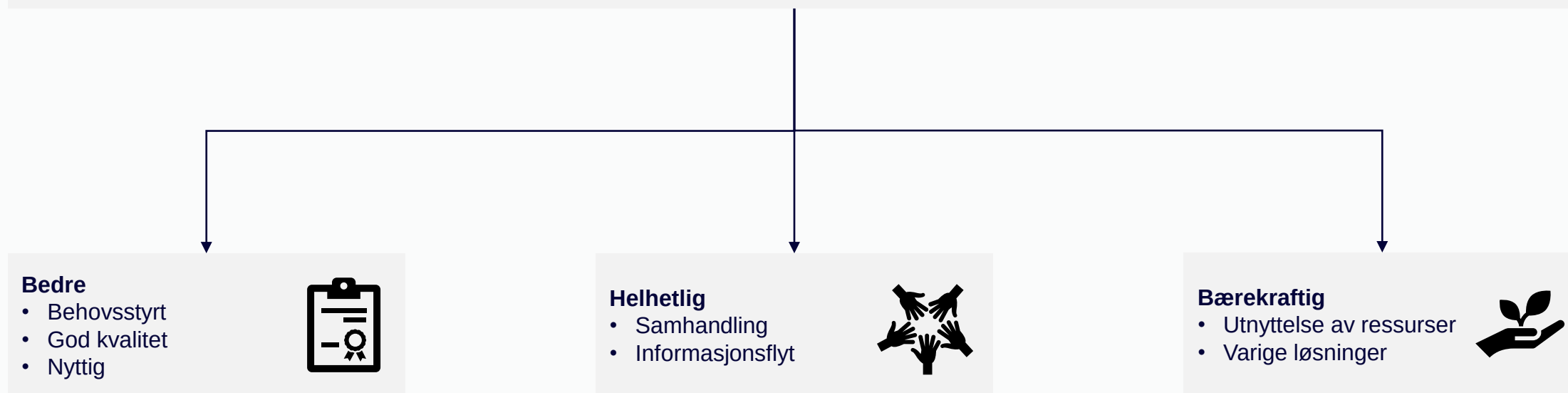
Begrepsavklaringer

Svingdørspasienter	«Svingdørspasient er en pasient som stadig legges inn i og skrives ut av et sykehus. Begrepet brukes ofte om kronisk syke psykiatriske pasienter som på grunn av for kort liggetid ikke oppnår å gjenfinne et funksjonsnivå som gjør at de klarer seg utenfor sykehus (instutisjon), og som derfor raskt dekompenaserer etter utskrivelse og derfor må reinnlegges.»*
Prosjektets avgrensning av pasientgruppen (målgruppen)	Målgruppen i dette prosjektet avgrenser pasientgruppen til å gjelde svingdørspasienter som har hatt tre eller flere akuttinnleggelser på psykiatrisk akuttmottak i løpet av det siste året. Prosjektet har ikke fokusert spesielt på diagnose.
Akutte innleggelser	Ved alvorlige symptomer som kommer plutselig kan det være aktuelt med akutt innleggelse. Det er fastlegen, legevakt eller poliklinisk behandler som vurderer om det er behov for innleggelse. Akutte innleggelser kan skje hele døgnet.
PAM	Psykiatrisk akuttmottak. I rapporten vil forkortelsen «PAM» brukes. PAM gir akutt psykiatrisk hjelp til personer over 18 år. Tilbudet i PAM består av akutt allmennpsykiatrisk vurdering, diagnostisering, behandling og pleie.
DPS	Distriktpspsykiatrisk senter. I rapporten vil forkortelsen «DPS» brukes. DPS er den delen av psykisk helsevern som har hovedansvaret for å gi behandlingstilbud i et gitt geografisk område. DPS gir spesialisert utredning og differensiert behandling poliklinisk, ambulant eller som dag- og døgnbehandling. Det skal også bistå kommunehelsetjenesten med råd og veiledning og ivareta kontinuiteten i spesialisthelsetjenesten.

*Kilde: [Store medisinske leksikon: svingdørspasient](#)

Pasienten og pasientens behov skal stå i sentrum for utvikling av nye løsninger

Hensikten med prosjektet er å utvikle et **bedre**, mer **helhetlig** og **bærekraftig** helsetilbud til pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser som har hyppige innleggelser i psykiatrisk akuttinnlegg



1

Bakgrunn og forankring

Prosjektgruppen



- **Mette Senneseth, prosjektleder, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri**



- **Marta E. Fjæreide, Nettverk for erfaringskompetanse**
- **Pål Halle, Øyane DPS**
- **Urd Hege Loftesnes, PAM**



- **Therese Helgesen, Øygarden kommune**
- **Christin Mork, Øygarden legevakt**



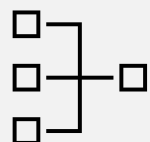
- **Veronika S. Natås, Askøy kommune**
- **Aina Hollevik, Askøy legevakt**

InnoMed

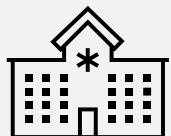


- **Synnøve Kleive, innovasjonsrådgiver**
- **Signe Thue Jerving, innovasjonsrådgiver**

Prosjektet vil forbedre helsetjenestene til pasienter med alvorlige psykiske lidelser med hyppige akuttinnleggelser



Øyane DPS har sammen med sine samarbeidspartnere i DPS-råd et mål om å betydelig forbedre helsetjenester til pasienter med psykisk helse- og rusvansker. Et omfattende program, Samskaping i Vest, er satt i gang for å møte dette målet. I dette arbeidet har det blitt synliggjort behovet for et nytt, viktig og avgrenset underprosjekt for å treffe behovene til pasientgruppen med alvorlige psykiske lidelser.



Målet er å avdekke svakheter med de samlede helsetjenestene til mennesker med hyppige innleggelser i psykiatriske akuttmottak ved å ta utgangspunkt i brukernes egne behov og ønsker for helsetjenestene. En bedre og helhetlig tjeneste vil kunne hindre unødige akuttinnleggelser i psykiatrisk akuttmottak. Dette vil kunne spare brukerne for unødig belastning og redusere kostnader ved helsetjenestene.

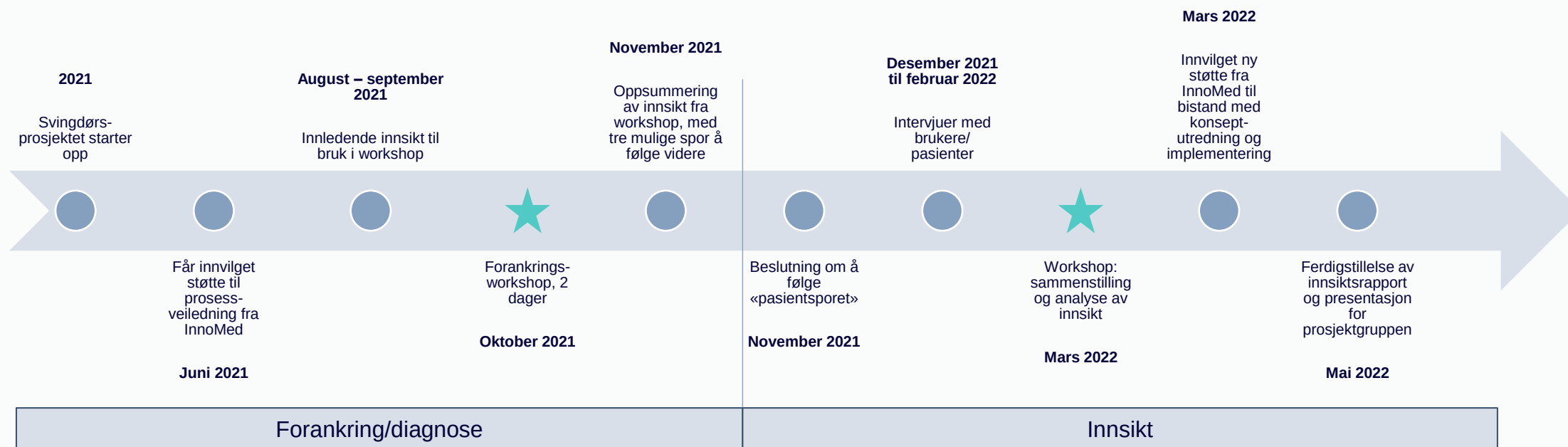


Prosjektet søkte støtte om prosessveiledning fra InnoMed i juni 2021, og fikk innvilget dette. InnoMed har bistått i forankringsarbeid og innsiktsarbeid. InnoMed fasiliterte forankringsworkshop med involverte aktører i oktober 2021. I forbindelse med at prosjektet nå er på vei inn i en ny fase, har det blitt søkt om, og innvilget, ny støtte fra InnoMed. I denne fasen skal InnoMed bistå med å bruke innsikten til idègenerering og konseptutredning.

Prosjektet har fått støtte fra InnoMed i to omganger

Prosjektet startet opp i 2021 hvor det ble etablert prosjektgruppe og arbeidsgruppe. I juni 2021 fikk prosjektet innvilget støtte fra InnoMed, som startet arbeidet med innsikt som skulle brukes i en stor workshop med alle involverte aktører for pasientgruppen. Formålet med workshopen var å samle erfaringer fra de ulike tjenestetilbyderne, og å få et felles målbilde for arbeidet med pasientgruppen.

Høsten 2021 gikk prosjektet over i innsiktsfasen hvor det ble gjennomført intervjuer med pasienter og pårørende. I mars 2022 fikk prosjektet innvilget ny støtte fra InnoMed til utprøving av ulike konsepter, som starter våren 2022.



Målgruppen er liten, men står for store kostnader for helsetjenestene

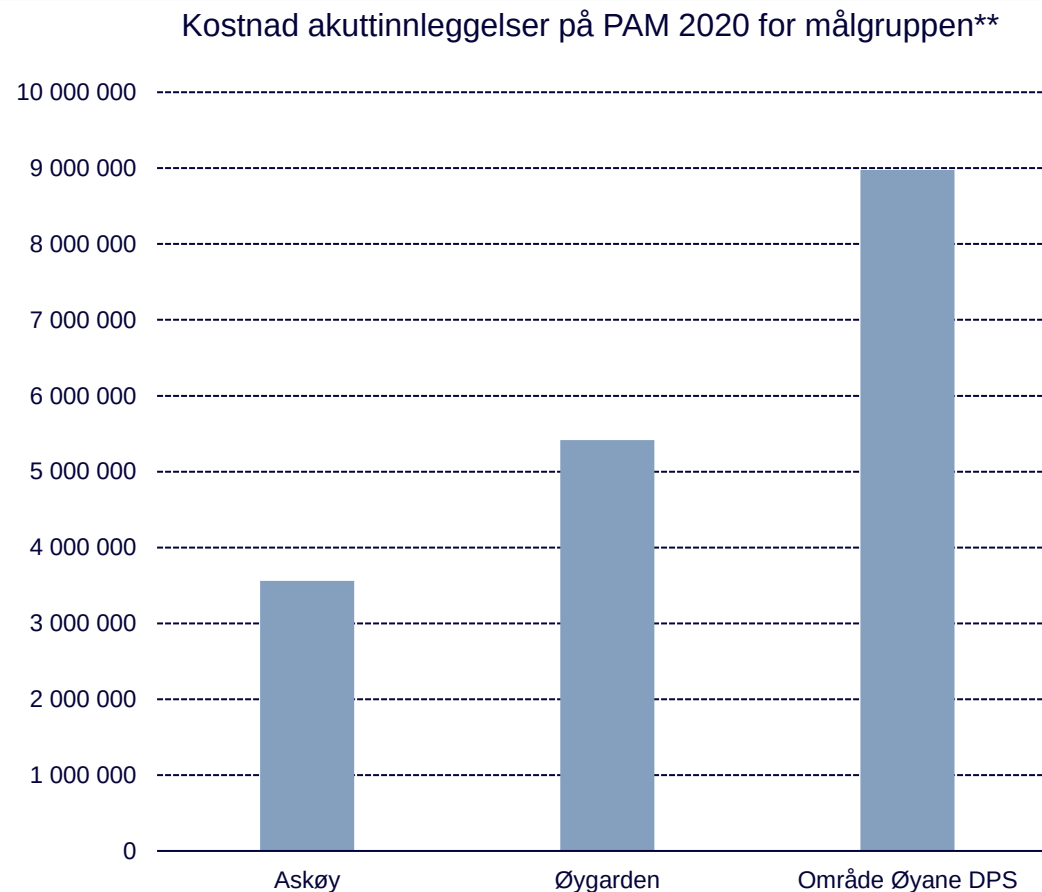
I 2016 sto 10% av pasientene i psykisk helsevern for voksne for 76,6% av ressursbruken (Helsedirektoratet, 2018)*.

Målgruppen i prosjektet er svingdørspasienter som har hatt 3 eller flere innleggelser på psykiatrisk akuttmottak i løpet av ett år. I alt dreide dette seg om 31 pasienter i 2020 og 25 pasienter i 2021.

Til tross for hyppige og gjentatte sykehusinnleggelser i psykisk helsevern, ser de ikke ut til å få adekvat hjelp for sine problemer. Selv om de ikke er veldig mange, står de for en stor utgiftspost for helsetjenestene. De har likevel et uforholdsmessig lavt utbytte av tjenestene som gis. Pasientene gis dermed et lite bærekraftig helsetilbud, både økonomisk og menneskelig.

I grafen til høyre fremstilles kostnader forbundet med akuttinnleggelser på PAM for målgruppen, fordelt på kommunene i nedslagsfeltet for Øyane DPS. Tallgrunnlaget er hentet fra analyseavdelingen i Helse Bergen, se vedlegg.

* [*Helsedirektoratet. Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov \(2018\)*](#)



**gjennomsnittlig liggetid 2,5 døgn

2

Innsiktsarbeid

Første workshop resulterte i tre mulige spor å følge videre, og prosjektet valgte «pasientsporet»

Pasientsporet

Hva sier pasientene at de trenger?

Hvilke erfaringer har de med tjenestene og akuttinnleggelsene?

- Gjennomføre intervjuer med flere pasienter

Hva sier forskningen?

- Gjennomgå forskning på feltet
- Prøve ut ulike tiltak systematisk sammen med pasientene. Måle/evaluere effekt

Kommunikasjon og teknologi

Hvilken rolle spiller epikriser, dokumentasjon, dialogmeldinger og informasjonsflyt?

- Tjenestereise med aktører, system og informasjonsflyt

Hvilken rolle spiller prosedyrer, rutiner og taushetsplikt?

- Intervjuer, spørre om rutiner og prosedyrer

Hvilken rolle spiller digitale verktøy?

- Kartlegge bruk av digitale verktøy

Systemsporet

Hvordan er det for de ansatte å jobbe med disse pasientene?

- Alle føler seg alene og er redd for konsekvensene.
- Utforske stigma mot denne pasientgruppen blant helsepersonell
- Skam, holdninger, kultur

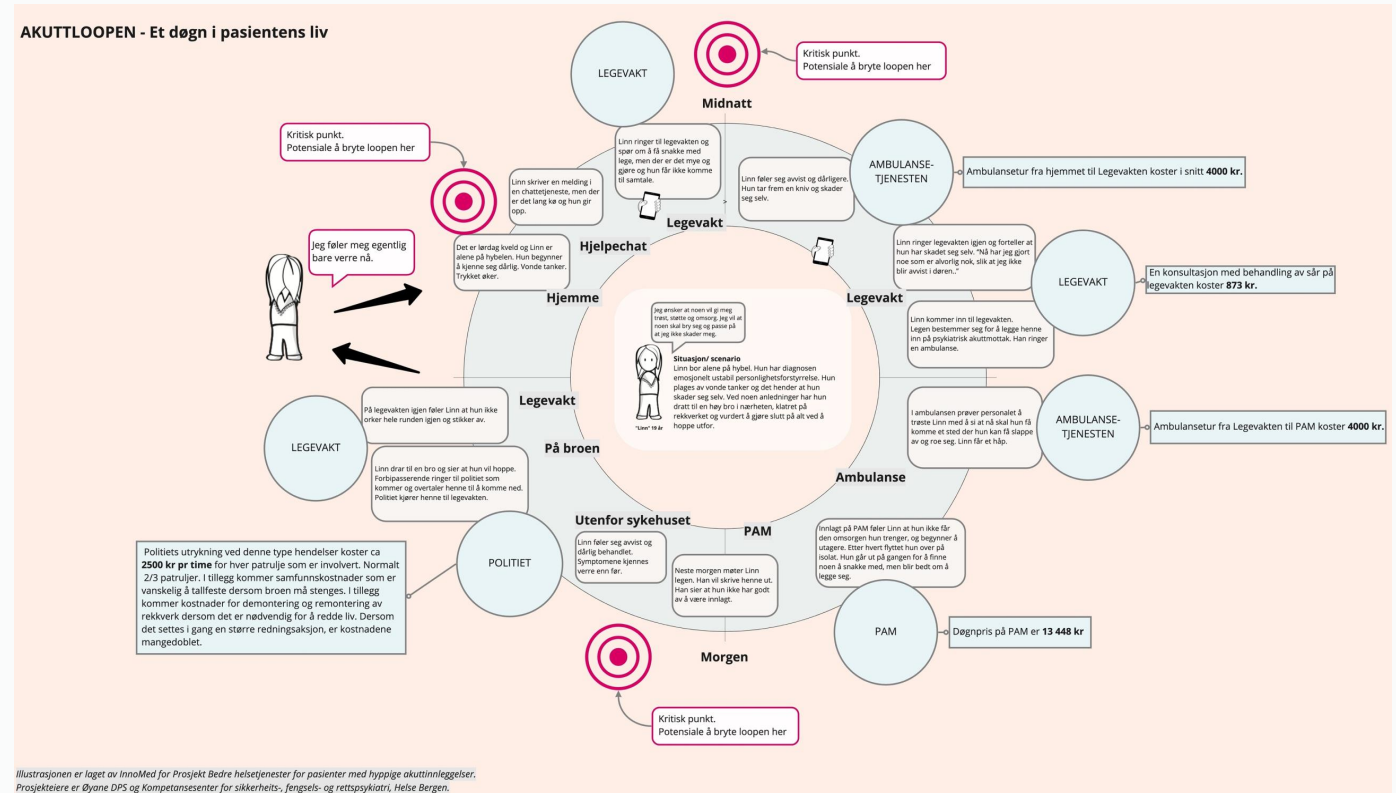
«Akuttloopen» med estimert kostnad per aktivitet

Her fremstilles akuttloopen med kostnadsestimater per aktivitet:

1. Ambulansetur fra hjemmet til legevakten: **~4000 kr**
2. Konsultasjon med behandling av sår på legevakten: **~873 kr**
3. Ambulansetur fra legevakten til PAM: **~4000 kr**
4. Døgnpris på PAM: **~13 448 kr**
5. Politiutrykning: **~5000 kr** (2 patruljer)

I sum vil dette si **~27 321 kr** for én hendelse for én pasient. I tillegg til disse forsiktige anslagene på økonomiske kostnader, kommer kostnader som slitasje på ansatte, samfunnskostnader som er vanskelig å tallfeste, kostnader for demontering og remontering av rekkverk dersom det er nødvendig for å redde liv, uttrykning fra redningsselskap og brannvesen m.m.

I enden av loopen har ikke bare de økonomiske kostnadene vært store. I tillegg føler pasienten seg mye verre, og utgangspunktet har eskalert.



Illustrasjonen er laget av InnoMed for Prosjekt Bedre helsetjenester for pasienter med hyppige akuttinnleggelser. Prosjektet er et samarbeid mellom DPS og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Bergen.

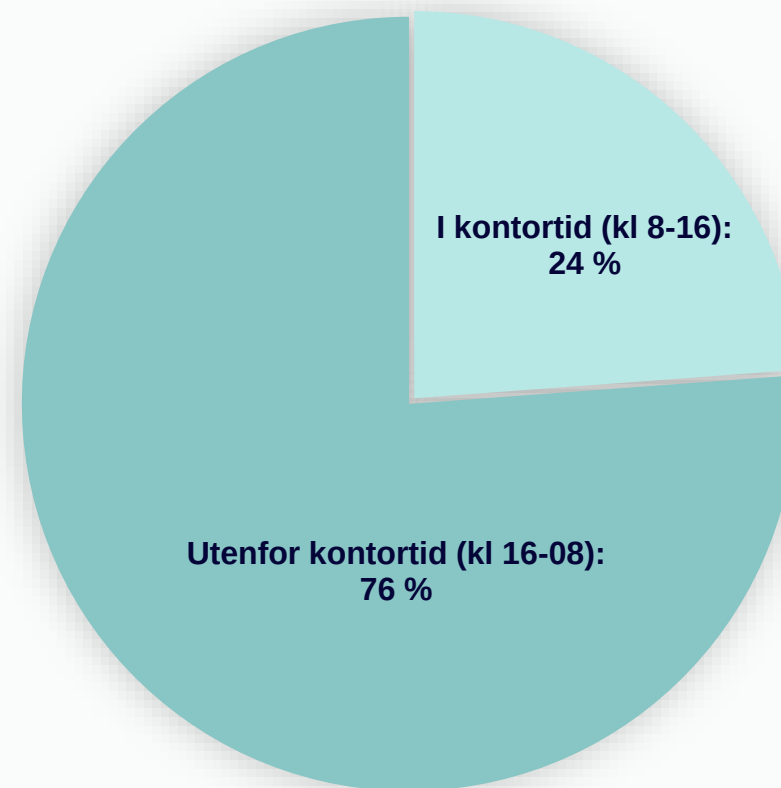
Se vedlegg for en større versjon av Akuttloopen

76% av innleggelsene på psykiatrisk akuttmottak skjer utenfor ordinær kontortid

Mange av dagens tilgjengelige tjenester rettet mot pasientgruppen er stengt på kveld, natt og i helgene. Tall fra analyseavdelingen i Helse Bergen viser at de fleste innleggelser i psykiatrisk akuttmottak skjer etter ordinær kontortid, og synliggjør et behov for at hjelpetilbudene er mer tilgjengelige utover dette. Som beskrevet i «akuttloopen», blir legevakten ofte eneste mulighet for hjelp på kveldstid, og sjansen for innleggelse større.

Gjennom intervjuene kommer det frem at pasientene føler seg ytterligere ensomme og i behov for noen å snakke med når «alt stenger». De vi har intervjuet peker på at vonde tanker bygger seg opp i løpet av dagen, og kan nå en slags «topp» når det på kveldstid ikke lenger er noen å ta kontakt med.

Tidspunkt for innleggelser i PAM*



*Tallgrunnlag hentet fra analyseavdelingen i Helse Bergen

Videre innsikt ble innhentet gjennom intervjuer og analyse av disse

Intervjuene

- Innsikten i pasientperspektivet bygger på intervju med seks pasienter, og ett med pårørende.
- Innsikten i behandlerperspektivet bygger på intervju med 4 behandlere, 2 fra Øyane DPS og 2 fra PAM.
- Intervjuene er gjennomført av prosjektleder og en rådgiver fra Innomed.
- Vi har for det meste møtt pasientene i deres hjem.
- Ett av intervjuene er gjort via en tredjeperson.
- Noen av pasientene hadde med en person som støtte.
- Notater fra intervjuene ble lagret uten sensitive personopplysninger.
- Etter analyse av brukerintervjuer, så prosjektgruppen et behov for utfyllende innsikt fra behandlerperspektivet og det ble gjennomført intervjuer med 2 behandlere fra PAM og 2 fra DPS.

Analysen

- Etter at alle intervjuene var gjennomført, samlet prosjektleder og InnoMeds representanter seg i en workshop. Alle intervjuene ble gjennomgått og funn ble notert.
- Etter hvert dannet det seg noen fokusområder med fellestrekk fra intervjuene. Vi valgte å strukturere disse i form av *aktører* (del 2) og *funn på tvers* (del 3).
- Fellestrekkene ble så organisert i funnark.
- Analyse av intervjuene med behandlere ble gjennomført på samme måte som brukerintervjuene, og resultatene fra analysen sammenstilles i funnark.

3

Analyse aktører

Kapitlet er bygd opp med funn, refleksjoner og anbefalinger for videre arbeid

I det følgende presenteres erfaringer fra brukere knyttet til de ulike aktørene, med bakgrunn i funn fra intervjuene og innsikt fra forankringsworkshopen med aktørrepresentasjon. Videre presenteres våre refleksjoner rundt innsikten, og det diskuteres hvordan prosjektet bør fokusere det videre arbeidet knyttet til den respektive aktøren. Underveis i analysen så vi behov for å utforske behandlerperspektivet nærmere gjennom intervjuer, og aktørene DPS og PAM har derfor fått dette perspektivet ekstra belyst i rapporten.

Kapitlet er delt opp i følgende aktører:



DPS – pasientperspektivet

Konsultasjonene på 45 minutt oppleves som for korte til å åpne seg opp.

Polikliniske samtaler oppleves positivt og som god hjelp, men preget av tidspress og ikke tilstrekkelig i dårlige perioder. Pasientene kan oppleve det som slitsomt å dra til og fra timen (transport, påkjenning, stress).

Pasienter ønsker planlagte innleggelser når de selv mener de trenger det.

Det oppleves som hardt å få avslag på henvisninger. Pasientene sier de mister håp og tro på bedring.

Noen pasienter sier de er blitt mer stabile etter langtidsopphold og planlagte innleggelser.

DPS-legene klarer å treffe enkelte ting og få meg til å jobbe med det. Det er bra!

45 minutters konsultasjon per uke er for kort



DPS – behandlerperspektivet

Ansatte på DPS mener det er riktig å være restriktiv med innleggelser for pasientgruppen. Poliklinisk behandling over tid er behandlingen som fungerer best for de fleste. Imidlertid er det noen pasienter som trenger noe annet, og disse bør identifiseres og få et mer individuelt tilpasset opplegg.

Behandlerne mener at det er viktig å ansvarliggjøre pasienten, gjennom å få til et samarbeid om behandlingen.

Behandlerne åpner for at det kan være en del faglig uenighet om diagnoser, både om hvilken diagnose som er riktig for en pasient og hvordan denne best behandles. Pakkeforløp fungerer dårlig for mange. Det er bedre å tenke individuelle forløp.

PAM er feil sted, det blir bare krenkelse, det burde heller vært et pasienthotell eller et slags krisesenter. De må ha et sted å sove dersom de ikke klarer å være hjemme.

Pasientene bør ikke ha innleggelser som mestringsstrategi.

Retningslinjene er tydelige på diagnosnivå. For mange fungerer det godt, men vi må klare å plukke ut dem det ikke fungerer for.



DPS – innsikt

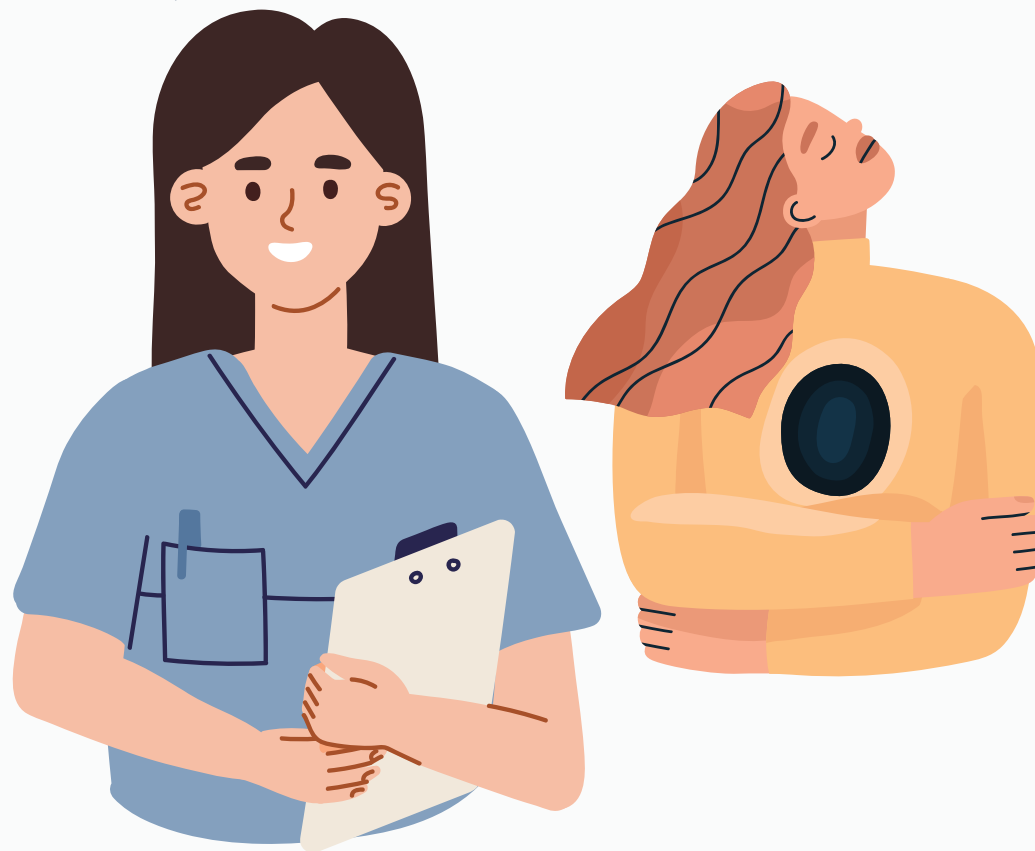
I forankringsworkshopen kom det frem at de ansatte finner pasientgruppen utfordrende å jobbe med. Dette inntrykket ble forsterket gjennom intervjuene. Splitting av de ansatte er ofte et problem.

Det er et viktig funn at noen pasienter ønsker lengre opphold på DPS (eventuelt langtidsopphold på Sandviken), men får avslag på henvisninger. Pasientene forstår ikke hvorfor de får avslag. De føler at de kjemper en dobbel kamp, både mot sin egen angst og mot systemet.

Pasientene har selv varslet at de blir dårligere og dårligere over tid, og bedt om hjelp. Avslag har ledet til nye og svært alvorlige selvmordsforsøk. Behandlerne på sin side frykter at innleggelser vil gjøre pasientene dårligere på grunn av kaos, krenkelser og fravær av ansvar for eget liv.

Pasientene har mye smerter. De trenger et hvilested, men dette er også en type unngåelse, så dette er en utfordring

Jeg sa fra til fastlegen. Han tok det seriøst og prøvde å få en innleggelse, men DPS sa nei. Etter flere uker der jeg ble dårligere og dårligere og gjentatte ganger ba om hjelp, var det ikke noe vits i å fortsette å kjempe, og jeg ga opp.



DPS - videre arbeid

Det er i det videre arbeidet viktig å klargjøre årsaken til hvorfor pasientene får avslag og hvordan begrunnelsen kommuniseres til pasientene.

Siden en del av pasientene oppgir at de har hatt mer stabile perioder etter langvarige innleggelser, kan det være verdt å se på statistikk på dette; se på antall akuttinnleggelser før og etter et langtidsopphold.

Hvis jeg får 5 dager på DPS
når jeg ber om det, kan jeg
holde meg unna akutte
situasjoner i flere måneder.



PAM – pasientperspektivet

Pasientene opplever ikke at PAM vil de vel. De mener behandlerne ser en diagnose og dårlig atferd, ikke hele mennesket.

Pasientene kan innse at de trenger beskyttelse i form av en låst dør og mangel på ting å skade seg med, men akutte opphold oppleves likevel som det motsatte av det de trenger. Låst dør, oppbevaring, ingen omsorg, ingen å prate med. De sier de opplever mangel på respekt og baksnakking.

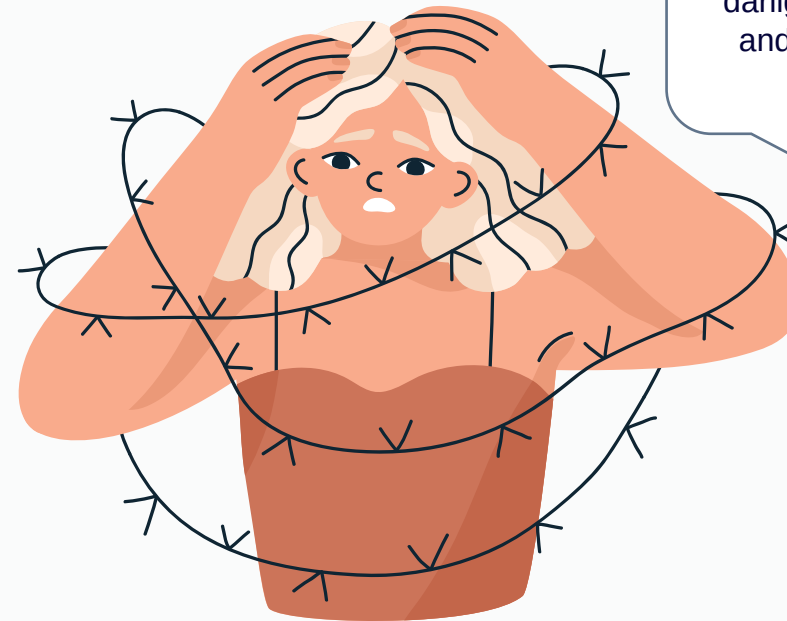
Pasientene føler seg dårligere etter en akuttinnleggelse, og trenger omsorg av for eksempel ansatte i botilbud. Tidspunktet like etter utskrivelse er sårbart mtp. nye selvmordsforsøk. Pasienten kan føle seg trigget av det som blir sagt og gjort.

Pasientene sier alle at de først og fremst trenger noen å snakke med når de er i krise.

De sa: "Vi tror ikke du tør å ta livet ditt." Jeg følte meg presset til å bevise at jeg turte, og jeg dro direkte og prøvde igjen. Jeg fikk alvorlige fysiske skader, men fortsatt ingen hjelp til det psykiske.

Jeg er veldig redd. Å bli innlagt er traumatisk

Hva har jeg gjort for å fortjene dårligere behandling enn de andre som er innlagt her?



PAM – behandlerperspektivet

Behandlere på PAM ser på akuttinnleggelsene som stabiliseringsopphold.

PAM etterlyser større fleksibilitet og tilgjengelighet hos Øyane DPS. De prøver å få kontakt med behandler på DPS før de skriver pasienten ut, men dette lykkes ofte ikke. De ønsker å skrive pasienten ut til en snarlig avtale på DPS.

Behandlere på PAM mener de har forbedringspotensiale når det kommer til innhold i akuttinnleggelsen. Dette i form av en plan for ting som skal skje; måltid, samtale, tur etc. Andre sykehus har jobbet med dette med gode resultater.

Hvis DPS hadde vært fleksibel, hadde overgangen vært bedre ved utskrivelse. Prøver å skrive dem ut til en time. Kunne også vært skrevet til en time hos DPS fra legevakten.

Føler at vi legger hodet på blokken. Må ta en vurdering om pasienten kommer til å leve etter utskrivelse.



PAM – innsikt

I forankringsworkshopen kom det frem at personalet på PAM føler at det er vanskelig å gi omsorg til pasienter når det har "gått så langt". De opplever frustrasjon og redsel både hos personale og pasienter. Pasientene oppleves som en utfordrende gruppe å jobbe med, og de kan skape splid mellom personalet gjennom å sette dem opp mot hverandre.

Det er få av pasientene vi har intervjuet som uttrykker noe ønske om å være på PAM eller noen tro på at det vil hjelpe. Sånn sett er personale og pasient enige.

Pårørende fremholder at de savner informasjon fra PAM.

Vi ønsker å skrive dem fort ut fordi vi opplever økt risiko for selvskading jo lenger de blir. Både på sykehuset og etter utskrivelse. Pårørende er ofte uenige.

Jeg har fått høre: "Å ja, er det deg igjen? Har du ikke noe bedre å finne på enn å være her? Hvis du virkelig vil ta livet ditt, hvorfor gjør du det ikke?"

Vi ble lovet samtale ved utskrivelse, men fikk det ikke.
- Pårørende



PAM – videre arbeid

Det virker som det er enighet blant behandlere om at PAM og videre innleggelse ikke er rett sted for pasientgruppen. De skrives derfor raskt ut igjen. Det anbefales å undersøke nærmere hva som ligger i denne oppfatningen, hvilken faglig forankring den har, og hva det har å si for forholdet mellom personale og pasient.

Det kan være interessant å bruke enigheten om at PAM ikke er riktig sted for denne pasientgruppen i krise til å sammen finne alternative akutttilbud. Det er også viktig å finne ut hvorfor pasientene føler seg dårligere og i verste fall trigget til nye selvmordsforsøk etter en akuttinnleggelse. Hvorfor føler de seg presset til å gjøre ekstreme ting? Hvorfor mister de håp og tro på at noe kan hjelpe? Pasientene sier selv at de først og fremst trenger noen å snakke med, noe de opplever å ikke få på PAM.

Jeg prøver å si ifra at jeg trenger noen å snakke med, men jeg blir ikke lyttet til.

PAM er oppbevaring. Du får ingen verktøy og lite (og mindre og mindre) medmenneskelighet.

Vi har forbedringspotensiale på innholdet i oppholdet.



Botilbud – pasient og ansatt perspektiver

Pasientene som har botilbud opplever de ansatte som omsorgsfulle samtalepartnere, og knytter seg tett til dem. Opplever samarbeid om bedring.

Sårbarhet: Åpen dør ved krise. Ansatte har mye å gjøre. Har ikke kraftfulle tiltak når det er krise.

Det er ofte personalet på botilbudene som kontakter legevakt og ber om akutthjelp til beboer.

Personalet ringer til politiet når beboer forsvinner og de blir bekymret.

Både ansatte og beboere uttrykker ønske om behandlingsopphold i tillegg, botilbud er ikke nok.



Jeg har aldri sagt at jeg vil ha akuttinnleggelse. Det er de ansatte her som gjør det når de tenker det er nødvendig.

Vi prøver å være i forkant og har funnet noen signaler som kan varsle om at det er en krise på gang.

Botilbud – innsikt

I forankringsworkshopen kom det frem at de ansatte på botilbudene ses på som støttepersoner, ikke behandlere. De oppnår god kontakt med pasienten og møter pasienten også når de ikke er i krise. Dette inntrykket er blitt forsterket i innsiktsfasen. Vi har ikke gjort intervjuer med ansatte, men møtt dem når vi har vært hjemme hos pasienter som har botilbud. Noen ansatte har vært med som støtte i samtalene.

Både pasienter og ansatte har sagt at de må bruke mye tid på å bearbeide tanker og følelser hos pasienten etter et akuttopphold. Det må mye prating til.



Når jeg har fri og hun sender et "Hei", da vet jeg at vi må prate litt. Hun misbruker det aldri.
- Ansatt i botilbud

Botilbud - videre arbeid

Pasienter har ofte et nært forhold til de som jobber i botilbudet. Ansatte ser og har kontakt med pasienten også i dagliglivet og kjenner hele mennesket. Sammen har de da sannsynligvis en viktig nøkkel til at pasienten kan få det bedre.

Det kan jobbes videre med å se på hvilke tiltak som kan prøves ut i botilbudet. Det er et funn at ansatte kan føle seg litt maktesløse når krise oppstår, og resultatet blir fort forsvinning, legevakt og akuttinnleggelse. Det kan utforskes om det kan finnes alternative måter å involvere lege, psykolog eller psykiater på før situasjonen eskalerer ytterligere.

Vi prøver å være i forkant og har funnet noen signaler som kan varsle om at det er en krise på gang.



Kommunal støtte – pasientperspektiv

Pasienter som bor hjemme kan ha oppfølging av psykiske helsetjenester i kommunen.

Pasientene virker fornøyd med dette tilbudet, men tilbudet er sårbart for sykdom og permisjoner blant ansatte.

Hvor godt tilbudet virker synes å være relatert til kjemi mellom pasient og ansatt.

Hjelp av støttekontakt og sosionom kan også være viktig for denne gruppen.



Jeg tror de som kommer hjem
til meg ser bedre hele bildet,
hele mennesket.

Kommunal støtte - innsikt

I forankringsworkshopen kom det fram bekymring om at en del pasienter med psykiske lidelser faller utenfor radaren til de kommunale hjelpetjenestene. Det er ofte pårørende som tar kontakt. Brukerne selv vil kanskje ikke ha tjenestene selv om de egentlig trenger dem.

Åpningstidene til de kommunale tjenestene kan være en utfordring for å klare å hjelpe pasientene når de trenger det mest.



Kommunal støtte - videre arbeid

Det kan være et godt potensiale i å utforske om spesialisthelsetjenesten kan hjelpe de kommunale tjenestene til å fange opp pasienter som trenger oppfølging hjemme.

Kan digitale tilbud øke tilgjengelighetsvinduet til kommunale støttetjenester?



Politiet – pasientperspektivet

Pasientene har jevnt over et veldig godt forhold til politiet. De sier at de opplever respekt og medmenneskelighet.

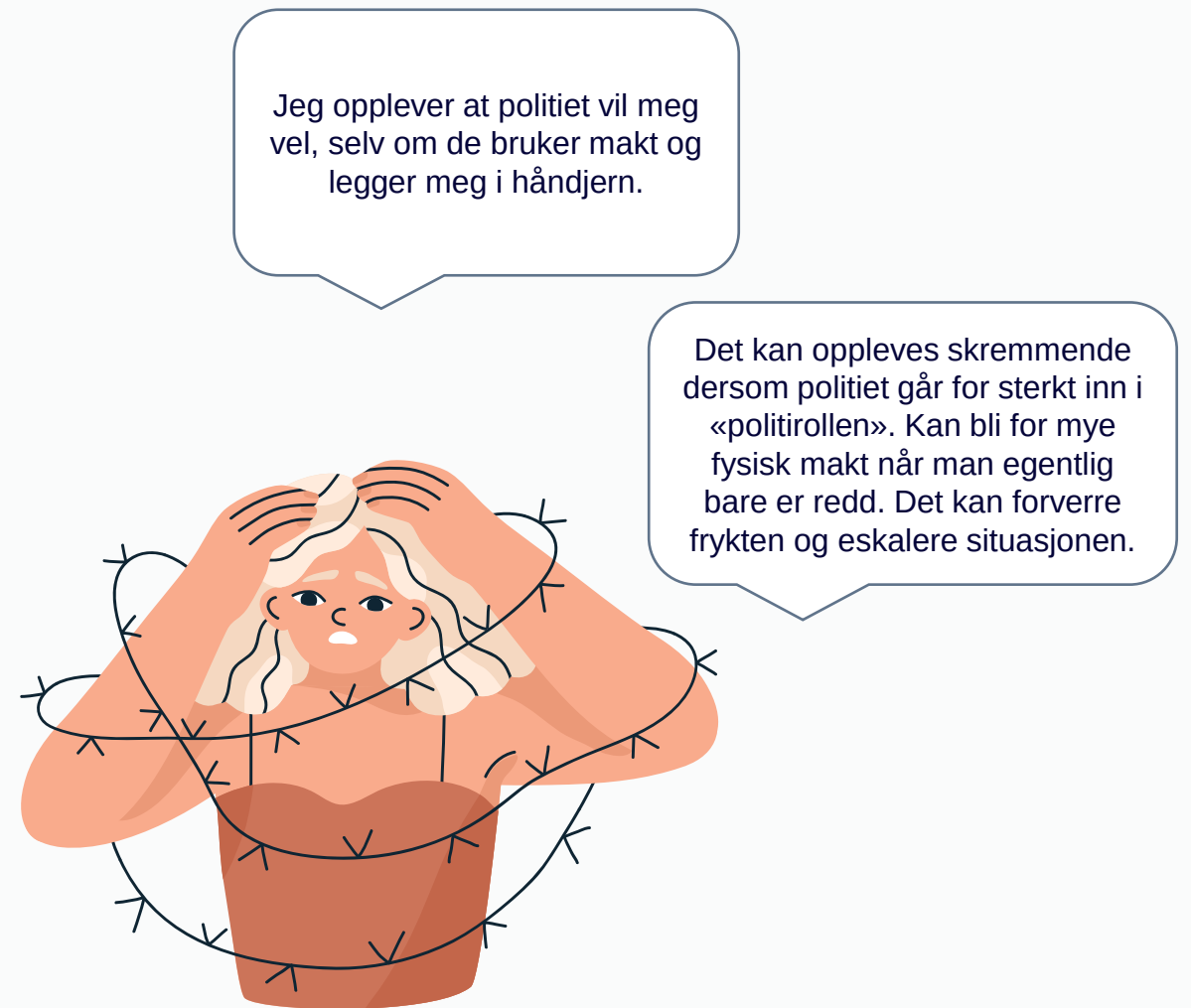
Politi oppleves som trygt og er redningen i mange fortvilte situasjoner. Samtidig kan politiet utstråle mye makt, som kan være skremmende spesielt for yngre pasienter.

Pasientene er takknemlig for at politiet har reddet dem når de er i krise.

Pasientene setter også pris på at politiet tar kontakt en vanlig dag på gata og spør hvordan det går.

Pårørende opplever godt samarbeid med politiet.

Pasientene er positivt overrasket over tiltakene politiet har satt i verk, og opplever at de tar på seg mer ansvar enn det som er forventet.



Politiet – innsikt

Prosjektet har gjennomført et intervju med politiet, og politiet deltok også digitalt i en del av forankringsworkshopen. Det har kommet frem at politiet føler på mangel på helsekompetanse i kritiske situasjoner med pasienten. De opplever også frustrasjon over at pasienten ikke ser ut til å få tilstrekkelig hjelp av helsetjenestene.

Politiet frykter for skade på personale, både psykisk og fysisk, når situasjonene blir dramatiske.

Politiet prøver å gjøre alternative tiltak for pasientene dersom de ser muligheten for det. Dette kan for eksempel være at en betjent ringer jevnlig til en "gjenganger" hen har oppnådd god kontakt med. Politiet mener å se en god effekt av slike tiltak.



Politiet – videre arbeid

Det er interessant at politiet ser ut til å oppnå god kontakt med en pasientgruppe som en del andre tjenester finner det vanskelig å forholde seg til. Det kan ha et bra nyttepotensiale å forsøke å finne ut hvorfor det er slik. Politiet ser ingen journal og vet ingen diagnose. Gjør det det lettere for dem å se mennesket i situasjonen? Det kan være en hypotese det kunne være interessant å se nærmere på.

Det kan også hende at man i den videre tjenesteutviklingen kan undersøke om man kan lære og la seg inspirere av de alternative støttetiltakene politiet av og til setter i gang.

Noen i politiet har truffet på meg før og vet hvordan de skal møte meg når jeg er veldig redd. De er veldig flink til å prate, gjør meg rolig og viser meg respekt.



Legevakten – pasientperspektivet

Denne pasientgruppen er ofte i kontakt med legevakten.

Noen av pasientene tar hyppig kontakt med legevakten selv. Andre prøver å unngå det, men blir brakt dit av politiet.

Ansatte på kommunale botilbud kan kontakte legevakten når de føler at de ikke kan ta ansvar for beboeren i krise.

Pasientene opplever ofte at legevakten ikke har tid til dem. Pasientene kan oppleve at de da presses til å skade seg fysisk for å "slippe til".

Pårørende opplever samarbeid med legevakten. De ansatte der oppleves som tålmodige og gjør det de kan for å hjelpe.

Legevakten spør om jeg er suicidal. Jeg svarer "ikke enda", og da mener de psykolog er nok. Føler meg presset til å gjøre drastiske ting for å bli tatt seriøst.



Legevakten – innsikt

I forankringsworkshopen kom det frem at legevaktsleger kvier seg for å sende pasienter i denne gruppen hjem når de er i krise. Et besøk på legevakten resulterer derfor ofte i akuttinnleggelser for pasienten.

De ansatte på legevakten føler seg presset på tid og uforutsigbarhet. Det gjør det vanskelig å gjøre gode nok vurderinger. Legen føler seg alene om ansvaret.

De ansatte på legevakten kan føle på engstelse for at dersom de gir pasientene for mye oppmerksomhet, kommer veldig mange.

Antakelig ender mange pasienter på legevakten i mangel på et annet åpent støttetilbud på kveld/natt.

Jeg har vonde opplevelser fra legevakten. Jeg blir redd når de sier jeg blir innlagt.



Legevakten – videre arbeid

Det kan være verdt å jobbe videre med spørsmålet om legevakten i sin nåværende form er det rette stedet for vår pasientgruppe når de er i akutt krise. Pasientene uttrykker ønske om å bli tatt vare på av noen som har tid til dem, men legevakten er som oftest et sted preget av dårlig tid og de ansatte har mange akutte tilfeller de må prioritere mellom. Det kan se ut som at akutte fysiske kriser trumfer akutte psykiske kriser på et sted som skal håndtere alt.

I det videre arbeidet kan de være aktuelt å se på om alternative tjenestetilbud kan avlaste legevakten i håndteringen av pasientene når trykket øker på kveld og natt, og da helst før det blir helt krise.

Legevakten har ikke tid til samtale.



Fastlegen – pasientperspektivet

Pasientene føler jevnt over at oppfølgingen fra fastlegen er god.

Pasientene føler at de blir tatt på alvor av fastlegen og at fastlegen jobber for "deres sak".

Henvisninger fra fastleger til vurdering av planlagte innleggelser blir i en del tilfeller avvist.

Det er vanskelig for pårørende å få informasjon og bli involvert når pasienten er over 18 år. Det skaper mye frustrasjon.

Fastlegen er den jeg kan stole på med tanke på medisiner.

Fastlegen tar på alvor det jeg sier og jeg kan snakke om alt.



Fastlegen – videre arbeid

Prosjektet mangler innsikt i hvordan fastlegene opplever pasientgruppen. Det kan være lurt å innhente denne informasjonen, spesielt dersom fastlegene skal være en aktør i en pilot/tiltak.

God kontakt med fastlege,
spesielt over tid, er bra.



4

Funn på tvers

Tilgjengelighet og kontinuitet

Kveld og natt er mest sårbare tidspunkt for pasientgruppen.

Pasientene behøver støtte for å opprettholde kontroll.

Behandlere understreker at pasientgruppen er spesielt sårbare for brudd i oppfølgingen.

Ved manglende oppfølging kan pasientene føle seg presset til å gjøre ekstreme ting. Selvmordsforsøk er ofte varslet av pasientene selv.

I det videre arbeidet kan det være verdt å undersøke om digital hjemmeoppfølging kan gi støtte på kveld / natt / helg.

Alt stenger om kvelden og natten. Det blir stille.

Det hoper seg opp i løpet av dagen.



Diagnose

Innsiktsarbeidet har avdekket at det er en del faglige uenigheter rundt diagnose og behandling. Behandlere på PAM og DPS kan være uenige om hvilke diagnoser som er riktig for en pasient og hvilken som skal være retningsgivende for behandling, for eksempel ved posttraumatisk stress lidelse (PTSD) og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Behandlere peker på at ulike diagnoser kan ha liknende symptomuttrykk, men veldig ulike tilnærminger for behandling. Faren er at pasienter får feil behandling dersom det er satt feil diagnose. For eksempel dersom en med aspergers syndrom har fått satt en emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Konsekvensene av å behandle for feil diagnose kan bli alvorlige for pasienten.



Vi ser en utvikling i fagfeltet om prognose ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Før var det sett på som en kronisk diagnose. Nå sier de i snitt 6 år.

Diagnostisk kan vi være uenig. Da blir det trøbbel ofte. Vi må prøve å finne tiltak som vil være riktige uansett.

Diagnose og omsorg

Pasientene mener de har levd et liv og utviklet seg siden diagnosetidspunktet. Flere ønsker ny utredning, men har ikke fått dette til tross for støtte fra fastlege/psykolog.

Pasientene uttrykker en sterk følelse av å være fanget i egen diagnose. Pasientene føler at systemet har gitt dem opp og føler seg motløse.

Pasientene opplever at medpasienter med andre diagnoser får annen behandling og mer omsorg enn dem selv. Dette oppleves som sterkt urettferdig.

Behandlerne er redd for at for mye omsorg er skadelig for pasientgruppen.



Liten mulighet for medvirkning

Pasientene ønsker å kunne påvirke behandlingen mer selv. De ønsker planlagte innleggelser, men opplever ofte at de ikke får det, etter sigende fordi behandlere mener at de ikke har godt av å være innlagt, eller ikke har nyttiggjort seg behandling tidligere.

Behandlingen er opptatt av å holde ting stabilt, og ønsker ikke at pasientene skal ha innleggelse som en slags mestringsstrategi.

Selv om pasienter og behandlere synes å stå langt fra hverandre i håndteringen av diagnosespørsmålet, er de likevel enige om viktige ting. Begge ser behovet for at pasienten tar ansvar for eget liv og helse.



Jeg får avslag på henvisningene fra fastlegen om stabiliseringsopphold. De sier det er fordi jeg ikke har nyttiggjort meg behandling tidligere.

Journal

Pasientene opplever at journalen leder til forutinntatthet hos de som skal hjelpe.

Noen pasienter uttrykker stor frustrasjon over at journalen «følger dem», og at behandlerne ser mer på journalen enn dem som menneske.

En del pasienter uttrykker at de har forandret seg, men at journalen likevel definerer dem for fremtiden.

Noen pasienter er sterkt uenige i det som står i journalen. De ønsker at deres perspektiv også skal komme frem gjennom det som blir skrevet.

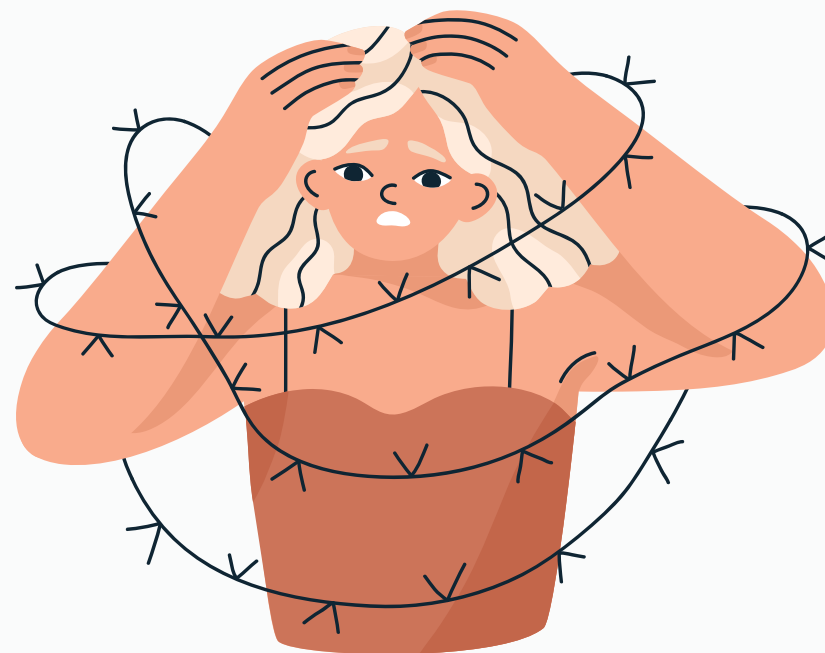
Hvorfor skal de bare lese journalen når de kan snakke med pasientene? Journalen min er en skrekkehistorie!



Jeg skulle ønske at de spurte meg om jeg var enig i det de har tolket og vurdert. Men ingen har spurt meg om hvordan dette er for meg. Mine perspektiver bør stå i journalen også.

Enighet om problem og mål

Funnene fra innsiktsarbeidet tyder på at dagens praksis for å hjelpe vår pasientgruppe i kriser gjør situasjonen verre for dem i stedet for å hjelpe dem. Når kriser oppstår, møter de tjenester preget av høyt tempo, dårlig tid, kaos og bråk. Dette er det motsatte av det pasientene føler at de trenger, og de opplever krenkelser gang på gang. Det gjør dem dårligere. Behandlere som har bidratt i vårt innsiktsarbeid bekrefter dette inntrykket. Dermed er behandlere og pasienter enige i problemet. Pasienter og behandlere er også enige om målet. De ønsker opplevd trygghet, selvbestemmelse og ansvar for eget liv med gode støttepilarer rundt. Spørsmålet blir da hvordan alle aktører kan bidra best som for å støtte pasienten mot målet. Her må det en del tiltak til hos hver enkelt aktør.



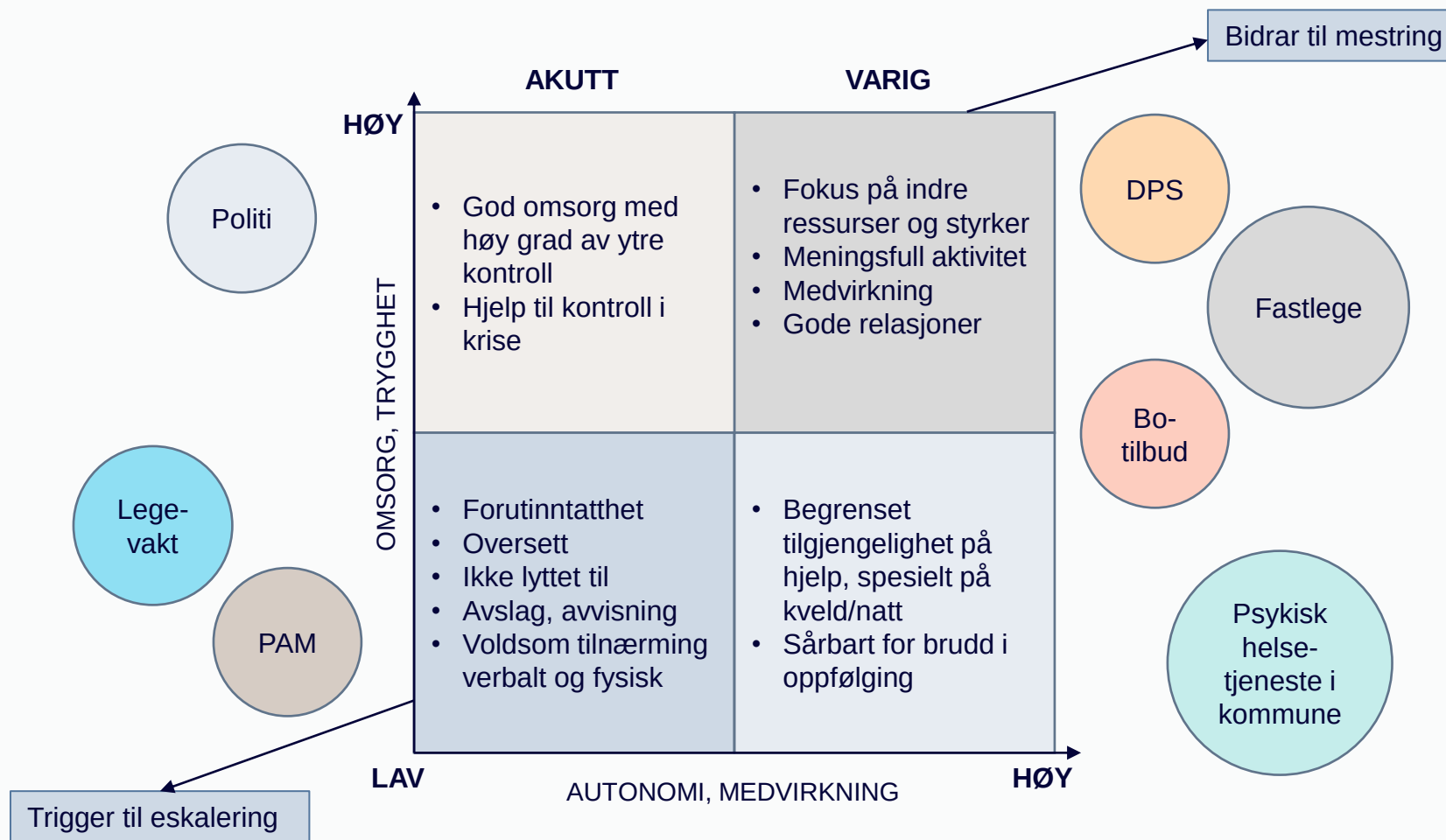
Det er uklare faglige retningslinjer for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

- Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en diagnose som opptrer hos mange av pasientene i målgruppen for prosjektet.
- Det viser seg at det ikke finnes nasjonale faglige retningslinjer for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.
- Funnene fra innsiktsfasen viser at det, til denne gruppen, brukes retningslinjer for å forebygge selvmord i psykisk helsevern for de med kronisk forhøyet suicidalitet.
 - Retningslinjene er fra år 2008, og anbefalingene er gradert med svak evidens «..basert på manglende dokumentasjon»*.
 - **Disse retningslinjene er rettet mot en liten av del av denne pasientgruppens utfordringer og behov, og er sannsynligvis for lite konkrete til å følge opp og å behandle personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.**



*[Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern](#)

As is: Pasientenes opplevelse av autonomi og trygghet varierer i møte med de ulike aktørene



Øyeblikksbilde av dagens situasjon.

Analyse av pasientenes erfaringer med de forskjellige aktørene, med parameterene opplevd *trygghet* og *autonomi*.

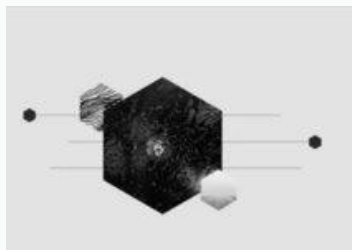
5

Neste fase

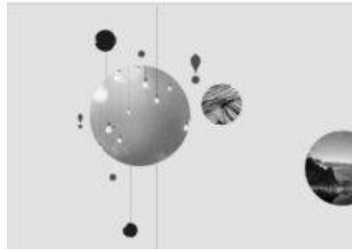
Prosjektet går over i neste fase: tjenesteutvikling

- Når innsiktsfasen nå avsluttes, går prosjektet over i fase 3 i veikart for tjenesteinnovasjon*: *Tjenesteutvikling*.
- I denne fasen omsettes innsikten til ideer, som igjen videreutvikles til tjenestetilbud klar for pilotering. Fasen innebærer seks steg:
 1. Idémyldring
 2. Testing av løsningsforslag
 3. Definisjon av rutiner og ansvar
 4. Kartlegging av gevinster
 5. Utvikling av kontaktpunkter
 6. Utvikling eller valg av teknologi
- Prosjektet skal i mai gjennomføre en workshop for å «kick-starte» fasen. Her er alle involverte aktører invitert, inkludert brukerrepresentanter. I workshopen skal innsikten presenteres, og aktørene skal dele sine tanker rundt det som blir presentert.
- Deltagerne i workshopen skal jobbe systematisk med kunnskapen tilegnet gjennom innsiktsarbeidet i fase 2, og idémyldre løsninger med hensyn til gjennomførbarhet og antatte gevinster.

Forankring



Innsikt



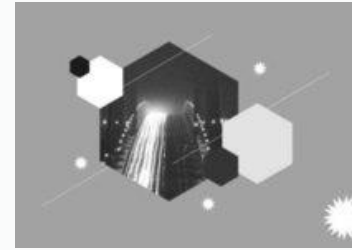
Tjenesteutvikling



Pilotering



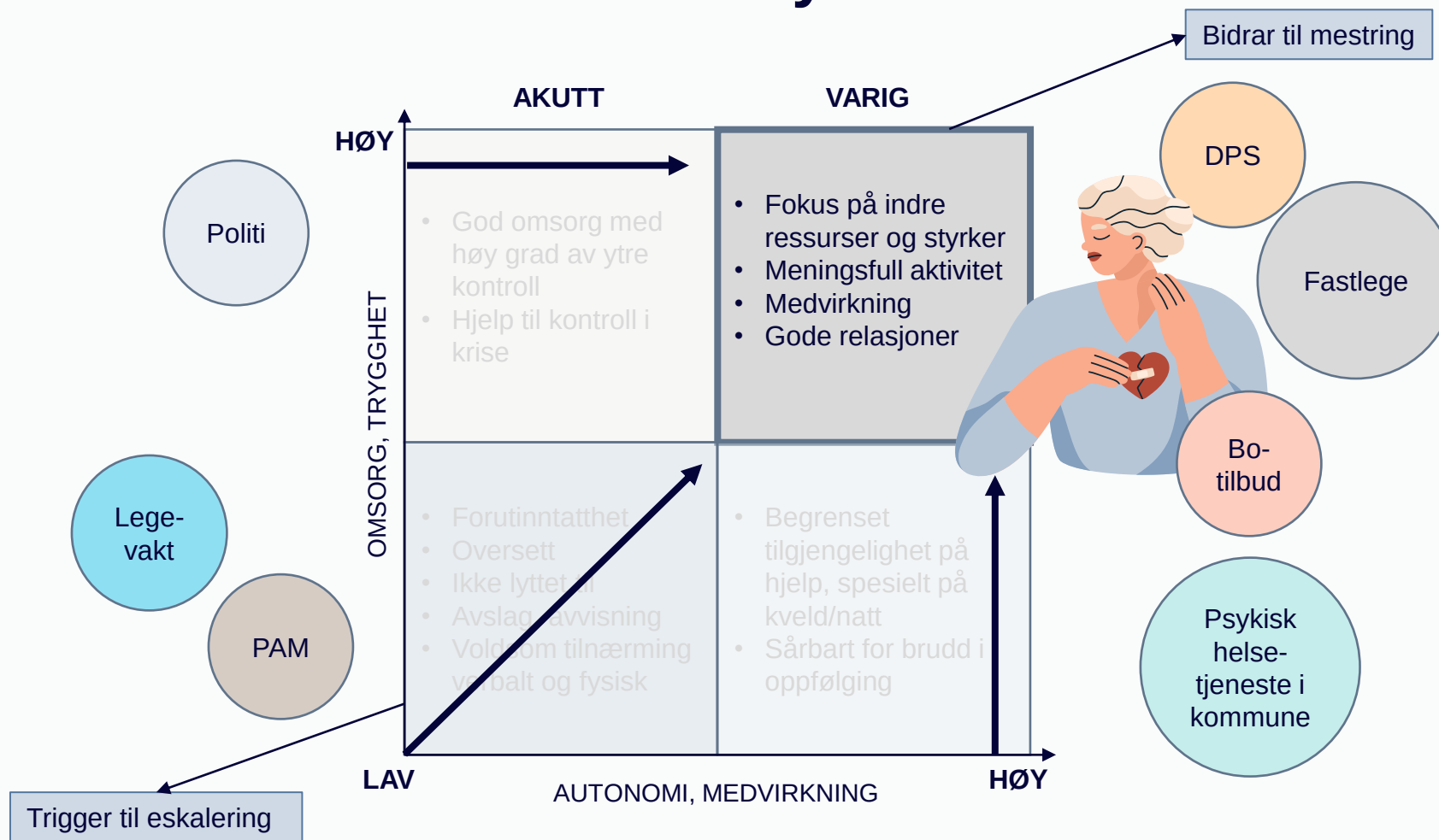
Overgang til drift



Ny praksis



To be: Hva må til for at aktørene kan støtte pasienten til et liv i øvre høyre firkant?



Vedlegg

Svingdørspasienter Askøy 2020

Antall pasienter med >3 innleggelser	15	
Samlet antall innleggelser	75	
Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient	5	
Døgnpris PAM		kr 13 448,00
Gjennomsnitt antall dager innlagt	2,5	
Pris PAM per innleggelse		kr 33 620,00
Pris andre tjenester i akuttloop*		kr 13 873
Pris per runde i akuttloop		kr 47 493,00
Kostnad per pasient i 2020		kr 237 465,00
Kostnad alle pasienter Askøy i 2020		kr 3 561 975,00

*Ambulanse 2 turer, konsultasjon legevakt med behandling av sår, politiet med 2 patruljer

Tallgrunnlag fra analyseavdelingen i Helse Bergen

Svingdørspasienter Øygarden 2020

Antall pasienter med >3 innleggelser	19	
Samlet antall innleggelser	114	
Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient	6	
Døgnpris PAM		kr 13 448,00
Gjennomsnitt antall dager innlagt	2,5	
Pris PAM per innleggelse		kr 33 620,00
Pris andre tjenester i akuttloop*		kr 13 873
Pris per runde i akuttloop		kr 47 493,00
Kostnad per pasient i 2020		kr 284 958,00
Kostnad alle pasienter Øygarden i 2020		kr 5 414 202,00

*Ambulanse 2 turer, konsultasjon legevakt med behandling av sår, politiet med 2 patruljer

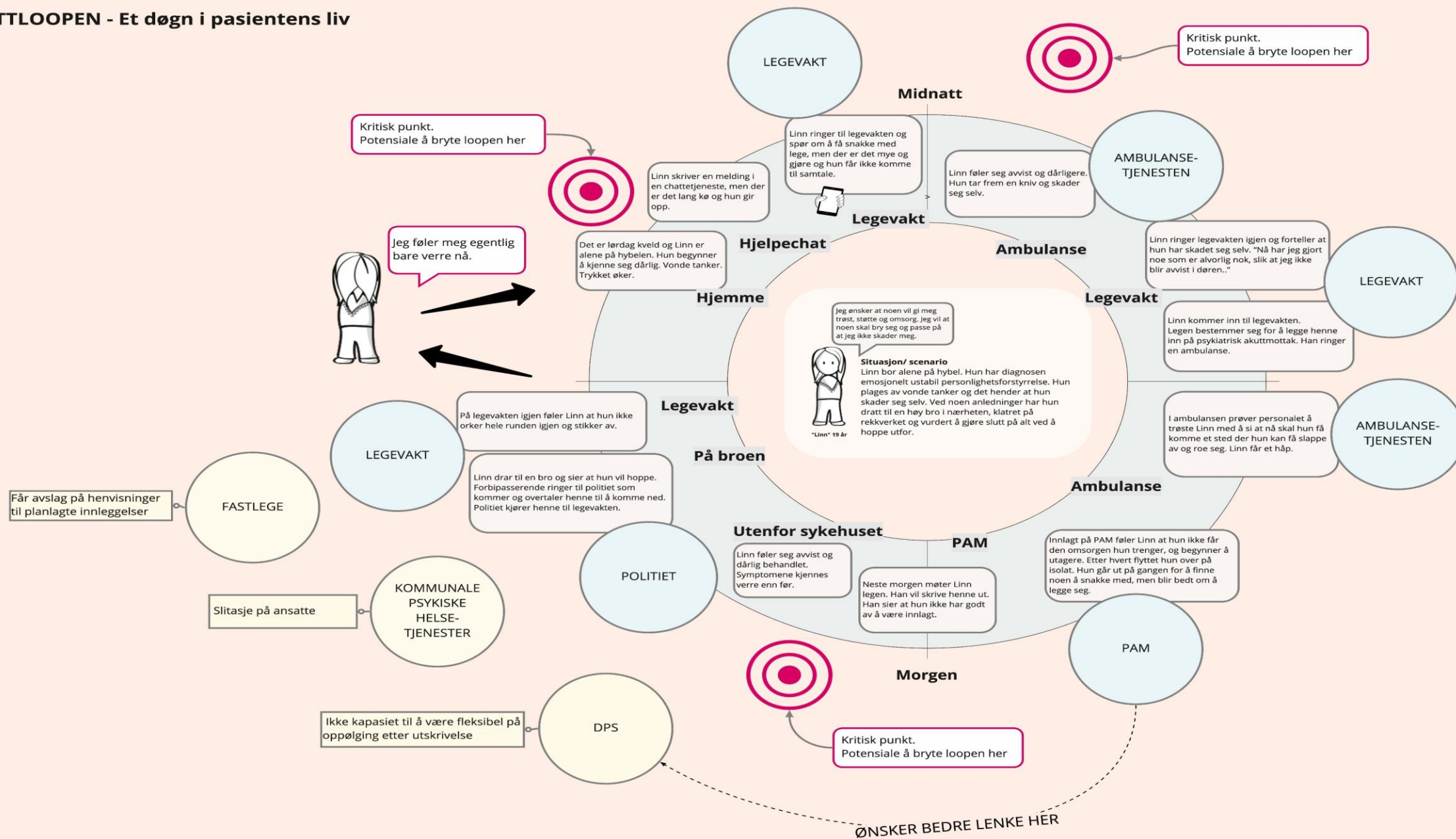
Tallgrunnlag fra analyseavdelingen i Helse Bergen

Svingdørspasienter - omfang

	Antall pasienter med >3 innleggelser	Antall Innleggelser i PAM (snitt)	Antall pasienter med >5 (>10) innleggelser
2020	19	114 (6.0)	7 (4)
2021	14	93 (6.6)	5 (2)
Både i 2020 og i 2021	5	?	?

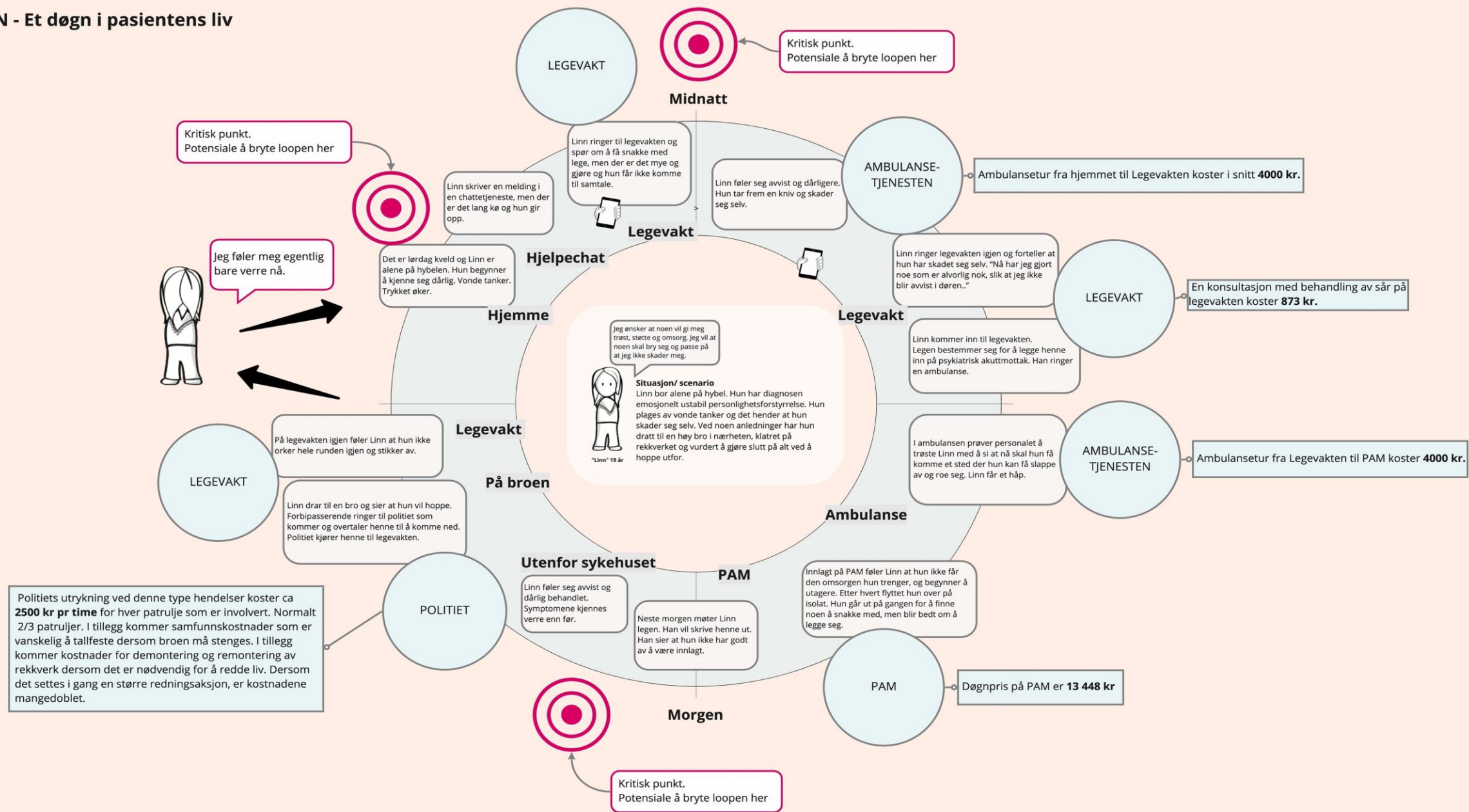
	Antall pasienter med >3 innleggelser	Antall Innleggelser i PAM (snitt)	Antall pasienter med >5 (>10) innleggelser
2020	15	75 (5.0)	6 (1)
2021	11	42 (3.8)	3 (0)
Både i 2020 og i 2021	5	?	?

AKUTTLOOPEN - Et døgn i pasientens liv



Illustrasjonen er laget av InnoMed for Prosjekt Bedre helsetjenester for pasienter med hyppige akuttinnleggelseser. Prosjekteiere er Øyane DPS og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Bergen.

AKUTTLOOPEN - Et døgn i pasientens liv



Illustrasjonen er laget av InnoMed for Prosjekt Bedre helsetjenester for pasienter med hyppige akuttinnleggelser. Prosjekteiere er Øyane DPS og Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Bergen.

Innsiktsrapporten er utarbeidet av



Mette Senneseth

Prosjektleder

Helse Bergen

Kontakt: mette.senneseth@helse-bergen.no



Synnøve Kleive

Innovasjonsrådgiver

InnoMed



Signe Thue Jerving

Innovasjonsrådgiver

InnoMed

InnoMed

