

Evaluering av prosjektet «Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland»

Et samhandlingsprosjekt mellom Nordhordland legevakt og Bjørgvin distriktpsykiatriske senter, avdeling Nordhordland

Rapport nr. 5-2013

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin



Tittel	Evaluering av prosjektet «Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland». Et samhandlingsprosjekt mellom Nordhordland legevakt og Bjørgvin distriktpsykiatriske senter, avdeling Nordhordland
Institusjon	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research, Bergen
Ansvarlig	Steinar Hunskår
Forfattere	Ingrid Hjulstad Johansen, forsker, ph.d., Ole Johan Eikeland, fagsjef, cand.polit., Eikeland forskning og undervising
ISBN	978-82-92970-62-1 trykt 978-82-92970-63-8 pdf
ISSN	1891-3474
Rapport	Nr. 5-2013
Tilgjengelighet	Pdf og trykt versjon
Prosjekttittel	Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland
Antall sider	30 pluss vedlegg
Publiseringsmåned	August 2013
Oppdragsgiver	Helse Bergen HF/Bjørgvin DPS
Sitering	Johansen IH, Eikeland OJ. Evaluering av prosjektet «Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland». Et samhandlingsprosjekt mellom Nordhordland legevakt og Bjørgvin distriktpsykiatriske senter, avdeling Nordhordland. Rapport nr. 5-2013. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research 2013.

Helsedepartementet har etablert Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Senteret er organisert i Uni Research AS/Uni Helse og knyttet faglig til Forskningsgruppe for allmenntmedisin, Universitetet i Bergen, og til Nasjonalt kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom). Senteret skal gjennom forskning og fagutvikling og i samarbeid med andre fagmiljøer bidra til å bygge opp og formidle faglig kunnskap innen kommunal legevaktmedisin.

Nettadresse www.legevaktmedisin.no
Epost legevaktmedisin@uni.no
Telefon +47 55586500
Telefaks +47 55586130
Besøksadresse Kalfarveien 31, Paviljongen
Postadresse Kalfarveien 31
Postnummer 5018
Poststed Bergen

Forord

Denne rapporten beskriver “Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland” slik prosjektet ble drevet i perioden 01.03.10-28.02.13. Prosjektet var nyskapende fordi man istedenfor å bygge opp en ny og alternativ øyeblikkelig hjelp-funksjon utenfor vanlig kontortid, aktivt søkte å støtte opp om legevakt som er det kommunale og lovpålagte tilbudet om lavterskel øyeblikkelig helsehjelp. Dermed ble prosjektet eksempel på en alternativ samarbeidsform mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Før oppstart ble evalueringen vurdert og godkjent av Personvernombudet for forskning. Forskerne har ikke hatt tilgang til opplysninger som kunne identifisere enkeltpersoner uten at disse selv har gitt sitt samtykke i forkant.

Evalueringen hadde ikke vært mulig uten gode hjelpere som delte tanker og erfaringer, og som samlet inn data. Takk til alle som bidro! I tillegg må det rettes en ekstra takk til

- avdelingssjef Sissel Horten som har tilrettelagt for evalueringen
- avdelingssykepleier Fredrik Hiis Bergh som ga oss tilgang til anonymiserte registreringer av alle innleggelser i PAM for den aktuelle perioden
- assisterende seksjonsleder Egil Aase som ga oss tilgang til anonymiserte registreringer av innleggelser ved Manger døgnbehandling

Bergen 05.08.13,

Ingrid H. Johansen

Sammendrag

Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland er et klinisk prosjekt der spesialisthelsetjenesten i psykiatri støtter opp om akuttvurderinger i kommunehelsetjenesten og samtidig gir et utvidet behandlingstilbud innenfor spesialisthelsetjenesten. Fra 01.03.10 kunne legevaktlege ved Nordhordland interkommunale legevakt ved behov for råd eller veiledning i akutthåndtering av en psykiatrisk problemstilling, kontakte en psykolog i beredskap ved Bjørgvin distriktpsykiatriske senter, avdeling Nordhordland. Tilbudet var tilgjengelig på kveldstid på hverdager (kl. 16-23) og i helg og helligdager (kl. 12-20). Psykologen kunne bidra med råd per telefon, men vedkommende kunne også selv gjennomføre akutt samtale og vurdering av pasienten på legevakten eller hjemme hos pasienten, gi pasienten en time til akuttvurdering ved poliklinikken første virkedag, sørge for en akuttinnleggelse på det distriktpsykiatriske senteret (DPS) eller koble inn relevant oppfølging ved poliklinisk instans på DPS-nivå. Fra 03.09.12 kunne psykologen også koble inn et akutt ambulant team bemannet med sykepleiere, som kunne følge opp pasienten i hjemmet.

Prosjektet hadde som mål å bedre kvaliteten av psykiatriske akuttvurderinger i form av økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid. Man ønsket økt kontinuitet i behandlingstilbudet, å sikre at DPS var første kontakt, og at sykehuset fungerte som 3. linjetjeneste. DPS skulle være alternativ til PAM ved behov for akutte innleggelser og dermed redusere behovet for innleggelser på sentralisert sykehusnivå. Det var også et mål å redusere behovet for bruk av tvangstiltak gjennom å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt i forløpet og å gi større brukertilfredshet.

Evalueringen av prosjektet ble gjennomført som aksjonsforskning, og midlertidige resultat ble lagt fram for styringsgruppen underveis. Resultater av midtveisevalueringen ble i tillegg framlagt for vaktpsykologene og prosjektgruppen. Det ble foretatt kvantitative og kvalitative målinger. De kvantitative målingene besto av registreringer av henvendelser til vaktpsykologen, annen akuttaktivitet ved poliklinikken, innleggelser i Manger døgnenhet og innleggelser i Psykiatrisk akutt mottak, Sandviken sykehus. Det ble også foretatt en spørreundersøkelse blant legevaktlegene og vurdering av prosjektets budsjett. Den kvalitative analysen besto av dokumentinnsamling og –gjennomgang, tilstedeværelse på styringsgruppemøter, gruppeintervju med vaktpsykologer og legevaktsykepleiere, telefonintervju med legevaktleger og dybdeintervju av pasienter.

Evalueringen viser at prosjektet sannsynligvis har bedret kvaliteten på de psykiatriske akuttvurderingene. Vaktordningen ble først og fremst brukt av de med dårligst forutsetning for å gjøre gode vurderinger: Turnuslegene og legevaktleger uten tilknytning til Nordhordlandregionen. Alle informanter vektla læringseffekten av å kunne konferere med psykolog og også få rask tilbakemelding om videre tiltak.

Prosjektet har sannsynligvis også bidratt til økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid. Dette har hovedsakelig skjedd ved å gi et tilbud til pasienter som ikke hadde behov for en akuttinnleggelse. Registreringene viser at mange av pasientene legevaktlegen tok kontakt om, fikk oppfølging via DPS. I prosjektårene ble også flere pasienter innlagt i PAM via DPS. Dette betyr at DPS i større grad fikk oversikt over pasientgruppen. De fleste pasientene som fikk kontakt gjennom vaktordningen var ikke i aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten. Ordningen bidro dermed til å gi et tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten til pasienter som ikke hadde et tilbud der fra tidligere.

Vaktordningen i seg selv bidro ikke til redusert behov for innleggelser på et sentralisert sykehusnivå. Det siste prosjektåret var det en klar reduksjon, men det er ikke mulig å si om dette var en naturlig svingning,

et resultat av oppstarten av et akutt ambulanseteam som tilbød hjemmebehandling eller et resultat av en generelt bedret tilgang til hjelp på andre tider av døgnet. Prosjektet synes heller ikke å ha hatt effekt på antall tvangsinnleggelses. Andel tvangshenviste og –innlagte var relativt stabil.

På grunn av liten respons på brukerundersøkelsen er brukertilfredsheten vanskelig å bedømme. De få tilbakemeldingene som kom, tyder på at brukerne som fikk tilbud via vaktordningen var svært fornøyde. Det synes imidlertid som om prosjektet ikke bidro til det som fra brukernes side opplevdes som hovedproblem i regionen, nemlig dårlig tilgang til førstelinjetjenesten og derfor forsinkelse i forhold til opplevd nødvendig henvisning videre.

Selv om vaktordningen ble svært godt mottatt av samarbeidspartnerne, gir den også potensielle utfordringer. Den bidrar til økt press på legevakten i form av ivaretagelse av pasienter på legevakten i avvente av samtale med psykolog og samtidighetskonflikt i forhold til bruk av rom. Det er også stilt spørsmål om ordningen bidrar til økt press på legevaktsentralen i form av henvendelser fra pasienter som ikke trenger akutt legehjelp, men som ønsker en akuttsamtale med en psykolog. Ved oppbygging av denne typen tjenester er det viktig at man sikrer seg at man har tilstrekkelig romkapasitet og personalressurser til å håndtere dette. I motsatt fall vil en svært populær og ønsket ordning lett miste sin legitimitet.

Oppsummert synes prosjektet *Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland* å fungere etter intensjonen. Det gir utvidet tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten i Nordhordland og har stor verdi for alle direkte involverte. Prosjektet har ikke redusert behovet for tvangsinnleggelses eller innleggelses i psykiatrisk sykehus, og det er et åpent spørsmål om oppbyggingen av et slikt tilbud kan forsvares ved et befolkningsgrunnlag på ca. 30 000 personer.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Innhold	6
1 Bakgrunn	7
1.1 Politisk bakteppe	7
1.2 Lokale forhold og bakgrunn for prosjektet	7
1.3 Prosjektet <i>Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland</i>	8
1.4 Lokale endringer i løpet av prosjektperioden	10
2 Evalueringen	11
2.1 Bakgrunn	11
2.2 Metodebeskrivelse	11
3 Resultater	13
3.1 Kvantitative mål	13
3.1.1 Henvendelser til vaktpsykologen	13
3.1.2 Innleggelser Manger døgnet	18
3.1.3 Innleggelser i Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus	19
3.1.4 Spørreundersøkelse blant vaktlegene	22
3.1.5 Prosjektøkonomi	23
3.2 Kvalitative mål	23
3.2.1 Midtveiseevalueringen	23
3.2.2 Brukerevalueringen	25
4 Konklusjoner	26
4.1 Bedret kvalitet på psykiatriske akuttvurderinger	26
4.2 Økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid	26
4.3 Økt kontinuitet i behandlingstilbudet, med DPS som førstekontakt og sykehuset som 3. linjetjeneste	26
4.4 DPS som tilleggsalternativ til PAM ved behov for akutte innleggelser	26
4.5 Ikke redusert behov for innleggelser på sentralisert sykehusnivå	27
4.6 Ikke redusert behov for bruk av tvangstiltak gjennom å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt i forløpet	27
4.7 Delvis større brukertilfredshet	27
4.8 Identifiserte utfordringer ved denne typen helsetjenesteorganisering	27
4.9 System- og samfunnsmessige konsekvenser	27
4.10 Oppsummering	28
5 Referanser	29
6 Vedlegg	30
6.1 Registreringsskjema for henvendelser til vaktpsykolog	30

1 Bakgrunn

1.1 Politisk bakteppe

De siste 20 årene har det vært vedvarende fokus på kvalitet i psykisk helsevern. Med bakgrunn i påviste mangler og svakheter (1) ble distriktpsykiatriske sentre (DPS) foreslått etablerte gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse (2). DPS-ene skulle gjøre spesialisthelsetjenesten i psykiatri mer differensiert og lette tilgangen for befolkningen. Blant DPS-enes definerte kjerneoppgaver var akutt- og krisetjenester, ambulante tjenester og veiledning til helsearbeidere innen kommunalt psykisk helsevern (3). Dette medførte store omstillinger med endring av oppgavefordeling og ansvar både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale tilbudet.

Midtveisevalueringen av Opptrappingsplanen viste at tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester, særlig i akutte krisesituasjoner, ikke var tilfredsstillende ivaretatt på landsbasis (4). Det ble registrert store variasjoner mellom DPS både med hensyn til bemanning, kapasitet, muligheter for å vurdere innleggelse i døgnavdeling, åpningstider, henvisningspraksis og i hvilken grad kriseplasser ved DPS var disponible. Forventningene til de ambulante akutt-tjenestene ble derfor tydeliggjort i en ny rapport fra Helsedirektoratet (5). Fokus på ambulante tjenester har vedvart, blant annet gjennom Nasjonal strategigruppe II sin rapport høsten 2010 til de Regionale helseforetakene (6) og Akuttnettverkets (7) utarbeiding av forslag til ny veileder for akutt ambulante team.

1.2 Lokale forhold og bakgrunn for prosjektet

Nordhordlandsregionen består av kommunene Austrheim, Fedje, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen og Radøy. Per 01.01.2010 var det totalt 31 053 innbyggere i området. Tilbake i tid bestod det psykiatriske døgntilbudet i nordhordlandsregionen av en psykiatrisk døgnavdeling på Manger i Radøy (Radøy sjukeheim) med tilbud til langtidspasienter. I løpet av 90-årene og utover 2000-tallet begynte man et systematisk og langvarig arbeid med utskrivning av denne pasientgruppen til kommunalt nivå. I tillegg ble det i regi av Sandviken sykehus etablert en voksenpsykiatrisk poliklinikk og en dagavdeling i regionen. Denne ble lagt til Knarvik, regionsenteret for Nordhordland og kommunesenter i Lindås. Alle disse funksjonene ble innlemmet i Bjørgvin DPS i 2002, og utgjorde samlet Bjørgvin DPS, avdeling Nordhordland. Tjenesten ble fra 2005 utvidet til å omfatte et ambulant team som i hovedsak jobbet med langtidsoppfølging av enkeltpasienter med særlige behov, samt med veiledning av personale og nettverk i kommunene. Det ambulante teamet hadde ingen vaktberedskap.

Prosjektet "Utvikling av desentraliserte psykiatritenester i Nordhordland" startet sommeren 2006 som et samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen HF v/Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland, kommunene i Nordhordland, Mental Helse og Landsforeningen for pårørende. Prosjektet fikk følgende mandat:

"Prosjektet skal utvikle eit samarbeid mellom kommunane i Nordhordland og Bjørgvin DPS, avdeling Nordhordland, som gjer at brukarane av psykiatritenestene i området får godt samansette tenester innan psykisk helsevern, med rett tilbod på rett nivå."

Målet har vært å finne fram til ulike tiltak for å bedre behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser i Nordhordland. Gjennom første del av prosjektet (ferdigstilt 01.10.2008), ble det etablert et interkommunalt bosenter i Radøy kommune. Lokalene leies av Helse Bergen og pasientene ble utskrevet fra døgnavdeling Manger til bosenteret. Parallelt gjennomførte Bjørgvin DPS, avdeling Nordhordland, en

faglig og funksjonsmessig omstilling fra rehabilitering til allmennpsykiatri, samtidig som sengetallet ble redusert fra 19 til 8.

Neste trinn i prosjektet var å utvikle de akuttpsykiatriske tjenestene i regionen. Man ønsket å etablere en ambulant akuttfunksjon i samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og med en organisering og dimensjonering som passet for lokalområdet. Frem til 2009 ble akuttfunksjonen i Nordhordlandsregionen ivaretatt ved at poliklinikken ved DPS hadde tilgjengelig en akutt-time kl. 12 på hverdager. Denne akutt-timen var kun disponibel for bakvakt i Psykiatrisk akuttmottak (PAM), Sandviken sykehus, og inntil kl. 09.00 samme dag. Legevaktleger og fastleger hadde derfor innleggelse i PAM som eneste handlingsalternativ når de selv ikke kunne håndtere situasjonen.

Fra 01.09.2009 fikk alle DPS-ene i Helse Bergen en utvidelse av sin akuttfunksjon på dagtid til kl. 15.00. For Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland betydde dette at en psykiater eller en psykologspesialist var tilgjengelig på telefon for førstelinjen på dagtid for å drøfte akutte problemstillinger. Ved behov kunne psykiateren eller psykologspesialisten ta inn pasienter til poliklinikken for akuttvurderinger. Selve akuttvurderingene ble gjennomført av en psykolog i beredskap, som hadde redusert antall pasientavtaler den aktuelle dagen slik at vedkommende kunne gjennomføre akuttvurderinger uten at det affiserte planlagte pasienttimer. Det var også fordelt ansvar mellom legene slik at en lege var i beredskap ved behov for legebistand.

Ytterligere forbedring av akutt-tilbudet til befolkningen var ønsket ved å gi en utvidet tilgang til spesialistvurdering ved akutt psykiatri på kveld og ved helg- og høytidsdager. Helse Bergen og Regionrådet i Nordhordland sendte felles søknad om prosjektmidler fra Helsedirektoratets tilskuddsordning *Utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen det psykiske helsefeltet*. Søknaden ble tildelt maksbeløpet kr. 1 000 000,- pr. år, og det kliniske prosjektet Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland startet derfor opp 1. mars 2010. Fortsatt tildeling forutsatte ny søknad for hvert prosjektår, og søknaden har fått bevilgning hvert år. Prosjektet er nå inne i sitt 4. år. Det ble i 2012 presentert som en av ni suksesshistorier i heftet «Samhandling om psykisk helse», utgitt av Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) (8).

1.3 Prosjektet *Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland*

Prosjektet *Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland* gir utvidet tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten i Nordhordland gjennom samarbeid med Nordhordland interkommunale legevakt. Legevakten har gjennom 13 år fungert som førstelinjetilbud til befolkningen i de syv kommunene i Nordhordland utenom fastlegekontorenes åpningstider. Den har døgkontinuerlig drift og inkluderer fastleger, fastlegevikarer og turnusleger fra hele nordhordlandsregionen. I perioder er også vikarleger utenom distriktet tilknyttet. Legevakten ligger i Knarvik. Den dekker et stort geografisk område, og lengste reisetid til legevakten har i prosjektperioden vært minimum 100 minutter (total tid avhenger av korrespondanse med ferge). Det geografiske området er sammenfallende med området som dekkes av Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland.

Gjennom samarbeidet ønsket man at alle innbyggerne i Nordhordland skulle få et likeverdig og godt akutt-tilbud uansett hvor de bodde. Målsetningene med prosjektet var:

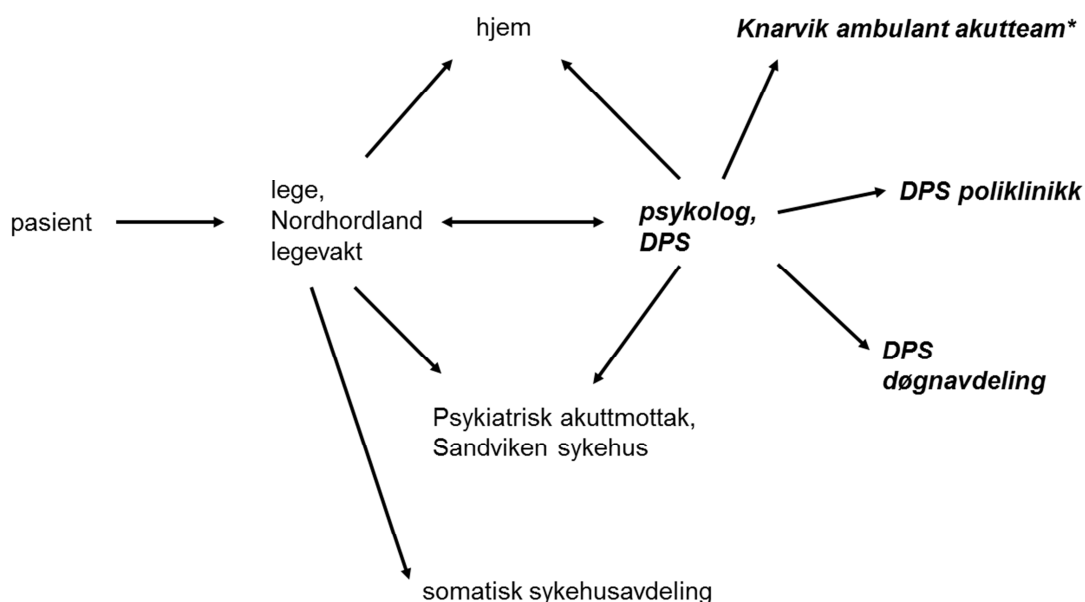
- Å bedre kvaliteten av psykiatriske akuttvurderinger; økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid
- Å gi økt kontinuitet i behandlingstilbudet
- Å bruke DPS som alternativ til PAM ved behov for akutte innleggelser
- Å sikre at DPS var førstekontakt, og at sykehuset fungerte som 3. linjetjeneste

Gjennom prosjektet ønsket man også å oppnå:

- Redusert behov for innleggelser på sentralisert sykehusnivå
- Redusert behov for bruk av tvangstiltak gjennom å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt i forløpet
- Større brukertilfredshet

Målene skulle oppnås ved å gjøre lokal spesialisthelsetjeneste tilgjengelig for legevaktlegen. DPS-et organiserte psykologer med vurderingskompetanse og beslutningsmyndighet i 7-delt beredskapsvakt. Vaktpsykologen kunne kontaktes innenfor tidsrommet 16-23 på hverdager og 12-20 i helg- og helligdager. Vaktpsykolog kunne også opprette direkte kontakt med overlege i DPS-bakvaksordning ved behov. Avdelingen fikk med dette en samlet akuttberedskap 08-23 alle hverdager og 12-20 alle helg- og høytidsdager.

Første vurdering av pasienten skulle alltid foretas av legevaktlege. Vaktlegen kunne så ringe vaktpsykologen dersom spesialisthjelp var nødvendig **uten at** pasienten åpenbart behøvde innleggelse på lukket post eller med svært tett oppfølging. Ut fra vurdert behov kunne så vakthavende psykolog bidra med telefonkonsultasjon og råd, eller rykke ut til legevakten for akuttvurdering av pasienten. Akuttvurdering kunne også foretas i pasientens hjem, forutsatt at kommunalt ansatt personale kunne bistå vaktpsykologen. I tillegg til å gi konkrete råd i den akutte situasjonen, kunne psykologen etter behov tilby akuttoppfølging i poliklinikken dagen derpå, akuttinnleggelse i Manger døgntilrettelagt behandling eller innleggelse i PAM. Fra 03.09.12 kunne også psykologen tilby oppfølging i hjemmet ved et ambulant akutteam. Før en frivillig innleggelse på Manger døgntilrettelagt behandling måtte pasienten klareres somatisk av legevaktlegen. Prosjektet utvidet dermed muligheten for direkte oppfølging på DPS-nivå ved akutte kriser til å inkludere poliklinisk behandling og akuttinnleggelse i DPS. For oversikt over mulige handlingsalternativer, se figur 1.



Figur 1. Mulige utkomme for pasienter som søker hjelp ved Nordhordland interkommunale legevakt. Handlingsalternativ tilført som ledd i vaktordningen er uthevet.

*Del av tilbudet fra 03.09.12.

1.4 Lokale endringer i løpet av prosjektperioden

Da prosjektet startet 01.03.10 hadde Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland, tilgang til døgnplasser på Manger døgnbehandling, en lokal behandlingsinstitusjon innenfor nordhordlandsregionen. Som et ledd i en større omstilling ble disse plassene nedlagt 06.06.12, og døgntilbudet ble overført til Tertnes. Fra samme dato kunne dermed vaktpsykologen legge inn pasienter på Bjørgvin DPS, avdeling allmennpsykiatri, C1, Tertnes. Mulighet for å tilby døgnopphold på DPS-nivå var dermed uforandret. Reiseveien ble lengre for noen av pasientene, og pasientene måtte fysisk ut av nordhordlandsregionen for døgnbehandling.

Ut fra et ønske om å styrke muligheten til hjemmebehandling som alternativ til innleggelse, ble et nytt akutt ambulant team startet opp 01.07.12. Omstillingen av Manger døgnbehandling gjorde dette mulig. Teamet var bemannet med erfarne sykepleiere med videreutdanning. De første to månedene var teamet kun tilgjengelig på dagtid, men fra 03.09.12 gikk de over til turnus slik at de i tillegg var tilgjengelig til kl. 22 på hverdager og i perioden 10-18 på helg- og helligdager. En person fra det akutt-ambulante teamet kunne delta sammen med vaktpsykologen på akuttvurderingene, og teamet hadde også mulighet til å følge opp pasienten i hjemmet etter vurderingen.

2 Evalueringen

2.1 Bakgrunn

Det har vært knyttet store forventninger til etableringen av utvidet akutttilbud ved DPS-ene. Forskningsoppsummeringer har indikert at ulike former for ambulant hjemmebasert akuttbehandling reduserer behovet for døgnbehandling, fører til færre reinnleggelser over tid og gir mindre frafall fra behandlingen enn tradisjonell døgnbehandling i akuttavdelinger (9, 10). Eksisterende forskning på akutt-tjenester ved DPS i Norge hadde imidlertid vist liten endring i pasientflyten (11, 12). Ytterligere effektstudier av akuttteam med økt åpningstid og bemanning var etterlyst (12). Det var derfor ønskelig at prosjektet Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland ble evaluert for å bidra til kunnskapsutviklingen rundt effekten av akutt ambulante team i Norge.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) ble kontaktet for å bistå med evalueringen av det kliniske prosjektet. Nklm og Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland, inngikk en avtale der Nklm skulle gi veiledning til en lokal person som skulle være ansvarlig for evalueringen. Av uforutsette grunner måtte Nklm overta hele evalueringsansvaret fra januar 2011, dvs. nesten ett år etter at det kliniske prosjektet var startet. Evalueringen har lidd under en noe haltende start, og registrerte data har hatt en gradvis kvalitetsøkning gjennom prosjektfasen.

2.2 Metodebeskrivelse

Evalueringen ble gjennomført som aksjonsforskning, og midlertidige resultat ble lagt fram for styringsgruppen underveis. Resultater av midtveisevalueringen ble i tillegg framlagt for vaktpsykologene og prosjektgruppen. Det ble foretatt kvantitative og kvalitative målinger.

Den kvantitative datainnsamlingen besto av følgende:

- **Registreringer av henvendelser.** Ved hver henvendelse fra legevaktlege registrerte vaktpsykologen nøkkelinformasjon om kontakten, inkludert demografiske forhold og utkomme av kontakten. Ut fra identifiserte behov ble kontaktregistreringsskjemaet endret fra 01.11.11. Det finnes derfor noe informasjon fra de siste 16 månedene av prosjektperioden som ikke kan jamføres med informasjon fra tidligere i prosjektperioden.
- **Registrering av annen akuttaktivitet.** Akuttaktivitet på dagtid på poliklinikken for voksne ble registrert f.o.m. 6 måneder før oppstart av prosjektet og ut prosjektperioden. F.o.m 01.06.10 ble registreringene standardiserte slik at de tilsvarte registreringene av henvendelser til vaktpsykologen. F.o.m. 01.11.11 ble også internt generert akuttaktivitet registrert.
- **Registrering av innleggelser i Manger døgnenhet.**
- **Registrering av innleggelser i PAM, Sandviken sykehus.** I hele perioden ble alle innleggelsene til Psykiatrisk akuttmottak registrert rutinemessig, og informasjon om innleggelser av pasienter fra Nordhordlandsregionen ble trukket ut av dette materialet.
- **Spørreundersøkelse blant vaktlegene.** Ble gjennomført som ledd i midtveisevalueringen.
- **Prosjektets budsjett.**

Den kvalitative datainnsamlingen besto av følgende:

- **Dokumentinnsamling og -gjennomgang.**
- **Tilstedeværelse på styringsgruppemøter.**
- **Gruppeintervju.** Gjennomført med henholdsvis vaktpsykologene og legevaktsykepleierne som ledd i midtveisevalueringen.

-
- **Telefonintervju.** Gjennomført med vaktleger som ledd i midtveisevalueringen.
 - **Dybdeintervju av pasienter.** Gjennomført som ledd i sluttevalueringen.

De kvantitative datasettene ble fremstilt deskriptivt. De kvalitative dataene ble analysert ved krystalliseringsteknikk (13), med gjennomlytting og identifisering av tema.

3 Resultater

3.1 Kvantitative mål

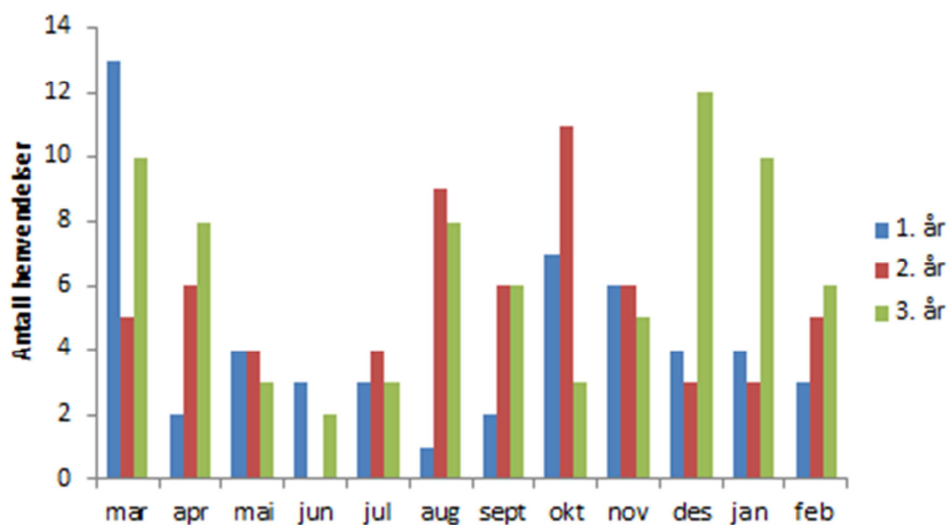
3.1.1 Henvendelser til vaktpsykologen

Tabell 1 viser oversikt over antall henvendelser til vaktpsykologen for hvert prosjektår. Figur 2 viser antall henvendelser per kalendermåned. Det var stor variasjon i henvendelsesfrekvens gjennom året. I gjennomsnitt var det 1,0 henvendelse per uke, økende til 1,5 henvendelser per uke for det siste prosjektåret. Det er ikke mulig å se en tydelig årstidsvariasjon, men det syntes å være en økning i antall henvendelser hver gang det ble informert om prosjektet, f.eks. ved opplæring av nye turnusleger (februar/mars, august/september).

Tabell 1. Befolkningsgrunnlag og antall henvendelser til vaktpsykologen.

	1. år	2. år	3. år
Totalbefolkning per 1. januar*	31 053	31 654	32 057
Antall henvendelser per prosjektår	52	62	76
Antall henvendelser per 1 000 innbyggere per år	1,7	2,0	2,4
Gjennomsnittlig antall henvendelser per uke	1,0	1,2	1,5
Antall henvendelser per måned			
Minste antall i løpet av prosjektåret	1	0	2
Høyeste antall i løpet av prosjektåret	13	11	12

*Befolkningstallet 2 mnd før prosjektåret startet



Figur 2. Antall henvendelser til vaktpsykologen per måned i hvert av de 3 prosjektårene

Nøkkeldata om antall kontakter, type kontakter og utkomme av kontaktene er gitt i tabell 2. Gjennom prosjektperioden har det vært en gradvis økning av antall henvendelser til vaktpsykologen. Antall henvendelser som har resultert i akuttvurdering av pasienten på legevakt eller ved hjemmebesøk har vært bemerkelsesverdig stabil. Økningen i henvendelser har hovedsakelig resultert i flere kontakter der saken blir avsluttet etter en samtale mellom vaktlege og vaktpsykolog. Registrering av rene telefonkontakter var antakeligvis mangelfull i første halvdel av prosjektet, og noe av økningen kan dermed forklares med bedre registreringer. Det er samtidig sannsynlig at vaktpsykologenes økende erfaring gjør at flere kontakter kan avsluttes med råd per telefon eller utsatt vurdering. Det var stor variasjon i tidsbruk, og til tross for økende andel telefonsamtaler, var gjennomsnittlig tidsbruk de to siste årene stabil (ca. 2 timer og 15 minutter).

De aller fleste henvendelsene resulterte i en eller annen form for oppfølging innenfor spesialisthelsetjenesten, og disse fordelte seg jevnt på innleggelse og poliklinisk oppfølging. Det var nesten aldri behov for å formidle kontakt med bakvakt (psykiater). Etter at det nye akutt-ambulante teamet ble opprettet, deltok de i 15 pasientsamtaler.

Bortsett fra det første året, var pasienter fra nesten alle nordhordlandskommunene i kontakt med vaktpsykologen. Det var 1-3 henvendelser årlig angående pasienter som ikke var bosatt i nordhordlandskommunene.

Tabell 2. Vakttjenesten. Antall henvendelser, håndtering og utkomme av kontakten for hvert prosjektår.

	1. år	2. år	3. år
Antall henvendelser	N=52	N=62	N=76
Håndtering av henvendelsen			
Telefon	15	26	40
Poliklinikk	-	1	1
Legevakt	34	32	34
Hjemmebesøk	1	2	1
Ukjent	2	1	0
Utkomme av kontakten			
Ingen	-	0*	13
Utsatt	-	4*	18
Kommunal oppfølging	10	5	7
Ambulant team	17	18	11
Utredning poliklinikk	7	4	2
Konsultert overlege	1	0	2
Overført annen spesialisthelsetjeneste	0	2	2
Innleggelse DPS	13	21	11
Innleggelse PAM	10	7	18
Ukjent	0	1	0
Gjennomsnittlig tidsbruk per henvendelse i minutter	162 (30-480)	137 (10-330)	134 (10-360)
Antall Nordhordlandskommuner representert	3	5	5

*Registrering for de 4 siste månedene av prosjektåret – Tall ikke tilgjengelig for perioden

Tabell 3 viser kjennetegn ved pasientgruppen. Gjennomsnittsalderen var 41 år, men det var stor spredning. Menn utgjorde mindre enn halvparten av pasientene. De siste to årene var 4 av 5 pasienter kjent fra tidligere. Hyppigste problemstillinger var vurdering av suicidalfare, depresjon, psykose og rus.

De siste 16 månedene av prosjektet ble det gjort nøyaktigere registreringer på henvisende instans, behandlingsstatus for kjente pasienter og pasientenes funksjon og symptomtrykk (GAF). I denne perioden kom 30 % av henvendelsene fra fastlege eller fastlegevikar. 24 % av henvendelsene kom fra turnuslege. De resterende henvendelsene (46 %) kom fra legevaktleger uten tilknytning til Nordhordlandregionen. 24 % av pasientene var helt ny for spesialisthelsetjenesten. Av de kjente pasientene (76 %) var halvparten i aktiv behandling. GAF-registrering manglet i 70 % av skjemaene, men registrerte verdier gir inntrykk av at pasientene i gjennomsnitt var friskere enn pasienter som blir innlagt i akuttavdelinger ved psykiatrisk sykehus (GAF-F 39, GAF-S 36 (14)).

Tabell 3. Kjennetegn ved pasientgruppen det ble gjort henvendelser om til vaktpsykologen

	1. år	2. år	3. år
	N=52	N=62	N=76
Pasientkarakteristika			
Gjennomsnittlig alder (min- max)	41 (14-86)	42 (16-64)	41 (17-64)
Andel menn i prosent	44	52	44
Kjent fra tidligere i prosent	65	84	81
Gjennomsnittlig GAF-F (min, max)	-	48 (40-65)**	47 (20-75)
Gjennomsnittlig GAF-S (min, max)	-	49 (40-65)**	44 (20-60)
Antall pasienter med gitt symptom***			
Depresjon	9	11	17
Psykose	11	2	16
Suicidalfare	16	22	27
Rus	4	15	16
Utagering	2	3	5
Annet	12	16	14

*Registrering for 6 måneder i baselineåret **Registreringer for 4 måneder av prosjektåret ***Noen pasienter presenterte flere symptomer samtidig

-Tall ikke tilgjengelig for perioden

Annen akuttaktivitet

Annen akuttaktivitet ved poliklinikken ble registrert de siste 6 månedene av året før prosjektstart (01.09.09-28.02.10) og gjennom hele prosjektperioden. Registreringsmetode ble endret to ganger gjennom perioden. Initialt ble henvendelsene registrert i fritekst på et eget ark med åtte kolonner med overskriftene: Dato/kl., innringende instans, kjønn/alder, ny/gammel, kommune, problemstilling, utfall/resultat, tidsbruk. F.o.m. 01.06.10 ble aktiviteten registrert på et skjema som tilsvarte vaktregistreringen. De siste 16 månedene av prosjektperioden ble dagaktiviteten registrert på samme skjema som vaktaktiviteten. Det er sannsynlig at registreringen av dagtidsaktivitet er mangelfull gjennom hele prosjektperioden.

For oversikt over antall registrerte henvendelser, håndtering av henvendelsen og utkomme av kontakten, se tabell 4. Det knytter seg stor usikkerhet til registreringene for baseline og første del av det første prosjektåret. Vi har likevel valgt å inkludere disse registreringene. Ved de fleste henvendelsene ble pasienten tatt inn til en poliklinisk vurdering. De fleste pasientene ble fulgt opp videre på DPS-nivå, enten poliklinisk eller med innleggelse. Brukt tid ved henvendelse varierte fra 5 til 360 minutter. Gjennom prosjektårene var gjennomsnittlig håndteringstid for en henvendelse 1 time og 40 minutter. De fleste nordhordlandskommunene benyttet seg av ordningen. Det ble også tatt kontakt om noen få pasienter som ikke var hjemmehørende i Nordhordland (fem i 1. året, to i 2. året, tre i 3. året).

Tabell 4. Akutthjelp dagtid. Antall henvendelser, håndtering av henvendelsen og utkomme av kontakten for hvert prosjektår, samt de siste 6 månedene av året før prosjektstart (baseline)

	Baseline*	1. år	2. år	3. år
Antall henvendelser	N=82	N=73	N=110	N=81
Håndtering av henvendelsen				
Telefon	9	7	29	18
Poliklinikk	12	42	81	59
Legevakt	0	2	0	0
Hjemmebesøk	0	0	0	1
Ukjent	61	22	0	3
Utkomme av kontakten**				
Ingen tiltak	-	-	4***	10
Utsatt vurdering	-	-	10***	13
Kommunal oppfølging	3	10	29	16
Ambulant team	35	31	31	26
Utredning poliklinikk	1	17	10	9
Konsultert overlege	-	-	0	0
Overført annen spesialisthelsetjeneste	1	0	2	1
Innleggelse DPS	12	14	18	8
Innleggelse PAM	3	11	14	5
Ukjent	27	0	0	0
Gjennomsnittlig tidsbruk per henvendelse i minutter	66 (5-360)	98 (10-270)	101 (5-360)	100 (10-330)
Antall Nordhordlandskommuner representert	5	6	7	6

*Registrering for 6 måneder i baselineåret **Noen pasienter fikk flere typer oppfølging ***Registreringer for 4 måneder av prosjektåret

–Tall ikke tilgjengelig for perioden

Tabell 5 viser kjennetegn ved pasientgruppen for hvert prosjektår. Det var stor spredning i alder, men gjennomsnittlig alder lå rundt 40 år. Like under halvparten av pasientene var menn, og 2/3 av pasientene var kjent fra tidligere. Depresjon og selvmordsfare var de hyppigst forekommende problemstillingene. Det var et økende antall pasienter der rus var hoved- eller tilleggspørsmål.

De siste 16 månedene av prosjektet ble det gjort nøyaktigere registreringer på henvisende instans, behandlingsstatus for kjente pasienter og pasientenes funksjon og symptomtrykk (GAF). I denne perioden kom 41 % av henvendelsene fra fastlege eller fastlegevikar. 17 % av henvendelsene kom fra turnuslege. Leger sto dermed for over halvparten av henvendelsene. 34 % av pasientene var helt ny for spesialisthelsetjenesten. Av de kjente pasientene (66 %) var halvparten i aktiv behandling. GAF-registrering manglet i over 60 % av registreringene, men gjennomsnittstallene gir inntrykk av at pasientene var friskere enn de som blir innlagt i akuttavdelinger ved psykiatrisk sykehus.

Tabell 5. Akutthjelp dagtid. Karakteristika ved pasientgruppen for hvert prosjektår, samt de siste 6 månedene av året før prosjektstart (baseline)

	Baseline*	1. år	2. år	3. år
	N=82	N=73	N=110	N=81
Pasientkarakteristika				
Gjennomsnittlig alder (min- max)	38 (18-86)	42 (18-83)	39 (18-82)	39(17-85)
Andel menn i prosent	49	48	50	43
Kjent fra tidligere i prosent	42	62	69	65
Gjennomsnittlig GAF-F (min, max)	-	-	45 (35-55)**	49 (35-85)
Gjennomsnittlig GAF-S (min, max)	-	-	43 (33-55)**	47 (30-85)
Antall pasienter med gitt symptom				
Depresjon	-	15	37	12
Psykose	-	11	7	8
Suicidalfare	-	11	27	20
Rus	-	4	16	22
Utagering	-	14	21	2
Annet	-	7	14	22
Ukjent	-	11	0	0

*Registrering for 6 måneder i baselineåret **Registreringer for 4 måneder av prosjektåret ***Noen pasienter presenterte flere symptomer samtidig

–Tall ikke tilgjengelig for perioden

De siste 16 månedene ble det også registrert akuttaktivitet som ikke var direkte utløst av henvendelser utenfra. Eksempler på slik aktivitet kunne være akuttaktivitet tilknyttet pågående behandlingsløp (ekstratimer utløst av pasient, akutt forverring, innleggelse) og hastesaksvurdering av ordinære henvisninger. Det var totalt 22 registreringer, hvorav 6 skjedde i løpet av de 4 siste månedene av 2. prosjektår og de resterende 16 i det siste prosjektåret. Det vil si at det var i overkant av én annen akuttaktivitet per måned. 73 % av aktiviteten gjaldt kvinnelige pasienter. Pasienter fra 4 av kommunene var representerte. Alle pasientene var kjent fra tidligere, og 86 % var i aktiv behandling. 16 av pasientene ble tatt inn til poliklinisk vurdering, og 4 ble vurdert sammen med personale fra det nye akutt- ambulante teamet. 5 pasienter ble innlagt på DPS-nivå, 1 ble innlagt i PAM. 10 pasienter fikk poliklinisk oppfølging.

3.1.2 Innleggelser Manger døgnenhet

Døgnbehandling Manger ble benyttet for akuttinnleggelser på DPS-nivå gjennom de 2 første prosjektårene, og frem til og med de 3 første månedene i 3. prosjektår. Fra og med juni i 2012 kunne akuttinnleggelser skje til seng på C1, Tertnes DPS. Tabell 6 viser akuttinnleggelser til Manger døgnenhet gjennom perioden. Tallene for de 2 siste månedene før oppstart av prosjektet er også inkludert. Tabellen viser at de fleste akutt-innleggelsene ble formidlet via DPS, og at 2/3 av akuttinnleggelsene kom via vaktordningen på dagtid. Vaktordningen for kveld, helg og helligdager stod for 1/3 av akuttinnleggelsene via DPS.

Tabell 6. Akuttinnleggelser seksjon døgntilrettelagt, Manger

	Baseline*	1. år	2. år	3. år**
Innleggelsestype og instans				
Øyeblikkelig hjelp				
PAM	3*	12	24	2**
Akutthjelp dagtid	10*	34	42	10**
Selvvalgt	2*	4	3	0**
Somatisk	1*	2	4	0**
Vaktordning	-	14	19	5**
Planlagte innleggelser				
Planlagt ved behandler	-	-	25	11**
Planlagte pasientstyrte reinnleggelser	-	-	25	3**
Overføringer fra andre avdelinger	-	-	19	2**

*Registrering siste 2 måneder i baselineåret **Avdelingen ble nedlagt 3 mnd inn i siste prosjektår

-Tall ikke tilgjengelig for perioden

3.1.3 Innleggelser i Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus

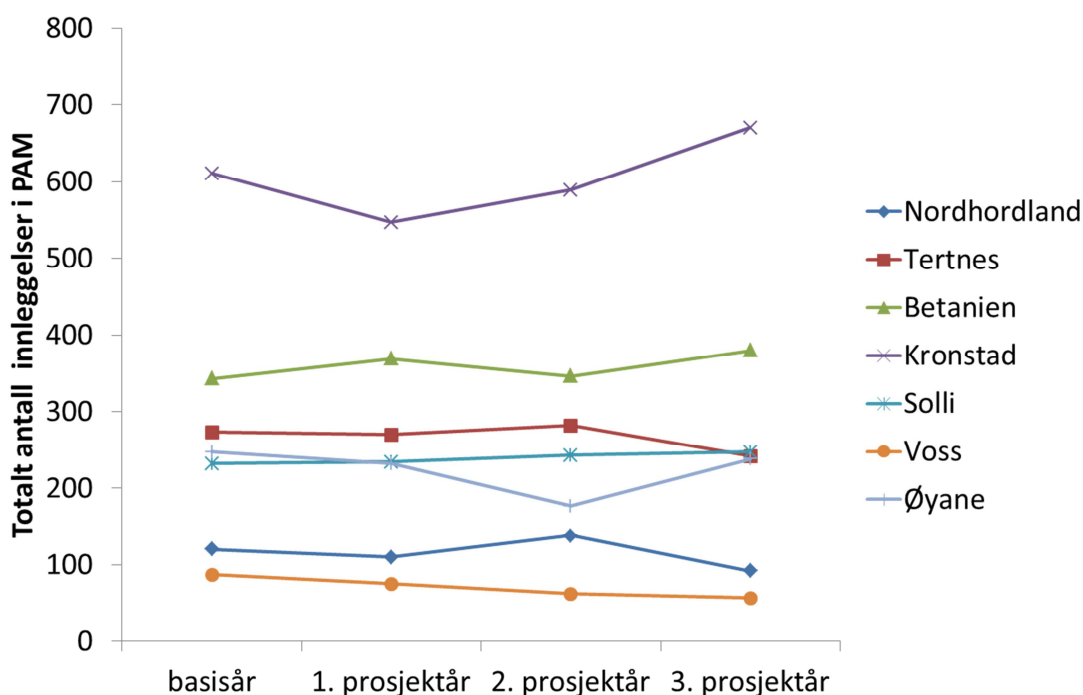
Akuttinnleggelser i Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus blir rutinemessig registrert. Det foreligger derfor komplette tall på alle pasienter hjemmehørende i nordhordlandsregionen for alle tre prosjektår, samt året før prosjektstart. Tabell 7a viser oversikt over akuttinnleggelser i Psykiatrisk akuttmottak for hvert prosjektår.

Tabell 7a. Akuttinnleggelser i Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus

	Baseline	1. år	2. år	3. år
Totalt antall innleggelser	120	110	138	92
Antall pasienter henvist på tvang	62	44	64	45
Antall pasienter mottatt på tvang	43	29	47	29
Innleggende instans				
Nordhordland legevakt	55	46	62	44
Fastleger	18	9	7	11
Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland, døgntilrettelagt	0	13	7	3
Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland, voksenpsykiatrisk poliklinikk	12	14	18	13
Bergen legevakt	13	10	10	5
Andre primærhelsetjenestetilbud	0	3	1	0
Andre spesialisthelsetjenestetilbud	20	15	18	15
Pasienten selv	2	0	15	1

Det var stor variasjon i antall akuttinnleggelser fra år til år. Til tross for lavere antall i 1. og 3. prosjektår, ses det ingen tydelige trender verken med tanke på innleggelser eller tvangsbruk. Det tydeligste funnet er en økning av antall innleggelser via DPS, spesielt fra døgnbehandlingen. Det synes å være en trend at færre innleggelser kommer direkte fra fastlegene. I tillegg er det en liten nedgang i antall innleggelser via instanser utenfor regionen.

Figur 3 viser innleggelser i PAM av pasienter tilhørende de forskjellige DPS-ene i Helse Bergen over de 4 aktuelle årene. Figuren bekrefter inntrykket fra tabellen. Tross en liten nedgang det siste året er ikke trenden vesentlig annerledes enn for de fleste andre DPS-områdene.



Figur 3. Totalt antall innleggelser i Psykiatrisk akuttmottak per år av pasienter tilhørende de forskjellige distriktpsykiatriske sentrene i Helse Bergen.

En enkeltpasient fra regionen hadde stor aktivitet i deler av perioden og fikk etter hvert en avtale om at vedkommende kunne ta direkte kontakt med PAM for innleggelse. I tabell 7b er påvirkningen til denne enkeltpasienten synliggjort og tatt ut av antall innleggelser for de enkelte instansene. Det vises nå et relativt stabilt antall innleggelser i basisåret, samt 1. og 2. prosjektår. I 3. prosjektår er det en markant nedgang, men det er umulig å si om dette er en tilfeldighet, eller en vedvarende trend. Det er også verdt å merke seg at det var noen innleggelser fra DPS døgnbehandling til PAM, noe som kan tyde på at pasienter innlagt på døgnbehandlingen var for dårlige til at man kunne håndtere dem der. Det er også tydelig færre innleggelser direkte fra fastlegene og instanser utenfor Nordhordland, og flere fra DPS.

Tabell 7b. Akuttinnleggelser i Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus korrigert for aktiviteten til en enkeltpasient (NN)

	Baseline	1. år	2. år	3. år
Totalt antall innleggelser	120	110	138	92
Totalt antall innleggelser NN	8	2	33	13
Eget initiativ	2	0	15	1
Innlagt via andre	6	2	18	12
Totalt antall innleggelser uten NN	112	108	105	79
Innleggende instans				
Nordhordland legevakt	47	44	47	34
Fastleger	18	9	7	11
Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland, Døgnbehandling	0	13	7	3*
Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland, voksenpsykiatrisk poliklinikk	12	14	18	13
Bergen legevakt	13	10	10	4
Andre primærhelsetjenestetilbud	2	3	0	1
Andre spesialisthelsetjenestetilbud	20	15	16	13

*Avdelingen var i drift bare de 3 første månedene av prosjektåret

Tabell 8a viser antall akuttinnleggelser i Psykiatrisk akuttmottak direkte fra Nordhordland legevakt. Igjen er det ingen tydelig trend i antall innleggelser, heller ikke for de forskjellige skiftene. I tabell 8b er enkeltpasienten med høyt forbruk av akutte tjenester tatt ut av totaltallene. Denne tabellen viser heller ingen tydelige og varige trender i innleggelser fra Nordhordland legevakt på de forskjellige skiftene.

Tabell 8a. Akuttinnleggelser i Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus fra Nordhordland legevakt

	Baseline	1. år	2. år	3. år
Totalt antall innleggelser	55	46	62	44
Innleggelsestidspunkt				
8-15.59	7	6	8	3
16-22.59	25	19	26	26
23-7.59	23	21	28	15

Tabell 8b. Akuttinnleggelser i Psykiatrisk akuttmottak, Sandviken sykehus fra Nordhordland legevakt korrigert for enkeltpasient med høyt forbruk av akutte tjenester (NN)

	Baseline	1. år	2. år	3. år
Totalt antall innleggelser	55	46	62	44
Totalt antall innleggelser NN	8	2	15	10
Totalt antall innleggelser uten NN	47	44	47	34
Innleggelsestidspunkt uten NN				
8-15.59	6	6	7	2
16-22.59	22	17	15	20
23-7.59	19	21	25	12

3.1.4 Spørreundersøkelse blant vaktlegene

Midtveis i prosjektperioden ble det gjennomført en spørreundersøkelse per e-post der alle leger som hadde tatt vakter ved Nordhordland legevakt gjennom de 4 første halvårene av prosjektet ble invitert til å delta. Oversikten over legene viste at det hadde vært 75 leger tilknyttet legevakten de to første årene av prosjektet. Av disse var 34 fastleger eller fastlegevikarer. 27 leger var turnusleger og bare inno m legevakten for 6 måneder. De siste 14 legene var vikarleger som ikke hadde tilknytning til Nordhordland bortsett fra å ta vakter ved legevakten. I løpet av de fire første halvårene var det bare 20 leger som hadde vakt alle halvårene. Av disse var 16 fastleger. Dette betyr at det var stor utskiftning i vaktlegekorpsset, og over halvparten av legene hadde svak tilknytning til Nordhordlandsregionen.

Spørreundersøkelsen hadde en parring, og endelig svarprosent var 49 % med relativt lik svarprosent i de forskjellige gruppene. Av 37 som svarte hadde 31 hatt akutt alvorlig psykiatri på vakt etter at prosjektet startet opp. 25 leger hadde brukt konfereringsordningen, deriblant også en lege som ikke hadde hatt problemstillinger relatert til alvorlig psykiatri. Av de 25 legene som hadde brukt ordningen, hadde de fleste brukt ordningen 2 eller flere ganger (n=21). 22 av de 25 legene syntes at ordningen var ganske eller svært nyttig.

De viktigste årsakene legene oppga for ikke å ha brukt ordningen var de ikke hadde hatt behov for den fordi de ikke hadde hatt alvorlige nok problemstillinger (n=5) eller at de selv visste hvordan problemstillingen skulle håndteres (n=7). I den siste gruppen var det problemstillinger med pasienter som ikke kunne håndteres lokalt (n=3) eller som måtte tvangsinnlegges uansett (n=2). I tillegg var det 3 leger som hadde hatt akutt alvorlig psykiatri utenfor prosjektets åpningstid, og dermed ikke kunne benytte seg av ordningen. 2 leger oppga at de manglet kjennskap til ordningen.

Spørreundersøkelsen blant vaktlegene viste dermed at ordningen syntes å være godt kjent og godt mottatt av legene. De fleste som hadde benyttet seg av ordningen hadde hatt nytte av den, og et flertall valgte å bruke ordningen igjen.

3.1.5 Prosjektøkonomi

Selve vaktordningen har hatt fire typer kostnader: Vakttillegg for deltakende psykologer, overtid knyttet til prosjektet (telefonsamtaler, utrykninger), reisekostnader og kompetansehevingstiltak. I tillegg har midler fra prosjektet vært brukt til å tilrettelegge forholdene ved Nordhordland legevakt i form av etablering av et eget kontor for gjennomføring av samtaler. Dette var viktig for å minske risikoen for samtidighetskonflikter. Midler har også vært brukt til å lønne en prosjektmedarbeider (psykologspesialist), noe som blant annet har styrket vaktlaget.

Regnskapstall per prosjektår foreligger ikke, men tall fra kalenderårene 2010-2012 gir likevel et inntrykk av utgiftene til prosjektet (tabell 9). Kostnadene ved vaktordningen utgjorde 2,5 – 4,2 % av det totale driftsbudsjettet for avdelingen i de respektive kalenderårene. Avdelingen byttet regnskapsfører mellom 2011 og 2012, noe som gjør at føringene for 2012 ikke er direkte sammenliknbar med de foregående årene.

Tabell 9. Budsjettall for Bjørvin DPS, avd. Nordhordland for kalenderårene 2010 til 2012.

	2010	2011	2012
Totalbudsjett Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland	25 201 000	27 305 000	22 286 000
Utgifter til vaktordningen			
Fast vakttillegg	327 040	379 534	472 883
Utrykninger og vakanser	228 480	591 680	217 430
Sosiale kostnader	77 773	169 201	0
Totalt	633 293	1 140 415	690 322

Det har vært tilstrebet et 7-delt vaktlag, der hver deltakende psykolog har fått et årlig vakttillegg på ca. 50 000 kr. Det betyr at utgangskostnadene til beredskapsordningen har vært ca. 350 000 per år. Dette betyr også at utgangskostnad per henvendelse har ligget mellom 4 600 og 6 700 kr *før* overtidsbetaling, reisekostnader og sosiale kostnader er regnet inn.

Hvis vi ser på totalutgiftene til vaktordningen har gjennomsnittlig kostnad per henvendelse ligget mellom 9 083 og 18 394 kr de respektive kalenderårene. 2011 var det året med høyest gjennomsnittsutgift per henvendelse, og det skyldtes blant annet mange vakanser på grunn av sykefravær og permisjoner. Dette tyder på at kostnadene til drift er potensielt variable, og at en levelig turnus og et stabilt vaktlag er en forutsetning for å begrense kostnadene med en slik vaktordning.

3.2 Kvalitative mål

3.2.1 Midtveisevalueringen

Midtveisevalueringen ble gjennomført halvveis i prosjektperioden og besto, i tillegg til spørreundersøkelsen blant vaktlegene beskrevet i 3.1.5, av gruppeintervju av vaktpsykologer, telefonintervju med 4 leger og gruppeintervju med legevaktsykepleiere. Samarbeidspartnere på Psykiatrisk akuttmottak ved Sandviken sykehus ble også invitert til å uttale seg om prosjektet, men ingen ønsket å delta. Dette ble begrunnet med at de ikke hadde noen praktisk føling med prosjektet og at pågangen av pasienter fra Nordhordland var såpass liten i forhold til pasienter fra andre områder at de i praksis ikke kunne merke noen forskjell.

Vaktpsykologene

Nesten alle psykologene som deltok i vaktordningen på gjeldende tidspunkt deltok i gruppesamtalen for vaktpsykologene. Det var stor enighet i gruppediskusjonen. Det var en felles opplevelse av at prosjektet utgjorde et godt tilbud til befolkningen, og at det førte til et riktigere behandlingsnivå for pasientene. Det var også konsensus om at man hadde bidratt til å hindre innleggelse, og at deltakelse i vaktordningen og henvendelsene fra vaktlegene i hovedsak var meningsfulle.

I gruppediskusjonen kom det frem at samhandlingen med vaktlegene opplevdes god, men at det fantes noen små utfordringer når det gjaldt kommunikasjonsstil og forventninger. Det hadde vært et par tilløp til konflikt der legevaktlegen syntes å ville bestemme hva psykologen skulle gjøre, mens psykologene mente at de på selvstendig grunnlag og ut fra egen fagbakgrunn skulle ta avgjørelsen om videre håndtering av pasienten. Psykologene etterlyste en kvalitetssikring av ordningen ved at dette med psykologens selvstendige beslutningsmyndighet om tiltak var tydeliggjort, at legene ble bedre informert om hvordan man kunne bruke ordningen, at det ble bedre rutiner for tilbakemelding til legene, og at forventningene til vaktlegenes somatisk klarering av pasienten før innleggelse på DPS-nivå ble tydeliggjort.

Legevaktlegene

Det ble gjennomført 4 telefonintervju med vaktleger som alle hadde brukt vaktordningen. De representerte forskjellige tilknytninger til legevakten (3 fastleger, en turnuslege). I likhet med vaktpsykologene mente legene at prosjektet utgjorde et godt tilbud til befolkningen, og at det ga et riktigere behandlingsnivå for mange pasienter. Vaktlegene fremhevet at prosjektet også ga et tilbud til pasienter som tidligere ikke hadde hatt et tilbud fordi de var for friske for innleggelse. De intervjuede vaktlegene opplevde vaktordningen som en ekstra trygghet, og de hadde stor respekt for vaktpsykologenes kompetanse. De beskrev at vaktpsykologene representerte tilgang til kunnskap om lokale forhold og tilbud, kunnskap om pasienten og ikke minst fagkunnskap. Legene sa også at ordningen kunne vært bedre markedsført og mer synlig, for eksempel ved at telefonnummer, åpningstider og indikasjoner for kontakt kunne vært gjort lettere tilgjengelig på legevakten. Vaktlegene fremholdt også viktigheten av at vaktpsykologen overtok pasienthåndteringen slik at de kunne jobbe videre med andre pasienter, og at de fikk tilbakemelding om vurderinger og utkomme slik at de kunne lære av det.

Sammenlikning vaktpsykologene og legevaktlegene

Vaktpsykologene og legevaktlegene hadde stort sett sammenfallende oppfatninger, men det var åpenbare forskjeller i måten de snakket om psykiatriske problemstillinger på. Mens legevaktlegene vektla konklusjon og akutt håndtering av situasjonen, var psykologene mer tilbaketente, analytiske, og snakket om den akutte kontakten som ett punkt i et lengre forløp. Forskjellene kan forstås ut fra forskjellig fagtradisjon og arbeidssituasjon, og det er sannsynlig at forståelse for og en god håndtering av disse forskjellene er viktig for et knirkefritt samarbeid.

Legevaktsykepleierne

Det var opprinnelig bare planlagt å gjennomføre intervju med de direkte samhandlende partene (vaktpsykologer og legevaktleger), men erfaringsinnhenting fra den andre arbeidsgruppen ved legevakt, legevaktsykepleierne, utpekte seg etter hvert som viktig. Legevaktsykepleierne representerte i større grad enn legene stabilitet og kunnskap om lokalbefolkningen. Da midtveisevalueringen ble gjennomført var det totalt 15 faste sykepleiere tilknyttet legevakten: 12 sykepleiere i 3-delt turnus, og 3 faste natt-sykepleiere. En stor del av vakante vakter ble dekket av faste og rutinerte vikarer. 9 av sykepleierne deltok i en felles diskusjon sammen med legevaktsjefen (lege). Bare en av sykepleierne hadde mindre enn 5 års erfaring fra den lokale legevakten, og de fleste hadde vært ansatt ved legevakten fra den ble startet opp 12 år tidligere.

I likhet med vaktpsykologene og legevaktlegene oppfattet sykepleierne ordningen som et godt tilbud for pasientene. De begrunnet dette med at pasientene fikk mulighet til å ivaretas lokalt og at psykologene hadde bedre kjennskap til enkeltpasientene enn mange av legene. De opplevde ordningen som verdifull for legevakten fordi den utgjorde en trygghet for uerfarne leger, den ga alle mulighet til å lære og bli flinkere til å håndtere psykiatri, og arbeidsflyten ved legevakten ble bedre fordi legen raskere ble frigjort til å ivareta andre problemstillinger.

Sykepleierne påpekte at ordningen ikke endret deres vurdering når det gjaldt hvem som skulle slippe til akutt hos lege. De silte henvendelser ut fra hvem som hadde et helseproblem som ikke kunne vente til neste dag, mens legen vurderte om psykologen skulle kontaktes. Det var noe diskusjon om hvorvidt ordningen hadde medført økende pågang til legevakten. Noen mente at så var tilfelle, mens andre påpekte at noen pasienter hadde perioder der de var hyppigere i kontakt med legevakt fordi de var inne i en dårlig sykdomsfase. Det økte pågangen kunne dermed gjerne skyldes naturlige svingninger i enkeltpasienters sykdomsforløp.

Til tross for at sykepleierne var svært positive til vaktordningen og at de ønsket at den skulle fortsette, innebar vaktordningen også praktiske utfordringer. Ivaretagelse av pasienten i påvente av at psykologen nådde frem til legevakten krevde tidvis at en sykepleier var sammen med pasienten eller ga hyppige tilsyn, og dette gjorde at ekstrabelastningen ved vaktordningen ikke ville vært akseptabel dersom det bare var en sykepleier på vakt. Det ble også påpekt at tilstrekkelig romkapasitet var en forutsetning for å minske konfliktnivået mellom vaktordningen og annen aktivitet ved legevakten. Sykepleierne sa at åpningstidene i helg og helligdager ikke var optimale i forhold til når de opplevde pågang fra denne pasientgruppen, og at åpningstidene med fordel kunne blitt forskjøvet til senere på dagen.

Oppsummert viste den kvalitative midtveiseevalueringen en stor grad av samstemthet når det gjaldt opplevd verdi og nytte av vaktordningen, samtidig som det var tydelig at vaktordningen bare kunne fungere dersom den forholdt seg konstruktivt til legevaktens øvrige rammer (tidspress, ressursmangel og samtidighetskonflikter).

3.2.2 Brukerevalueringen

Underveis i prosjektet kom det tilbakemelding via interesseorganisasjonene om at prosjektet ikke utgjorde en forbedring i forhold til deres opplevde hovedproblem, nemlig tilgang til spesialisthelsetjenestene. Brukere og pårørende ga uttrykk for at de følte seg nedprioriterte. Det ble opplevd som vanskelig å komme til både hos fastlege og på legevakt. Når man først kom til, ble det også opplevd barrierer som lang ventetid og manglende forståelse for behov for videre henvisning til spesialisthelsetjenesten i psykiatri.

For å få tilgang til brukernes erfaringer ble 23 personer som hadde vært i kontakt med prosjektet i løpet av de siste 6 månedene av evalueringsperioden, invitert til intervju om sine erfaringer med prosjektet. En pasient samtykket. Pasienten var svært fornøyd og imponert over det tilbudet hun hadde fått, og hun vektla spesielt at totaltilbudet hadde blitt nøye avstemt mot hennes behov og hva hun ønsket. Samtidig beskrev hun erfaringer med de samme barrierene som var kommet frem via interesserorganisasjonene. Hun sa at det ofte var vanskelig å få tilgang til riktig hjelp, og beskrev at egne barrierer mot å søke hjelp innen psykisk helsevern gjorde det ekstra nødvendig å bli tatt alvorlig og å bli positivt møtt og ivaretatt når man først ba om hjelp.

4 Konklusjoner

Gjennom samarbeidet mellom Bjørgvin DPS, avd. Nordhordland og Nordhordland legevakt ønsket man at alle innbyggerne i Nordhordland skulle få et likeverdig og godt akutt-tilbud uansett hvor de bodde. De individuelle målsetningene til prosjektet var:

- Å bedre kvaliteten av psykiatriske akuttvurderinger; økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid
- Å gi økt kontinuitet i behandlingstilbudet
- Å bruke DPS som alternativ til PAM ved behov for akutte innleggelser
- Å sikre at DPS var førstekontakt, og at sykehuset fungerte som 3. linjetjeneste
- Å redusere behovet for innleggelser på sentralisert sykehusnivå
- Å redusere behovet for bruk av tvangstiltak gjennom å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt i forløpet
- Å gi større brukertilfredshet

Når vi sammenholder resultatene med de individuelle målsetningene, kan vi trekke følgende konklusjoner:

4.1 Bedret kvalitet på psykiatriske akuttvurderinger

Det er sannsynlig at prosjektet har bedret kvaliteten på de psykiatriske akuttvurderingene. Alle informanter vektla læringseffekten av å kunne konferere med psykolog og også få rask tilbakemelding om videre tiltak. Vaktordningen ble først og fremst brukt av de med dårligst forutsetning for å gjøre gode vurderinger: Turnuslegene og legevaktleger uten tilknytning til Nordhordlandregionen.

4.2 Økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid

Prosjektet har sannsynligvis bidratt til økt grad av rett tiltak på rett nivå til rett tid, hovedsakelig ved å gi et tilbud til pasienter som ikke hadde behov for en akuttinnleggelse. Dette underbygges med at gjennomsnittlig GAF-skår var høyere enn gjennomsnitt for pasienter innlagt i akuttpsykiatrisk avdeling, og at pasientene i stor grad ble fulgt videre på spesialisthelsetjenestenivå. Alle informantene var positive til at prosjektet ga et bedre og mer differensiert tilbud for pasientene.

4.3 Økt kontinuitet i behandlingstilbudet, med DPS som førstekontakt og sykehuset som 3. linjetjeneste

Registreringene viser at mange pasienter fikk oppfølging via DPS. I prosjektårene ble også flere pasienter innlagt i PAM via DPS. Dette betyr at DPS i større grad fikk oversikt over pasientgruppen. Antall innleggelser fra DPS døgntil behandling til PAM gjør imidlertid at man må spørre hvorvidt noen pasienter fikk en «ekstra stasjon» på vei inn til behandling i PAM. Dette evalueringsprosjektet kan ikke besvare den problemstillingen.

4.4 DPS som tilleggsalternativ til PAM ved behov for akutte innleggelser

Det var en klar opplevelse blant informantene at DPS var et reelt og foretrukket alternativ for mange pasienter. Prosjektevalueringen kan imidlertid ikke vise at antall innleggelser i PAM gikk ned som direkte resultat av vaktordningen. Mye tyder på at prosjektet i hovedsak nådde pasienter som var friskere enn de

som vanligvis blir innlagt i PAM. Spørsmålet er derfor om prosjektet bidro til at flere pasienter ble innlagt, istedenfor at pasientene ble flyttet fra PAM til DPS. Oppbygningen av evalueringsprosjektet gjør at vi ikke kan konkludere her.

4.5 Ikke redusert behov for innleggelser på sentralisert sykehusnivå

Vaktordningen i seg selv bidro ikke til redusert behov for innleggelser på et sentralisert sykehusnivå. Det siste prosjektåret var det en klar reduksjon, men det er ikke mulig å konkludere med om dette var en naturlig svingning, et resultat av oppstarten av et akutt ambulant team som tilbød hjemmebehandling eller et resultat av en generelt bedret tilgang til hjelp på andre tider av døgnet.

4.6 Ikke redusert behov for bruk av tvangstiltak gjennom å tilby hjelp på et tidligere tidspunkt i forløpet

Prosjektet synes ikke å ha hatt effekt på antall tvangsinnleggelser. For alle registreringsårene var 40-50 % av henvisningene under tvangsparagraf, og 60-70 % av pasientene henvist under tvangsparagraf ble tatt imot på tvang. Det vil si at andel tvangshenviste og –innlagte var relativt stabil.

4.7 Delvis større brukertilfredshet

På grunn av liten respons på brukerundersøkelsen er brukertilfredsheten vanskelig å bedømme. De få tilbakemeldingene tyder på at brukerne som fikk tilbud via vaktordningen var svært fornøyde. Det synes imidlertid som om prosjektet ikke bidro til det som fra brukernes side oppleves som hovedproblem i regionen, nemlig dårlig tilgang til førstelinjetjenesten og derfor forsinkelse i forhold til opplevd nødvendig henvisning videre.

4.8 Identifiserte utfordringer ved denne typen helsetjenesteorganisering

Prosjektevalueringen viser at selv om vaktordningen ble svært godt mottatt av samarbeidspartnerne, gir den også potensielle utfordringer. Den bidrar til økt press på legevakten i form av ivaretagelse av pasienter på legevakten i avvente av samtale med psykolog og samtidighetskonflikt i forhold til bruk av rom. Det er også stilt spørsmål om ordningen bidrar til økt press på legevaktsentralen i form av henvendelser fra pasienter som ikke trenger akutt legehjelp, men som ønsker en akutt samtale med en psykolog. Ved oppbygging av denne typen tjenester er det viktig at man sikrer seg at man har tilstrekkelig romkapasitet og personalressurser til å håndtere dette. I motsatt fall vil en svært populær og ønsket ordning lett miste sin legitimitet.

4.9 System- og samfunnsmessige konsekvenser

I den pågående debatten om bedring av de psykiske helsetjenestene er det flere hoveddiskusjoner dette prosjektet ikke tar stilling til. Det kan for eksempel ikke belyse debatten om siling vs. det å gi pasientene direkte tilgang til spesialisthelsetjenesten. Det er likevel interessant at i vaktordningen var 24 % av pasientene helt nye for spesialisttjenesten, mens omtrent halvparten av de pasientene som var kjente, ikke var i aktiv behandling. Andel helt nye pasienter i dagordningen var 34 %, og det var igjen lik fordeling mellom pasienter i og uten aktiv behandling. Det betyr at de fleste pasientene som fikk kontakt gjennom akutt-tjenestene ikke var i aktiv behandling i spesialisthelsetjenesten. Begge ordningene har dermed bidratt til å gi et tilbud innenfor spesialisthelsetjenesten til pasienter som ikke hadde et tilbud der fra tidligere.

Det ble ikke gjort registreringer på legevaktnivå eller i befolkningen. Vi vet dermed ikke hvor mange, om noen, pasienter som ønsket tilgang til spesialisthelsetjenesten, men som ikke fikk det. Vi vet med andre ord ikke om ordningen ville vært mer brukt gitt direkte tilgang til tjenesten.

Resultatene fra evalueringen peker også på andre spørsmål. Hvor mye må en vaktordning brukes for at den skal være samfunnstjenlig? Kan kostnadene involvert i prosjektet forsvares ut fra den lave bruken? Kan man forsvare å belaste psykologene med en vaktberedskap når den i gjennomsnitt blir brukt 1-1,5 ganger per uke? Kan dette behovet for vaktjeneste brukes til å forsvare utbygging av vaktberedskapen med ytterligere 2 sykepleiere? Denne evalueringen kan ikke gi svar på disse spørsmålene. De må vurderes ut fra totalt tjenestetilbud og tilgjengelige ressurser.

4.10 Oppsummering

Prosjektet *Ambulant akuttfunksjon i Nordhordland* synes å fungere etter intensjonen. Det gir utvidet tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten i Nordhordland og har stor verdi for alle direkte involverte. Prosjektet har ikke redusert behovet for tvangsinnleggelse eller innleggelse i psykiatrisk sykehus, og det er et åpent spørsmål om oppbyggingen av et slikt tilbud kan forsvares ved et befolkningsgrunnlag på ca. 30 000 personer.

5 Referanser

1. St. meld. nr. 25 (1996-97). Åpenhet og helhet.
2. St. prp. nr. 63 (1997-98) Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.
3. Sosial- og helsedirektoratet. Distriktpsikiatriske sentra - med blikket vendt mot kommunene. Veileder. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
4. Ruud T, Lidal E, Røhme K et al. Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003. Oslo: SINTEF, 2004.
5. Sosial- og helsedirektoratet. "Du er kommet til rett sted..." Ambulante akuttjenester ved distriktpsikiatriske sentre. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2006.
6. Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB. Utvikling og oppgradering av distriktpsikiatriske sentre - Arbeids- og ressursfordeling mellom DPS og sykehus. 2010.
7. Akuttnettverket. www.akuttnettverket.no (22.04.2013)
8. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). Ni suksesshistorier - samhandling om psykisk helse. Trondheim: Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA), 2012.
9. Grawe RW, Ruud T, Bjørngaard JH. Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. Tidsskr Nor Laegeforen 2005; 125 :3265-8.
10. Johnson S, Nolan F, Pilling S et al. Randomised controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the north Islington crisis study. BMJ 2005; 331: 599-603.
11. Bergerud T, Moller P, Larsen F et al. Krisepost ved distriktpsikiatriske senter reduserer ikke akuttinnleggelse i sykehus. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 129: 1973-6.
12. Kolbjørnsrud OB, Larsen F, Elbert G et al. Kan psykiatrisk akutteam redusere bruk av akuttplaner ved sykehus? Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 1991-4.
13. Miller WL, Crabtree BF. Doing qualitative research. 2nd ed. Thousand Oaks, California: Sage, 1999.
14. Johansen IH, Mellesdal L, Jørgensen HA et al. Admissions to a Norwegian emergency psychiatric ward. A prospective study of patient characteristics and referring agents. Nordic J Psychiatry 2012; 66: 40-8.

6 Vedlegg

6.1 Registreringsskjema for henvendelser til vaktpsykolog

Registrering av akuttaktivitet, Bjørgvin DPS, Avd. Nordhordland

ver.: 26.10.11, gjeldande frå 01.11.11

Aktivitet	Type aktivitet	Akuttprosjektet	Ordinær AH		Anna akuttaktivitet
	Dato		Utfylt av:		Tidsbruk totalt:
	Klokkeslett				
	Kvardag	Helg/heilagdag			
Pasient	Kjønn	Kvinne		Mann	
	Alder				
	Bustadkommune				
	Ny eller kjent for DPS	Ny	Kjent, i aktiv beh.		Kjent, ikkje i aktiv beh.
Tilvising	Tilvisande instans	Fastlege/fastlegevikar i Nordhordland Turnuslege i Nordhordland Anna – spesifiser:			
	Kontaktårsak	Suicidalitet Psykose Fare for andre		Uklart Anna	
Vurd./gj-føring	Telefon -konsultasjon/-vurdering/-rådgeving				
	Vurdering i poliklinikk				
	Utrykning til vurdering på legevakt				
	Utrykning til vurdering i heimebesøk				
	saman med	Legevakslege Psykiatriteneste Heimesjukepleie	Politi Ambulanse		
Resultat etter vurdering	Ingen tiltak etter akuttvurdering				
	Innlegging Manger				
	Innlegging PAM	§ 2-1. Frivilleg			
		§ 3-2. Tvungen observasjon			
		§ 3-3. Tvungent psykisk helsevern			
	Avtalt seinare/utsett akuttvurdering (påfølgjande dag/kvardag)				
	Oppfølging i poliklinikk/DPS sitt ambulante team - innafor AH-ordninga				
	Tilvisning til poliklinikk (behov for utgreiing/behandling)				
	Konsultert DPS-bakvakt				
	Oppfølging i kommunal teneste	Fastlege Heimesjukepleie Psykiatriteneste	Sosialkontor/NAV Anna (spesifiser):		
Overføring/tilvising/innlegging i anna spesialisthelseteneste					
Symptomer	Alvorleg depresjon	Ja	Nei	Veit ikkje	
	Psykose	Ja	Nei	Veit ikkje	
	Suicidialfare	Ja	Nei	Veit ikkje	
	Rus	Ja	Nei	Veit ikkje	
	Utagering	Ja	Nei	Veit ikkje	
	Anna – spesifiser:				
Diagnosekodar og GAF	1	2	3	GAF F/S	

Definisjoner:

Ambulant akuttfunksjon: Aktivitet knytta til tilvising/kontakt frå Nordhordland Legevakt til vaktpsykolog (inkluderer òg vurderingar på kveld som er avtalt i normal arbeidstid).

Ordinær AH: All akuttaktivitet knytta til vakt på dagtid. Primært vurderingar etter tilvising frå lege, unntaksvis frå andre samarbeidspartnarar (til dømes kommunal psykiatriteneste). Konsultativ aktivitet i samband med dette skal også registrerast.

Anna akuttaktivitet: Brei samlekategori. Døme på hendingar som skal registrerast: ordinære tilvisningar som vert handsama som hastesak, akuttaktivitet knytta til pågåande behandlingssløp (til dømes ekstratimar etter at pasienten sjølv tek kontakt, akutt forverring, innlegging med meir).

Dag: Med helg/heilagdag meiner ein laurdag, sundag og rørlig heilagdag (inkludert kveld i forvegen). Aktivitet i tida frå måndag kl. 08.00 til fredag kl. 15.30 vert koda som kvardag.