



Akutt Ambulant Team

- kva innverknad kan opningstida ha?



Hege Lægreid Røsland

Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi

Mars 2011

Det medisinsk-odontologiske fakultet
Institutt for samfunnsmedisinske fag

Senter for etter- og videreutdanning (SEVU)
Universitetet i Bergen

Forord

Dette utdanningsløpet starta i 2005 med emnet Helseleing. Eg vart vidare interessert og inspirert til å fortsetja med dei to emna Helseøkonomi og Kvalitetsutvikling i helsevesenet. SEVU sitt masterprogram har passa meg og min arbeidssituasjon godt, og eg vart motivert til å fullføra Masterstudiet med prosjektoppgåva.

Klinikkdirektør har gjeve meg nødvendig støtte både med permisjonar, utgiftsdekning og sitt engasjement. Prosessen med Masteroppgåva har teke tid pga. uføresette hendingar. Kollegaer i klinikken og forskingsseksjonen har bidrege med gode råd og samtalar, slik at det var mogeleg å fullføra. Rettleiaren, Karin Monstad Ph.D. ved Uni Rokkansenteret, har gjeve meg god hjelp til å koma frå ”kaos” til ei meningsfull samanheng i oppgåvearbeidet.

Eg vil gjerne retta ei spesiell takk til Cille Stenfeldt - Foss og Anne Brit Dræge ved Aust – Agder DPS for sin positive medverknad til studien. Aud Bjørgen og Oddvar Sæther ved Sørlandet Sykehus har bidrege med nødvendige datamateriale og statistikkar.



Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved Universitetet i Bergen

Oppgavens tittel og undertittel Akutt Ambulant Team – kva innverknad kan opningstida ha?	
Forfatter Hege Læg Reid Røsland	
Forfatterens stilling og arbeidssted Seksjonsleiar Folgefonn DPS, Helse Fonna HF	
Dato for godkjenning av oppgaven	Veileder Karin Monstad, econ., UiB
Sammendrag <p>Bakgrunn: Psykisk helsevern har dei siste tiåra gjennomført ein modernisering og omstilling av sine behandlingstilbod frå tradisjonell institusjonsbehandling til meir polikliniske og ambulante tenester. Det har vore satsa på etablering av Akutt Ambulant Team i dei fleste helseføretaka. Det er store forskjellar og mykje er uklart med omsyn til organisering og drift av teama, ikkje minst kompetanse og opningstid. Det er lite kunnskap om kva innverknad ulike organisasjonsmodellane har, og korleis dette påverkar dei tradisjonelle institusjonstilboda.</p> <p>Formål: Eg ønskjer med denne studien og utforska kva påverknad ulik opningstid og kompetanse i team har i høve innleggingar, opphaldsdøgn i institusjon og diagnosefordeling i teamet si pasientgruppe. Eg vil analysere sentrale nøkkeltal frå to DPS – områder og vurdere kor vidt det er forskjellar på aktivitetsdata som kan tilskrivast forskjellen i organisering ved desse to DPSa.</p> <p>Materiale: Aktivitetsdata frå 2009 for team ved Aust – Agder DPS og Haugaland / Karmøy DPS er henta frå pasientjournalssystem og det same for akuttavdelingar ved sjukehusavdelingar i Haugesund og Arendal. Statistikkar på sengeplassar og opphaldsdøger frå Samdatarapport 2009.</p> <p>Metode: Deskriptiv tverrsnitt design. Samtalar og vurdering av innsamla statistikkar for å beskrive team – organiseringa. Presentasjon og analysing av nøkkeltal for aktivitet.</p> <p>Resultat: Det er monaleg færre innleggingar og opphaldsdøger, både i DPS – sengeplassar og akutt plassar, ved Haugaland / Karmøy DPS sitt team med psykolog- og legebemannig og 24/7 teneste. Det er fleire som mottek behandling ved dette teamet, og det er fleire pasientar med alvorleg psykisk lidig samanlikna med Aust – Agder DPS sitt team med dagopningstid.</p> <p>Konklusjon: Masterstudien kan vera eit bidrag til å fokusere på samanheng mellom opningstid og kompetanse i team og påverknad på akuttinnleggingar, opphaldsdøger og diagnosesamansetnad. Det er ikkje mogeleg å konkludere kor vidt det er føremålstenleg å opprette Akutt Ambulant Team og kva organisasjonsform som er å føretrekkja. Studien gjev ikkje svar på kva tilbod som har best kvalitet og gjev den største helsegevinsten.</p>	
Nøkkelord Akutt Ambulant Team, akuttbehandling, organisering, tilgjenge	



**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health Economics
in The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation Crisis Resolution Team – what is the impact of opening – hours on effect of CRT?				
Author Hege Læg Reid Røssland				
Author's position and address Manager of Folgefonn DPS, Helse Fonna HF.				
Date of approval		Supervisor Karin Monstad, econ, UiB		
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
		English		
<p>Background. During the last decades there has been a huge change in organising of the psychiatric ward systems from acute in-patient ward to community based treatment systems. There has been a major change of organising and modernising the mental care system the last few decades, from traditional acute in-patient ward to community-based treatment. Ambulatory psychiatric mental health crisis resolution teams have been established in most of the hospital trusts in Norway. These teams are organised in different various forms, due to opening hours and competence of team members. There has been little known about what impact the different organisations forms research and knowledge of which impact these various organisation forms have on traditional in-patient ward system.</p> <p>Aim. The aim of this study was to explore what possible consequences different organisation forms of the ambulatory psychiatric teams had on. With this master study I want to give a contribute to knowledge about which impact crisis resolution teams with different opening hours and competence has on admission rates to hospitals, days in hospital in-patient stay and patient diagnosis groups, and specially to see if there is an association between opening – hours in the ambulatory teams and the hospitalizations activity data.</p> <p>Material. We collected data from two different communities, Aust Agder and Haugaland, both connected to a hospital, Arendal and Aust Agder, but the ambulatory psychiatric teams are organised in different ways, both regarding opening hours and competence of the staff. The material consists of information from Aust - Agder DPS and Haugaland / Karmøy DPS and collected routine data. The data was collected from the electronic patient journal system from the year 2009 with activity data and in-patient stay from acute - ward in Haugesund and Arendal hospitals. I collected data from “Samdatarapport 2009” with The information of in - patients’ bed hospitalization days and numbers of occupied beds were collected from . “Samdatarapport 2009”.</p> <p>Method. Descriptive cross-sectional design. The mental health systems were described after interviews visiting and conversation with both teams and supplied with a presentation and analyzing the data material collected.</p> <p>Results. There was a lower admission rate to acute ward at the hospital of Haugesund hospital and fewer occupied bed (fewer hospitalisations days?) in use, as well as in Haugaland / Karmøy DPS which have an always 24 hour-on-call team and psychologist- and medicine staff. During the observations period there were more patients receiving treatment totally and the more patients treated had more with severe diagnosis in Haugaland/Karmøy compared to Aust - Agder.</p> <p>Conclusion. The study may contribute to give focus on the association of opening hours in ambulatory psychiatric teams and admission rates to hospitals. The study cannot conclude which organisations forms is preferable. It is not possible to give any conclusion whether a crisis resolution team should be established or which organisation is preferable. , and the study neither gives neither answer of what impact the competence of the team members have on the quality of the treatment. teams, nor the consequences for health. It may contribute to give focus on the relation between opening – hours and admission rates, occupied beds and group of disorders.</p>				

INNHALDSLISTE

Kapittel	1. INNLEIING	side 1
	1.1. Bakgrunn	side 1
	1.2. Problemstilling	side 1
	1.3. Hypotese	side 2
	1.4. Design	side 3
Kapittel	2. TEORI	side 3
Kapittel	3. HELSEPOLITISKE FØRINGAR OG EMPIRI	side 10
	3.1. Nasjonale føringar	side 10
	3.2. Litteratur om ambulante team	side 17
	3.2.1 Brukarperspektivet	side 18
	3.2.2 Leiingsperspektivet	side 20
Kapittel	4. PRESENTASJON AV INNHENTA MATERIALE	side 25
	4.1. DPS informasjon	side 26
	4.1.1 Aust Agder DPS	side 26
	4.1.2 Haugaland/ Karmøy DPS	side 30
	4.2. Tabellar for aktivitet	side 34
	4.3 Tabell for diagnostisk fordeling på pasienttal	side 36
	4.4 Resultat	side 37
	4.4.1. Aktivitet ved akuttavdeling	side 37
	4.4.2. Aktivitet ved døgninstitusjon	side 37
	4.4.3. Aktivitet ved Ambulant akutteam	side 37
	4.4.4. Diagnose fordeling	side 38
Kapittel	5. DRØFTINGAR	side 40
	5.1. Analyse og driftsform, sett i lys av nasjonale føringar	side 40
	5.2. Drøfting av resultat av datamaterialet	side 41
	5.2.1. Aktivitet ved akuttavdelingar	side 41
	5.2.2. Aktivitet ved døgninstitusjon	side 41

5.2.3. Aktivitet ved Akutt Ambulant Team side 42

5.2.4. Diagnose fordeling side 43

Kapittel 6. KONKLUSJON side 45

Kapittel 7. LITTERATURLISTE side 46

1. INNLEIING

1.1 Bakgrunn

Modernisering og utvikling av psykisk helsevern dei siste tiåra, frå mange institusjonsplassar i sentralsjukehus til meir desentrale tilbod i Distriktpsikiatriske Sentra (DPS), har vore eit stort og krevjande endringsarbeid. Fokus har vore retta mot auke av polikliniske og ambulante tenester og på større tilgjenge av akutt- og krisetenester. Så vel nasjonalt, gjennom sentrale føringar og styringssignal (Nasjonal strategi 2006, Nasjonal strategigruppe II 2010 og IS - 1388), og lokalt i dei einssilde helseføretaka, har Akutt Ambulant Team (heretter forkorta "team") vore eit satsingsområde. Slike team er eit helsetilbod i psykisk helsevern utanfor institusjon. Føremålet er å koma tidleg til med behandling, slik at ein kan unngå utvikling av sjukdom eller hindra ei forverring av ei sjukdomsutvikling, og ev. påfølgande trong for innlegging i sjukehus.

I kva grad har denne satsinga medført betre helsetenester? Kva er verknaden for innbyggjarar og samfunn? Det kan synast som dette i liten grad er evaluert. I Helseøkonomistudiet er ein m.a. oppteken av alternativkostnad. Eg tenkjer i denne samanheng på kva anna tenestetilbod desse økonomiske ressursane kan nyttast til, som kanskje kan gje større nytteverdi for innbyggjarane. Dette vert viktige avvegingar når framtidig helsevern skal planleggjast. Det er valt veldig ulike modellar for akutte ambulante tenester i dei ulike helseføretaka i Noreg. Dette har vore for lite problematisert og forska på. Eg ønskjer derfor å sjå på ulike sider ved organisering av team med særleg fokus på opningstid sin innverknad på aktivitet, pasientsamansetnad og ressursbruk.

1.2 Problemstilling og forskings spørsmål

Innanfor ramma for denne masteroppgåva er det er ikkje mogeleg å gjennomføra ei fullstendig helseøkonomisk analyse. Eg har av kapasitetsomsyn heller ikkje høve til å vurdera ulike sider ved alternativkostnad, etterspurnad og ressursinnsats. Eg vil avgrensa oppgåva til å samanlikna sentrale nøkkeltal for drifta i to team med same storleik på opptaksområde men med ulik opningstid. Haugaland/Karmøy DPS har organisert eit team til sine innbyggjarar som er tilgjengeleg 24 timar og 7 dagar i veka

(24/7). Ut frå Agenda si DPS kartlegging i 2008 identifiserte eg eit anna DPS med same storleik på opptaksområdet, Aust – Agder DPS. Dei er positive til å medverka i masterstudien. På internettsidene til helseføretaka fann eg ytterlegare opplysningar om teama, slik som opningstid og funksjon. Opningstid er eit av elementa i omgrepet *tilgjenge*. Opningstid ut over ordinær arbeidstid har stor betydning for kostnadene ved ei teneste, særleg lønskostnader i form av vaktgodtgjersle og bruk av overtid.

Problemstillinga eg vil utforska er i kva grad opningstida ved eit team vil ha konsekvensar for korleis tilbodet vert brukt. Det gjeld kva pasientgrupper som brukar tilbodet, og tal på konsultasjonar og pasientar. I tillegg vil eg sjå om det vil påverka innleggingsraten i akuttavdelingar og tal på opphaldsdøger ved DPS og akuttavdelingar på Sentralsjukehus. Eg har valt å analysere desse konsekvensane fordi dei har stort fokus i internasjonale og norske forskingsstudiar (Ford mfl. 2001, Johnson 2005 mfl., Gråwe mfl. 2001, Kolbjørnsrud 2009), så vel som i dei nasjonale føringane (DPS – rettleiarane IK – 2738 og IS – 1358, IS – 1358). Reduksjon i innleggingar og opphaldsdøger kan gje eit bilete av kva nytte tenesta vil ha i eit samfunnsperspektiv og indirekte i høve nytte for individet.

Ved nærare undersøking viste det seg at det og var forskjellar i kompetansesamansetnad i teama. Det eine teamet er sett saman av psykologar og legar, medan det andre teamet i hovudsak er bemanna med sjukepleiarar og ein overlege tilstades. Det kan vera rimeleg å tenkja at kompetanse, i same grad som opningstid, kan påverka funksjonen til teamet. Det kan ha konsekvens for tal på innleggingar, opphaldsdøger og konsultasjonar. Dette må derfor analyserast og drøftast samstundes.

Forskingsspørsmålet:

Vil drifta i team ved to DPS med ulik opningstid og kompetanse skilja seg åt når det gjeld akuttinnleggingar, opphaldsdøger og diagnosefordeling?

1.3 Hypotese

Min hypotese er at eit team med 24/7 teneste og med høg grad av lege- og psykologfagleg kompetanse, vil føra til færre innleggingar i akuttavdelingar og bruk av opphaldsdøger, enn eit team med 8 timar og 5 dagar teneste. Eit døgnbasert tilbod

med spesialistkompetanse tek hand om fleire brukargrupper med ulike og alvorlege diagnosar og problemstillingar, enn eit som er dagbasert.

1.4 Design

Eg har valt eit tverrsnittdesign i studien for å belysa problemstillinga, då det er mest formålstenleg ut frå tidsramma for masterstudiet. Det er ein deskriptiv studie som gjer greie for driftsforma ved to akutt ambulante team og innverknad på aktivitet. Teama vert presentert på bakgrunn av innhenta opplysningar i offisielle kartleggingar (Samdatarapport 2009) og supplert med opplysningar gjeve i samtalar med leiarane. Deskriptive studiar kan og beskriva kostnader ved ein intervensjon. Dei kan vera prospektive, men dei fleste er retrospektive og vert gjort etter at ei endring har trått i kraft. Ein slik studie har til formål å beskriva programmet og implementeringsprosessen, eller endringa. Formålet er ikkje å vurdere årsak-verknad-samanheng. Den kan hjelpa til å skissera og definera kva eit program er og ikkje er, som i sin tur kan undersøkjast ytterlegare i ein meir omfattande studie (Øvretveit 2001). Grunntrekka ved dei to teama vert presentert i kvart sitt avsnitt. Datamaterialet er henta frå ein Samdatarapport og statistikkrapportar frå det elektroniske pasientadministrative systemet DIPS. Leiinga ved DPSa har gjeve tilgang til og anonymisert statistikkane. Datamaterialet vert presentert i tabellar som gjer det mogeleg å sjå på skilnader mellom dei to DPSa sine team. Helseøkonomisk teori gjev eit bakteppe for studien. Med bakgrunn i nasjonale føringar og empiri frå litteraturen vil eg vurdere datamaterialet eg har henta inn og analysere problemstillinga.

2. TEORI

I helseøkonomisk teori er ein oppteken av å få mest mogeleg nytte eller velferd ut av dei ressursane ein har. Dess meir effektivt ein brukar ressursane, dess fleire pasientar kan få eit tilbod innanfor ei fast budsjettamma. Kravet om kostnadseffektivitet inneber m.a. at ei behandling skal utførast med minst mogeleg ressursbruk. Systematisk økonomiske analysar av helsetiltak vert teken i bruk for å identifisera kva tiltak som er kostnadseffektive, og kva som er kostnadsineffektive (Norheim og Bringedal 2001).

I dette utsagnet fokuserar ein på velferd og nytte i høve ressursbruk. Eg vil vidare sjå på forklaringar av samanhengen mellom ressursinnsats, innsatsfaktorar og nytte og relatera det til psykisk helsevern. Innbyggjarane etterspør helsetenester fordi ein har eit ønskje om god helse. Det er god helse som gjev oss nytte. Helsetenester kan sjåast på som ein innsatsfaktor som vert produsert for å skapa god helse. Ein kan definera helsetenester som dei varer og tenester som primært har som formål å betra ein helsetilstand eller hindra ei forverring av helsetilstanden (Kaarbøe 2009). I psykisk helsevern er institusjonsplassar, polikliniske og ambulante tenester døme på slike innsatsfaktorar. Desse innsatsfaktorane medfører monalege kostnader, som kan sjåast på som ei negativ nytte.

Når det gjeld samanhengen mellom nytte og innsatsfaktorar dvs. helsetenester, har Kaarbøe referert til Evans(1984):

... individets nytte (U) avhenger av et individs helsetilstand (H), som i sin tur er produsert av helsetjenester (HT) og andre faktorer som påvirker individets helse (Z). I tillegg antar Evans at individets nytte påvirkes av de andre varer og tjenester (X) som individet konsumerer. Vi uttrykker individets nytte som

$$U = U(X, HT, H(HT, Z))$$

(Kaarbøe 2009:193-194).

I psykisk helsevern kan andre faktorar (Z) vera genetiske faktorar og miljømessige tilhøve, t.d. sosialt nettverk, rusmiddelbruk, arbeid og økonomi. Aktivitetstilbod og mosjonstilbod er dømer på andre varer og tenester (X) som vert konsumert.

Kaarbøe (2009) seier vidare at den direkte effekten på individet si nytte av å forbruka litt ekstra helsetenester kan uttrykkast som nytteeffekten av å forbruka litt ekstra helsetenester gitt at helsetilstanden er konstant. Det å oppnå betring i helsetilstand er positivt, men i helsevesenet kan den direkte effekten av helsetenester og vera negativ. Eit døme på dette er medikamentbehandling med psykofarmaka. som ofte gjev biverknader og ubehag. Tvangsbehandling og tvangstiltak er eit anna døme ein kan tenkja seg, Det gjev ofte direkte effekt som påfører individet psykisk og fysisk smerte, men som på sikt kan gje ei betring av helse.

Den indirekte effekten av helsetenesta på individet si nytte består av to faktorar, i følgje Kaarbøe (2009). For det første er individet si nytte påverka av korleis endringane i helsetilstanden påverkar nytten. Det er subjektivt og er berre kjent for individet sjølv. Den andre effekten er korleis det ekstra forbruket av helsetenester påverkar individet si helse, som ikkje er subjektivt bestemt. Denne effekten er bestemt av medisinsktekniske tilhøve som kan slåast fast gjennom medisinsk forskning (Kaarbøe 2009). Den første faktoren er viktig i psykisk helsevern og er eit element i behandlingssopplegga, t.d. kognitiv terapi og psykoedukasjon. Pasienten si helse vert påverka av korleis han oppfattar endringane i sin psykiske helsetilstand og kva det har å sei for hans livskvalitet og helse. Opplevinga av å ha kontroll over tankar og kjensler, gjer at han meistrar dagleglivet sine krav, utfordringar og sosiale relasjonar. Det verkar positivt på sjølvkjensla og er ei subjektiv oppleving av nytte og god helse. Den andre effekten er korleis det ekstra forbruk av helsetenester, Akutt Ambulant Team, påverkar individet si helse. Denne effekten er bestemt av medisinske og psykologfaglege tilhøve som kan slåast fast gjennom forskning, ofte definert som klinisk effekt. Desse endringane i symptomtrykk, funksjonsnivå og sosial fungering kan målast ved ulike medisinske og psykologfaglege scoringsverky som t.d. GAF - symptom, GAF – funksjon, MADRS og HONOS.

Nytte er definert av Kaarbøe (2009) som god helse. Den helseforbetringa som vert oppnådd ved helsetenesta Akutt Ambulant Team, vil ofte gje pasienten ei oppleving av god helse (Winnes mfl. 2010). Ved å koma tidleg inn med helsehjelp kan ein stoppa ei liding under utvikling. Helsehjelp i form av medikamentbehandling, samtalerterapi og sosiale tiltak kan hjelpa pasienten til å få kontroll over symptoma sine. Han kan klara å meistra dagleglivet att utan trong for innlegging i sjukehus og eventuell tvangsbehandling. Dette gjeld personar som har ei langvarig alvorleg psykisk liding, t.d. psykose, og som opplever ei akutt forverring ("krise") og påfølgande fall i funksjonsnivå. Det kan og vera personar som er friske i utgangspunktet, men der store påkjenningar kan utløysa ei psykisk krise. Utan denne helsehjelpa kan lidinga utvikla seg slik at symptoma som t.d. angst og tankekjør vert sterkare. Det kan føra med seg at pasienten opplever tap av kontroll, som igjen kan gje seg utslag i uro, aggresjon, sjølv mordstankar og ei kjensle av uuthaldeleg smerte. I denne situasjon vert det ofte snakk om akuttinnlegging i sjukehus. Har symptoma fått manifestert seg, tek det lenger tid for pasienten å gjenvinna kontroll og meistring. Opphaldet på institusjon kan dermed

verta lengre, dvs. medføra fleire opphaldsdøger. Dette er bakgrunnen for at studiar som forskar på nytten ved team ofte analyserer reduksjon i tal på innleggingar og opphaldsdøger, dvs. forbruk av innsatsfaktorar, i staden for kva nytte og effekt desse teama har på sjølve helseforbetringa. Reduksjon i forbruket av innsatsfaktorar kan gje eit bilete av den nytteeffekt som tenestetilbodet Akutt Ambulant Team har. Forbruket av denne innsatsfaktoren kan målast i tal på pasientar, konsultasjonar og timar. Ein norsk studie har fokus både på forbruk av innsatsfaktor t.d. akuttinnleggjengar, og på helsetilstand på individnivå (Kolbjørnsrud mfl. 2009). Helseforbetring på individnivå vert målt ved tidligare nemnde scoringsverktøy ved inntak og ved avslutning av helsehjelpa, og det vil såleis kunne fungera som eit hjelpemiddel for å vurdere om helsehjelpa har hatt nokon nytte for pasienten. Det kan vera grunn til å tru at det kan vera ein samanheng mellom forbruk av teamressursar og opphaldsdøger. Det vil vera vanskeleg å sjå ein direkte samanheng mellom akuttinnleggjengar og helseforbetring. Kor vidt eit område med få akuttinnleggjengar har betre helsetilstand blant innbyggjarane, vil vera svært vanskeleg å slå fast. Det vil og ha samanheng med alternativa som er tilgjengelege både i spesialisthelsetenesta og ikkje minst kommunale tiltak.

Pasientar med mykje psykotiske symptom kan ofte vera vanskelege å hjelpa, då sjukdomen krev at dei har klare rammer og struktur i kvardagen for å kunna fungera godt. Ved ei akutt forverring av sjukdomen med aukande symptom (krise) vil dette krevja ein forsterka innsats av helsehjelp i heimen store delar av døgeret, ev med støtte til nettverket og. Når det ikkje er tilgjengeleg eller tilstrekkeleg, er innlegging i sjukehus alternativet. Personar med lettare eller moderat grad av depresjon og angst eller livskriser vert definert som å ha ei mindre alvorleg psykisk lidning, og fellesnemnaren vert gjerne kalla nevrosar. Personane er ofte i stand til å ivareta funksjonar i dagleglivet. Ved akutt forverring (krise) pga. uføresette hendingar eller endringar i livssituasjon, t.d. tapsoppleving, kan oppleving av eigenkontroll og meistring gå tapt. Det kan utvikla seg til ein livstrugande tilstand, viss personen får sjølv mordstankar. Helsehjelp kan verta heilt nødvendig for å hjelpa pasienten til å gjenvinna meistring/kontroll. Det kan i mange tilfeller vera nok å mobilisera pasienten sitt eige nettverk eller rettleiing av primærhelsetenesta. Når det ikkje er mogeleg eller tilstrekkeleg, er sjukehusinnlegging eit alternativ. Så på tross av at dette i utgangspunktet ikkje er definert som ein alvorleg

psykisk lidning, vil det ved akutte kriser vera trong for innlegging viss ikkje tiltrekkelig helsehjelp vert ytt i heimen eller i kommunen.

I litteraturgjennomgangen om Akutt Ambulant Team i kapittel 3.2 er det presentert fleire internasjonale og einskilde nasjonale evalueringar av innføring av team og effekten av dette helsetenestetilbodet. Det er nytta ulike metodar og evalueringsverktøy i studiane. Eg vil i dette kapittelet presentera ein oversikt over nokre av desse metodane.

I boka "Helse, økonomi og politikk" (Askildsen og Haug red. 2001) hevdar kapittelforfattarane, Norheim og Bringedal, at ein i Noreg har liten erfaring med bruk av helseøkonomiske analysar i prioriteringssamanheng. Dei seier vidare at omsynet til kostnader og alternativkostnader i mange saker har vore underliggande, men i sjeldan grad har vore trekt fram som argument i den offentlege debatten. Dei reiser spørsmålet om korleis ein kan måla helseforbetring og syner til kostnad-effekt-analyse som dei forklarar slik:

Kostnad – effekt - analysen benyttes dersom et mål for effektivitet uttrykker det relevante utfall av behandling (for eksempel x antall vunne leveår, x % risiko reduksjon, x antall diagnostiserte tilfeller), og dersom rivaliserende behandlingsmetoder medfører ulik sannsynlighet for at utfallet nås.

(Norheim og Bringedal 2001:93)

Økonomisk analyse gjev berre ein dimensjon når ein skal fatta vedtak om eit helseprogram og er mest nyttig når den vert kombinert med tre andre typar av evaluering som tek stilling til ulike spørsmål:

- Er helseprogrammet verknadsfullt (efficacy)?
- Er helseprogrammet effektivt (effectivity)?
- Er behandlinga tilgjengeleg for dei som treng det (availability)?

(Drummond mfl. 2005)

Det er to hovudtrekk som karakteriserer økonomisk analyse. For det første konsentrerer den seg om innsats og resultat, eller sagt på ein anna måte, kostnader og konsekvensar. For det andre er økonomisk analyse oppteken av val. Det er knappe ressursar og det er umogeleg å produsera alle ønskjelege resultat, uavhengig om det gjeld verknadsfulle behandlingar. Økonomisk evaluering med bakgrunn i dei to hovudtrekka i økonomisk analyse vert definert slik: "... *the comparative analysis of alternative course of action in*

terms of both their costs and consequences” (Drummond mfl. 2005:9). Ein kan med grunnlag i dei to hovudtrekka skilja og rubrisera fleire evalueringssituasjonar som ein til vanleg treff på i helseøkonomisk litteratur. Drummond m. fl. (2005) har laga ein matrise med bakgrunn av svar på desse to spørsmåla over evalueringssituasjonar:

- Er to eller fleire alternativ samanlikna?
- Er både kostnader (innsats) og konsekvensar (resultat) av desse alternativa undersøkt?

Er både kostnader og konsekvensar ved alternativa undersøkt ?				
		Nei		Ja
		Undersøker berre konsekvensar	Undersøker berre kostnader	
Er to eller fleire alternativ samanlikna?	Nei	1A Delvis evaluering Resultat beskriving (Outcome description)	1B Delvis evaluering Kostnad beskriving (Cost description)	2 Delvis evaluering Kost – Resultat evaluering (Cost-outcome description)
	Ja	3A Delvis evaluering Effekt evaluering (Efficacy or effectiveness)	3B Delvis evaluering Kostnadsanalyse (Cost analysis)	4 Full økonomisk evaluering Kost – effektivitetsanalyse (Cost-effectiveness analysis) Kost – nytteanalyse (Cost-utility analysis) Kost – vVerdi analyse (Cost – benefit analysis)

Tabell 1 frå Drummond mfl.

Slik tilfelle er i celle 1A og 1B i Tabell 1 er ikkje to eller fleire alternativ samanlikna, berre eitt program vert undersøkt. Programmet vert beskriven og ikkje eigentleg

evaluert. Det første er ein resultatbeskriving av konsekvensar eller resultat, og det andre er ein kostnadsbeskriving for eitt einskild program. I celle 2 er både kostnader og resultat for eitt einskild program gjort greie for. I celle 3A og 3B er to eller fleire alternativ samanlikna, men der kostnad og konsekvens ikkje vert vurdert samstundes for kvart alternativ. I celle 3A vert evalueringane kalla effekt- eller verknadsevaluering, då det er berre konsekvensane som vert vurdert for alternativa. I celle 3B er det ein kostnadsanalyse av to eller fleire alternativ som vert gjennomført. Desse evalueringssituasjonane som her er gjort greie for, fyller ikkje vilkåra for fullstendig økonomisk evaluering, og vert derfor kalla delvis evaluering. Dei vil ikkje kunne gje svar på effektivitetsspørsmål. For det formålet trengs full økonomisk evaluering som er nemnt i celle 4. Kostnadsidentifisering og tilhøyrande målingar er stort sett det same ved økonomisk evaluering, medan konsekvensane som kjem ut frå alternativa kan vera rimelege forskjellige. Det vil påverka målingane, verdsettinga og samanlikninga med kostnadene. Det kan nyttast tre ulike analysemetodar ved ein slik fullstendig økonomisk evaluering:

- Kost – effektivitetsanalyse (cost – effectiveness analysis)
- Kost – nytte analyse (cost - utility analysis)
- Kost – verdi analyse (cost – benefit analysis)

I ein kost – effektivitetsanalyse ser ein kostnadene i høve ein einskild effekt som kan variera i storleik for dei ulike programma. Den viser effekten som kostnad pr. eining, eller måler effekten i kor mange einingar for ein bestemt kostnad. Ein kan ha svært ulike alternativ som vert samanlikna, så lenge det er den same effekten ein måler, t.d. vunne leveår eller sjukdomsfrie dagar. Denne analysen vert ofte nytta når ein skal vurdera eit avgrensa tal på muligheiter innanfor eit felt og med eit gjeve budsjett til rådvelde. Analysen er utilstrekkeleg dersom ein vil sjå på kva verdi eller fordeler dette resultatet vil ha. Kost – nytte analyse inneber ei breiare måling av fordeler ved eit helseprogram. Nytteomgrepet er relatert til dei preferansar som individet eller samfunnet har for eit spesielt resultat innanfor helse, t.d. oppnå ein særskilt helsetilstand eller helseprofil. Nytten ved ein effekt eller eit resultat er forskjellig frå sjølve effekten eller resultatet (Drummond mfl. 2005). Askildsen og Haug (2001) meiner at nytteanalysen er ein spesielt bra teknikk fordi den opnar opp for å måla med ein metode kalla QALY – quality – adjusted life – years, omsett til vunne kvalitetsjustert leveår. Den vert gjerne målt som kostnader pr. kvalitetsjustert leveår vunne. Ein kan her

vurdera kva samla nytteverknad helsetiltaket kan ha på livskvaliteten. Kost – verdianalyse har eit vidare perspektiv på konsekvensar og fordelar med å innføra eit helseprogram. Det inneber å vurdera kor vidt det er verdt å utvida budsjettet for å oppnå større helsegevinst, t.d. oppdaga fleire tilfeller av kreft eller oppnå fleire QALY, sett i høve til kva anna desse budsjettmidlane kunne nyttast til. Kost – verdianalysar krev programkonsekvensar målt i pengeeiningar for å gjera det mogeleg å direkte samanlikna programma med omsyn til aukande kostnader og aukande konsekvensar i måleiningar. Den omset t.d. eit resultat i QALY eller episodefrie dagar i pengeeiningar slik at ein kan finna ein netto fordel. Dette er ein analysemetode som er lite brukt i økonomiske evalueringar i helsevesenet i høve dei to andre metodane (Drummond mfl. 2005).

3. HELSEPOLITISKE FØRINGAR OG EMPIRI

3.1 Nasjonale føringar

I Noreg er ansvaret for psykisk helsevern delt på fleire forvaltningsnivå. I hovudsak er det kommunane som yt dei fleste helsetenestene til innbyggjarar med ei psykisk og/eller rus lidning. Kommunane har m.a. ansvar for å hjelpa med å skaffa bustad, aktivitetstilbod, heimesjukepleie og praktisk hjelp i heimen. Fastlegen skal i samarbeid med andre tilsette i primærhelsetenesta følgja opp pasienten sitt behandlingsbehov, sameleis som for andre pasientgrupper med ei langvarig eller kronisk lidning. Spesialisthelsetenesta skal sørgja for at pasienten får den utgreiinga, diagnostiseringa og igangsettinga av behandling som han har krav på. Annleis enn den somatiske spesialisthelsetenesta, er oppgåvene i psykisk helsevern fordelt på to nivå, sentralsjukehus og distriktpsikiatrisk senter. Ansvaret for spesialisthelsetenesta ligg til helseføretaka. Dei regionale helseføretaka (RHFa) har, som eigar av dei lokale helseføretaka (HFa), eit "sørge for" ansvar, dvs. dei gjev rammer, føringar og prioriteringar for helseføretaka si utøving av oppgåvene. Dette vert m.a. formidla via eit *Bestillardokument*. Helse og sosialdepartementet gjev krav og føringar til RHFa gjennom eit årleg *Styringsdokument*. Det byggjer på politiske drøftingar og vedtak og vert ei vidareføring av satsinga på modernisering av psykisk helsevern dei siste tiåra.

I Stortingsmelding nr. 25 (1996 – 1997) *Åpenhet og helhet - Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* vert det sett søkjelys på mange utfordringar og det vert peika på eit behov for å utvikla og modernisera psykisk helsevern. Stortingsmeldinga viser til at behandlingsskjeda har brot i alle ledd, m.a. i høve til tilgjenge til spesialisthelsetenesta. Eit viktig satsingsområde er å etablera distriktpsikiatriske sentre i alle fylker for på den måten å letta på tilgangen på allmenne spesialisthelsetenester på lokalsjukehusnivå. Det vert i tilrådinga føreslått å gje eit øyremerka tilskot til omstrukturering og styrking av psykisk helsevern for vaksne, serleg for å få byggja ut distriktpsikiatriske tenester i fylkeskommunane. Tilskotet kunne etter forslaget nyttast både til investering og drift.

I Stortingsbehandlinga vart det vedteke å få utarbeidd ein handlingsplan for psykisk helsevern, som hadde som formål å styrka fleire område Stortingsproposisjon nr. 63 (1997 - 1998): *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006*. Det overordna målet i Opptrappingsplanen er å gje menneske med ei psykiske lidning høve til å leve eit mest mulig normalt og uavhengig liv, prega av deltaking og evne til å meistra eige liv. For å byggja opp under dette skal det psykiske helsevern utvikla desentraliserte, tilgjengelege og samanhengande tenester av høg fagleg kvalitet som er tilpassa trongen for tenester til innbyggjarane. Dette byggjer m.a. på erfaringar referert frå Stortingsmeldinga om at det er for høge tersklar og for vanskeleg å sleppa til i spesialisthelsetenesta.

I samband med oppfølging av Stortingsmeldinga og St.prp. nr 63 (1997-98), ga Sosial- og helsedepartementet Statens helsetilsyn i oppdrag å utgreia og gje ut rettleiingsmateriell med tilråding om organisering og arbeidsmåtar ved DPS. Dette skulle vera til hjelp for fylkeskommunen i omstillinga. Rettleiaren IK – 2738 *Distriktpsikiatriske sentre – organisering og arbeidsområder* frå Statens helsetilsyn (2001) viser til at DPS er tiltenkt ei sentral rolle i spesialisthelsetenesta der tilgjenge, differensiering av behandlingstilbod og samarbeid med primærhelsetenesta står sentralt. I høve til tilbod om akutt- og krisetenester vert det fokusert på at kriser og akutte forverringar bør løysast utan store og unødvendige inngrep i pasienten sin livssituasjon, men samstundes slik at det vert gjort på ein måte som er forsvarleg og tilstrekkeleg. Mange personar som er i krise treng ikkje innlegging, men har trong for rask kriseintervensjon i form av hyppige samtalar ved ein poliklinikk eller ei anna eining ved eit DPS. Pasientar, pårørande og tilsette i primærhelsetenesta må få nødvendig støtte og hjelp i akutte situasjonar, anten det er trong for vurdering, kriseintervensjon eller

rådgjeving. Målsettinga må vera at pasientar og pårørande får hjelp så tidlig som råd er, for å hindra at situasjonen forverrar seg, og at primærhelsetenesta vert sett i stand til å takla fleire situasjonar i tidlig fase med støtte frå spesialisthelsetenesta. I rettleiaren vert dei distriktpsikiatriske sentra oppmoda om å arbeida for å etablera alternative løysingar til akuttinnleggingar. Det bør vera med tett poliklinisk kontakt, dagtilbod, oppfølging heime frå ambulante team og/eller tett samarbeid med kommunale primærhelsetenester med døgnvakt, eller ved andre alternative løysingar i samarbeid med pasienten og familien. Fagpersonar bør vera tilgjengelege for konsultasjonar og uttrykking når det er nødvendig. Røynde behandlarar bør og vera tilgjengeleg for primærlegar og andre samarbeidspartar som vender seg per telefon for å få drøfta ei sak. Rettleiaren legg vekt på at omfang og organisering av akutt- og krisetenester må verta vurdert ut frå behovet og talet på innbyggjarar som skal ta imot tenester og dei ressursane DPSa har.

Ved midtvegsevalueringa av Opptappingsplanen synte det seg at det var eit stykke att før måla i Opptappingsplanen var nådd. Planperioden vart derfor utvida i to år til. Sosial- og Helsedirektoratet gav derfor ei arbeidsgruppe nedsett av RHFa i oppdrag å identifisera felles prioriterte strategiar og tiltak for gjennomføring av Opptappingsplanen for psykisk helse. Rapporten fekk tittelen *Nasjonal strategi for psykisk helsevern* (2006). Arbeidet som er synt til i rapporten byggjer på sentrale mål i Opptappingsplanen. Arbeidsgruppa ser det som nødvendig å utvikla nye arbeidsformer og veldokumenterte arbeidsformer må takast i bruk.

I samtlige DPS – områder må det etableres tjenester og systemer som sikrer primærhelsetjenesten nødvendig bistand i form av vurdering, kriseintervensjon og rådgiving 24 timer i døgnet. Utvidede åpningstider ved poliklinikker, ambulerende tjenester/ team og differensierte døgntilbud for akutte tilstander vil være aktuelle tiltak.

(Nasjonal strategi for psykisk helsevern 2006:17)

Sosial- og helsedirektoratet fekk utarbeidd ein rapport, IS – 1358 (2006) ”*Du er kommet til rett sted...*”, der dei ønskte å tydeleggjera intensjonane med ambulante akutttenester og å gje tilrådingar med omsyn til rammer, innhald og faglege krav til tenesta. Det vert i rapporten hevda at dei distriktpsikiatriske sentra til no har hatt svært ulik praksis med

omsyn til kor tilgjengelege dei er for akutte tilvisingar. Sosial- og helsedirektoratet såg derfor at det var behov for nye grep som kunne føra til at pasientar med akutte behov fekk nødvendig hjelp. Direktoratet hevdar at det er ein føresetnad at det eksisterer tilgjengelege akuttilbod ved alle DPS, og at ein framover har høve til å tilby hjelp i akutte situasjonar og på kveldstid og i helger. Målgruppa omfattar personar i akutte psykiske kriser av eit omfang som medfører at personen, familien og nettverket sine vanlege meistringsstrategiar ikkje strekk til. Det kan vere personar med førstegangsspsykosar, psykotiske samanbrot hos ein allereie kjent pasient, personar i ei akutt suicidal krise, personar i rusrelaterte psykiske kriser eller andre i akutt krise. Akutteamet er eit tilbod for personar som utan eit slikt tilbod oftast vil ha trong for innlegging i akuttavdeling ved sentralsjukehus.

I rapporten vert det sagt at akutteam ikkje kan, og ikkje skal, erstatta døgntilbod på sentralsjukehus, og er kanskje heller ikkje billegare i drift. Erfaringar viser at akuttilbod som er organisert i akuttambulante team, gjev auka kvalitet på akuttenestene, bidreg til færre innleggingar totalt og bidreg til at fleire brukarar er meir nøgd med tenesta. Rapporten viser til at sjølv om ambulante akutteam er ei ny teneste i Noreg, er det allereie etablert slike team ved fleire DPS. Teama varierer med omsyn til bemanning, opningstider, autoritet til å prioritere innleggingar i døgnavdeling, tilvisningspraksis og disponering av kriseplassar ved DPS. Sosial – og helsedirektoratet tilrår at ambulante akutteam må vera eit lågterskeltilbod i den tydinga at det er lett tilgjengeleg og fleksibelt både i høve til dei som er i ein krisesituasjon og for kontaktpersonar i primærhelsetenesta. Dersom ein person eller pårørande tek direkte kontakt med akutteamet i ein krisesituasjon, bør dei verta møtt i høve til det dei søker hjelp for, og ikkje utan vidare først å verta kravd å framskaffa ei skriftleg tilvisning. Akutteam bør finna praktiske løysingar i høve til krav om tilvising. I tråd med retningsliner for ansvarsdeling mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta er det viktig å etablera samarbeid med fastlegen tidlegast mogeleg. Det kan og vera aktuelt å samarbeida med politiet og å gje støtta til krisesentra, kommunale bustader og liknande verksemder med føremål å førebyggja unødvendige akuttinnleggingar. Direktoratet meiner at akutteam ikkje skal tilby hjelp og støtte over lang tid. Det betyr at ein pasient som har behov for vidare kartlegging av hjelpebehov og/eller utredning og behandling etter at den akutte psykiske krise er over, enten vil verta tilbakeført til fastlegen for vidare oppfølging eller til ei anna eining ved DPS for vidare spesialistbehandling. Fordi

eit akutteam er avhengig av å kunna ta i mot nye akutte tilvisingar til ei kvar tid, er det viktig å ha fokus på vidareføring heilt frå første møte med pasienten. Akutteamet skal hjelpa til med ei rask vurdering av hjelpebehov i ei akutt psykisk krise, rask mobilisering av personen sitt nettverk og rask mobilisering av behandlingsnettverket. Ein viktig funksjon er å bidra til at pasientane kjem på rett stad til rett tid. Pasientar bør derfor så langt det er mogeleg vurderast av akutteamet før ei eventuell innlegging i akuttavdeling finn stad, i følgje rapporten.

Det er i rapporten nemnt ei rekkje med metodar og intervensjonar som kan takast i bruk av akutteamet. I starten er det viktig å kartlegga manglar m.o.t. grunnleggande behov, som behov for mat, tryggleik, pengar og bustad for å redusere pågåande stress. Det kan vera viktig å hjelpa til slik at ulike behov vert tilvist vidare, til dømes til sosialkontor. Det vert forventa at teamet legg tilrette for brukarmedverknad og støttar opp om pasienten si eigenmeistring.

Rapporten rår til at Akutteamet skal ha ei opningstid som dekkjer dag, ettermiddag og kveld, for å sikra god tilgjenge i det tidsrommet der behova er størst. Ei utvida opningstid gjer det mogeleg å kunna møte samarbeidspartar og nettverk på ettermiddag og kveld. Det er viktig å kunna tilby konsultasjonar, vurderingar og oppfølging i heimen og på kvelden. Lokale tilpassingar er nødvendig når det gjeld opningstid, fordi ulike kommunar, byar og distrikt har ulike grunnføresetnader å byggje sine verksemdar på. Ein bør byggja på allereie eksisterande ordningar for å sikra ei god utnytting av eksisterande ressursar både innan spesialisthelsetenesta og innan primærhelsetenesta, samstundes som føremålet med eit utvida akutttilbod vert ivareteken. Akutteam med ansvar for kjerneoppgåver som skissert over, må vera tverrfagleg samansett med personell som har ulik real - og formalkompetanse. Teamet må ha kompetanse til å foreta spesialistvurderingar, medikamentell behandling, somatiske tilhøve, rus, nettverksarbeid og lovverk m. v., samt ha kunnskap og ferdigheiter knytte til kriseintervensjon. Erfaringar viser at det er viktig å ha samarbeidskompetanse fordi tilsette ofte må ”forhandle” fram fleksible løysingar med både pasientar og samarbeidspartar.

For å rettleia helseføretaka med å vidareutvikla DPS vart det og utarbeidd ein ny rettleiar av Helsedirektoratet: Rettleiar IS-1388: ” - med blikket vendt mot kommunen og

spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen ” (2006). Følgjande prinsipp vert lagt til grunn for utforming av tenestene: ”Befolkningen må få nødvendige tjenester, når de trenger det, der de trenger det. God tilgjengelighet forutsetter at befolkningen har kunnskap om hva for tjenester de kan få, når og hvordan” (IS-1388: 8).

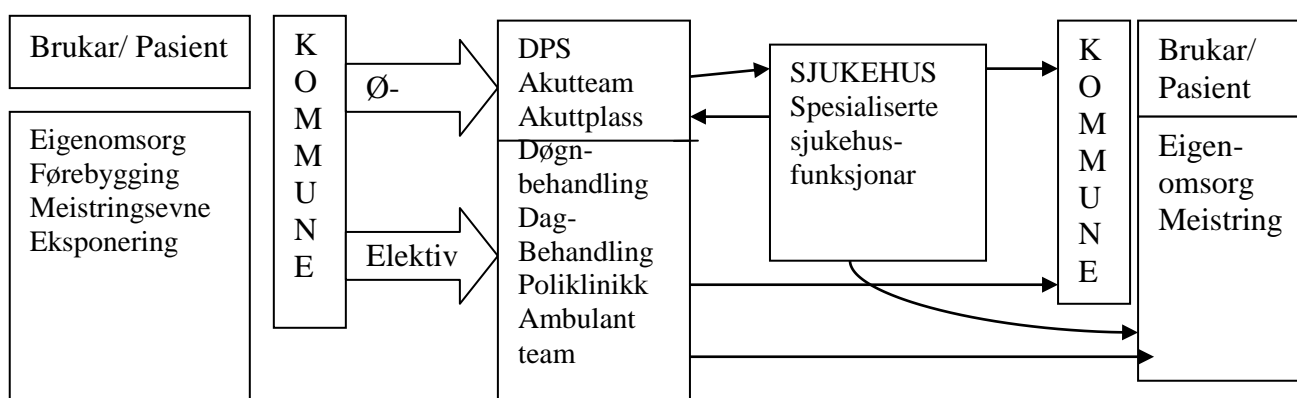
Tenestene må følgjeleg vera kjent, riktig dimensjonert og organisert for å møte innbyggjarane sine behov. I rettleiaren vert det hevda at for å nå måla for tenestene og intensjonane i Opptappingsplanen, vil det i den pågåande vidareutviklinga av dei desentraliserte spesialisthelsetenester vera nødvendig med auka fokus på samarbeid, tilgjenge, fagleg innhald og brukarmedverknad. Det vert og i denne rettleiaren gjenteke at tilgjenge til spesialisthelsetenesta skal m.a. sikrast ved å etablera akutt- og krisetenester ved alle DPS. Ein heldt fast på tilrådingane i rettleiaren for akutt ambulante tenester (IS-1358 2006) som nemnt over. Det vert vidare understreka at ved etablering av akutttenester ved DPS, er eit tett samarbeid med kommunane avgjerande for at tenesta skal få positiv effekt. Det inneber at formaliserte samarbeidsavtalar omfattar rutinar som sikrar at den kommunale legevakta nyttar DPS og dei sentraliserte sjukehusavdelingane på ein måte som samsvarar med den tilrådde oppgåvefordelinga.

Det er nyleg lagt fram eit nytt strategidokument for utvikling av psykisk helsevern som i endå sterkare grad vektlegg desentralisering av tenestene, vidareutvikling av DPS og auka tilgjenge ved Akutt Ambulante Team. Dette arbeidet vert kalla: Nasjonal strategigruppe II for psykisk helsevern og Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (2010). Arbeidsgruppe 2 la fram rapport om utvikling og oppgradering av DPS og arbeids og ressursfordeling mellom sjukehus og DPS i september 2010. Det er ein av fem rapportar vedkjem sentrale tema med mandat gjeve av administrerande direktørar i RHFane i 2009. Rapporten viser til Statsbudsjettet for 2010 som slår fast at dei overordna måla og verdigrunnlaget frå Opptappingsplanen framleis skal liggja til grunn for regjeringa sin politikk. DPS – strukturen skal utgjera eit hovudfundament i det framtidige spesialiserte psykiske helsevernet. Strukturen er stort sett på plass, men tenestene varierar. Arbeidsgruppa har laga sine konklusjonar i 3 punkt med tiltak for å gje mynde til DPSa og sikra ein veg inn og ut av spesialisthelsetenesta. For å få nødvendig omstilling må følgjande tiltak gjennomførast:

1. DPS skal ha hovudansvaret for tilbodet innan psykisk helsevern for vaksne.

2. Alle pasienttilvisningar om ”øyeblikkelig – hjelp” bør gå til DPS innan utgangen av 2013.
3. Alle DPS skal ha akutt- og krisetenester. Frå 2013 bør desse tenestene ha utvida opningstid til 24/7. DPS bør etablere egne ambulante akutteam eller samarbeida med andre DPS eller sjukehus der lokale tilpassingar tilseier dette.

Rapporten hevdar at føresetnaden for at DPS skal fungera som vegen inn og ut av psykisk helsevern er at dei, i tillegg til poliklinisk behandling, og skal få etablert andre tenester. DPSa bør ha tenester som ambulant akutteam, dagbehandling, døgnbehandling, avlastningsplassar og brukarstyrte plassar. Dei skal vera tilgjengelege for tilvisingar heile døgeret. Hjelpa frå DPSet må kunne gjevast både ved direkte og indirekte pasientkontakt og understøtta kommunar og fastlegar i deira arbeid, slik at fleire oppgåver kan løysast lokalt utan tilvising til spesialisthelsetenesta. I rapporten vert det vist til undersøkingar som avdekkjer at dei fleste ”øyeblikkelig – hjelp” innleggingar i dag går direkte frå tilvisande instans til sjukehusa utanom akutteam ved DPSa. Trass i auka tilgjenge og etablering av akutteam ved DPS, syner resultatane at reduksjonen i tal på ”øyeblikkelig-hjelp” innleggingar i sentraliserte akuttavdeling er liten. Dei fleste pasientane vert tilvist frå legevakt/fastlege direkte til vakthavande lege i akuttmottak på sjukehuset, utan at alternativ er vurdert. For å endra på dette må DPSa sine akutteam på ein tydeleg og meir forpliktande måte inngå i akuttkjeda.



Figur 1. Nasjonal strategigruppe, 2010

I Figur 1 er det skissert den ønska og forventa ”hovudflyt” for pasientane, organisering og ansvar innan psykisk helsevern. Arbeidsgruppa tilrår at DPS og dei ambulante akutteamene skal tileggjast ei viktigare rolle enn i dag, i tråd med tilsvarande tilbod i m.a.

England. Det er ein føresetnad at akutteamama vert bemanna med tilstrekkeleg kompetanse til å ivareta ein slik funksjon. Arbeidsgruppa hevdar at det per i dag er påvist ein betydeleg svikt ved DPSane både når det gjeld utgreiing, behandling og oppfølging av pasientar.

I eit eige avsnitt i rapporten vert det vist til internasjonale undersøkingar om effekten av akutt ambulante team og kva påverknad opningstida har på dette. I rapporten vert det spesielt nemnt Kevin Heffernan frå West Midland Strategic Health Authority og professor Mervin Morris Centres of Community Mental Health, Birgminham City University. Rapporten referer til Morris sin uttale om at opningstida, kompetansen og kapasiteten langt på veg styrer kva pasientar eit heimebehandlingsteam kan ta på seg.

3.2. Litteratur om Akutt Ambulant Team

Det har dei siste tiåra vorte forska på nytte og effekt av Akutt Ambulant Team og det er publisert ein del internasjonale studiar, ikkje minst amerikanske, engelske og australske, i ulike anerkjente fagtidsskrift. Etter kvart er dette og gjort i Noreg. Ulike nemningar vert nytta på desse teama som i hovudsak er karakterisert ved intervensjon i pasienten sin eigen heim, låg terskel og kort responstid. Dei engelske nemningane Crisis Resolution Team(CRT) og Crisis Resolution Home Treatment team(CR/HT) er mest vanleg nytta i forskingslitteraturen (Gråwe mfl. 2005).

Eg har m.a. nytta databasane Pubmed, Medline og Bibsys for å finna relevant forskingslitteratur på dette feltet. I tillegg har eg plukka ut artiklar nemnt i referanselister. Eg vil starta med eit par litteraturstudiar som viser ei oversikt på dette feltet. Eg har i tillegg henta fram nokre studiar som eg vil presentera meir utførleg, då eg syns desse er spesielt relevante innanfor nokre av aspekta ved tenestetilboda. I nokre av dei internasjonale forskingsarbeida har det vore mogeleg med randomiserte kontrollerte studiar, medan andre har nytta kvasi-eksperimentelle metodar.

I dei første studiane konsentrerer forskingsmiljøet seg om kostnadseffektiviteten ved ambulante team. I studiane er reduksjon av akuttinnleggingar i sjukehus og tal på opphaldsdøger eit vesentleg element i kostnadsreduksjonen. Dei siste åra er det kome fleire forskingsrapportar som og vurderar andre sider ved effekt og nytte, t.d. kven kan

ha nytte av teamet sine tenester som alternativ til tradisjonell døgnbehandling. Einskilde studiar har hatt fokus på kor nøgd pasienten er med tenesta, medan andre evaluerar sjølve implementeringsprosessen, dvs. korleis jobbar teamet saman, behandlingsfilosofi og arbeidsmetodar.

Dei internasjonale forskingsarbeida eg har konsentrert meg om er nyare engelske studiar frå det siste tiåret, då desse har mest relevans til norske tilhøve. I tillegg har eg teke med aktuell norsk forskning på feltet.

3.2.1. Brukarperspektivet

Brukarperspektivet har stort fokus i dei nasjonale føringane. Det er ved utvikling av tenestene viktig å merka seg kva brukarane legg vekt på i høve til kva som er til hjelp for å meistra ei krise. I ein oversiktsartikkel oppsummerar Winnes mfl. (2010) studiar av brukarane sine erfaringar med det som vert kalla ”crisis resolution teams”, som er tilsvarande Akutt Ambulant Team i Noreg. Dei peikar på at tenestene som er studert og referert til i forskingsstudiane, er ulike med omsyn til organisasjon og arbeidsfilosofi, men at dei likevel har fleire felles trekk. Det er formålet med å tilby betre tenester, større brukertilfredse ved å unngå hospitalisering eller ved betre planlegging av innlegging og redusera tal på opphaldsdøger når innlegging vert erstatta av CRT tenester (Brimblecome, Joy et al., Kalucy et al., Robin et al. Scott, Whittle & Mitchell, sitert av Winnes mfl. 2010). Generelt er dei positive sidene som kjem fram i studiane, relatert til krisetenester som gjer det mogeleg å kunne vera heime og halda fram i sine daglege mønster. Brukarane set pris på fleksible profesjonelle som er opne for forhandlingar og personlege val, og som er interessert i brukarane sine eigne meistringsstrategiar og forståing av situasjonen. Det er og sett pris på inkludering av familiemedlemer (Hopkins & Niemiec, Karlsson & Hultberg, sitert av Winnes mfl. 2010).

Winnes mfl. meiner at ut frå litteraturstudien kan karakteristika ved CRT teama samlast i tre hovudtema. Det er: 1) tilgjenge , 2) å verta forstått som eit normalt menneske, 3) å takla kriser i kvardagslivet. Det engelske uttrykket for tilgjenge er oversatt frå to ord; ”access” og ”availability”. Der ”access” er meint - å få tilgang til. ”Availability” har på bokmål uttrykket ”tilgjengelighet”, som har ei vidare forklaring enn ”access”. Det siktar meir til andre tilhøve som kan verka avgrensande på tilgjenge, t.d. geografisk og

kommunikasjonsmessig avstand, opningstid og om det er mogeleg å få enkel kontakt med behandlingsapparatet, t.d. tilvisingsrutinar. CRT teama er utvikla for å gje ei betre akuttteneste enn gjennom tradisjonelle akuttavdelingar på sjukehus. Denne litteraturoversikta har derfor som formål å finna ut på kva måte dette målet er nådd ut frå eit brukarperspektiv. Kva syns brukarane er positivt og tilfredsstillande ved CRT ut frå kva som er omtala i litteraturen?

Tilgjenge

Enkel tilgang til og rask respons på hjelp når det er nødvendig er typiske kjenneteikn på positiv kvalitet på tenestene. Som eit eksempel frå brukarane er nemnt 24/7 tilbod, fleksible tilvisingsrutinar og at det er mogeleg å få telefonkontakt. Tilgjenge til straks å få hjelp i heimemiljøet ser ut til å normalisera krisa og styrkar individet, familien og nettverk sine meistringsstrategiar (Goldsack et al., Hopkins et al., sitert av Winnes mfl. 2010). I nokre studiar er det og referert til at det å veta at CRT eksisterer, er nok til at dei kjende seg trygg (Coleman et al., sitert av Winnes mfl. 2010). Den tilgjengelege støtta som vert gjeven utan unødig opphald av kriseteamet, hjelper folk til raskare å stabilisera seg og koma attende til normale aktivitetar. Dette er særleg i tidleg fase i krisa og det vil og føra til at ein unngår samanbrot i familiesystemet (Clark et al., Hopkins & Niemiec, sitert av Winnes mfl. 2010). Tilgjenge i form av open dialog mellom brukar, profesjonell og familiemedlemer er og høgt verdsett (Hopkins & Niemiec, sitert av Winnes mfl. 2010). Brukarane opplever eit hjelpsam, tilgjengeleg støttesystem i CR/HT teama der tenesta er forma for å betra koordinering mellom ulike tenesteytarar. Sidan personar i psykisk krise ofte har trong for praktisk hjelp på ulike områder så som sosiale støtteordningar, arbeid, barnevern eller bustad, er velkoordinerte tenester mellom CR/HT teama, sjukehusenester og basale sosiale tenester opplevd som effektive og integrerte.

Å vera forstått som ein normal person

Winnes mfl. referer til Karlsson og Hultberg (2007) som seier at i fleire av studiane er aspekt som respekt, å verta lytta til, å verta stolt på eller rekna med understreka. Å verta behandla respektfullt er viktig for brukarane. Ei positiv hjelp i desse situasjonane som inneber at den profesjonelle gjev brukarane ei oppleving av at han vert teken seriøst, som ein ressursrik person, ansvarleg for sine eigne betringsprosessar og verta gjeve høve til å ta ansvar for endring i livet sitt når han er klar for det (Hopkins & Niemiec,

sitert av Winnes mfl. 2010). Tilnærmingar som inkorporerer desse aspekta synest å styrka kjensla av sjølvkontroll og ansvar, fylgt av oppleving av tryggleik, nøytralisering av krisa og ein humanisert oppleving av krisa (Goldsack et al., Kalucy et al., sitert av Winnes, Borg og Kim 2010). ”Open-minded” refleksjonar og forhandlingar mellom brukaren, sosialarbeidarar og profesjonelle gjev brukaren ei kjensle av støtte til å følgja betringsprosessar på eigne vilkår (Ampelas et al., Hopkins & Niemiec, Kalucy et al., Karlsson & Hultberg, sitert av Winnes mfl. 2010).

Meistra kriser i dagleglivet

Opplevinga av tryggleik i krisesituasjonen medan ein er heime vert referert til som veldig viktig. Å vera heime gjev håp og tru på redusering av psykisk stress og oppmuntring til å fortsetja med daglegdagse aktivitetar i det vanlege sosiale nettverket. (Morgan & Hunte, Robin et al., sitert av Winnes mfl. 2010). Dei referer til Goldsack mfl. (2005) som hevdar at støtta frå CR/HT teama gjer det mogeleg både for brukar og hjelpar å meistra og koma over dagleglivet sine aktivitetar og hendingar. Dei referer og til Kalucy mfl. (2004) har funne at å vera heime betyr kontinuitet i deira sosiale liv, og å halda fram med deira vanlege aktivitetar i dagleglivet. Artikkelforfattarane meiner at desse tema peikar på at brukarane ønskjer å verta møtt som vanlege folk som kan fortsetja sine liv til tross for si akutte krise og psykisk stress. Å ha høve til å ta imot tenester frå eit tilgjengelege system når ein har trong for hurtig hjelp, er veldig viktig for dei, samt å verta respektert for sin eigen forståing av krisesituasjonen og interesse for deira føretrekte løysingar.

3.2.2 Leiingsperspektivet

Eg har i oppgåva fokusert på organisatoriske sider ved etablering av eit Akutt Ambulant Team. Dei har konsekvens for leiingsutfordringar ved utforming av tenestetilbodet i ein region. Då vil forskingsstudiar som har som formål å sjå på evalueringar, erfaringar og helseøkonomiske vurderingar vera svært nyttig ut frå eit leiingssynspunkt. Eg ønskjer derfor å ha spesielt fokus på dette forskingsfeltet.

Gråwe med fleire publiserte oversiktsartikkelen ” Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for vaksne” i 2005. Artikkelen har som formål å presentera alternative behandlingstilbod for personar i akutt psykisk. Dei har lagt hovudvekt på Akutt Ambulant Team og effektstudiar av desse i høve til tradisjonell akuttbehandling i

institusjon. Dei har inkludert seks randomisert kontrollerte studiar av slike team og fire kvasi-eksperimentelle studiar. Det vert vist til at i ein Cochrane rapport med gjennomgang av randomisert kontrollerte studiar frå 2004 vert det konkludert med at 45 % av dei som mottok heimebaserte krisetiltak unngjekk døgnopphald i behandlingsperioden. Det er og i fire av dei inkluderte studiane resultat som syner at det er redusert fråfall frå behandlinga og at det var ei meir tilfredsstillande behandlingsform. I tre av studiane vert det indikert at det reduserte reinnlegging. Alle studiane viser at heimebasert akuttbehandling er meir kostnadseffektiv enn tradisjonell døgnbehandling. I ein studie frå 2005 vert det konkludert med at det er signifikant reduksjon i tal på innleggingar i løpet av ein åtte vekers oppfølgingsperiode. Denne studien av Johnson med fleire har eg meir utførleg presentert nedanfor. Gråve med fleire presenterer og fire ikkje-randomisert komparative studiar som samanliknar akutteam med tradisjonell akuttbehandling. Tre av dei fire studiane har sjukehusinnlegging eller reinnlegging som resultatmål. Alle desse har som resultat at tradisjonell sjukehusbasert akuttpsykiatri er assosiert med signifikant fleire innleggingar, meir tid innlagt eller fleire reinnleggingar i behandlings- eller oppfølgingstida samanlikna med behandling av akutteam. Den fjerde studien har kostnader som primært resultatmål og finn at etablering av akutteam ikkje reduserer dei totale helseutgiftene til akuttbehandling, men fleire pasientar mottok behandling. Denne studien av Ford med fleire refererer eg til nedanfor.

Ford mfl. (2001) bruker data frå Birmingham, der halvparten av akuttsengene er erstatta med heimebasert akutt service. Det er ei teneste som er fullintegrert med institusjon og kommunehelsetenester i eit distrikt, og dette er samanlikna med nabo-distriktet som ikkje har utbygd heime akutttenester. Studien er gjennomført i ei ordinær setting, og det er ikkje ein randomisert kontrollert forskning, men den best mogelege design er ein "matched pair" samanlikning (Ford mfl. 2001). Det betyr at ein finn par (individ eller land) som er like på viktige variablar, der den eine vert plassert i eksperimentgruppa og den andre i kontrollgruppa. Ved parvis matching held ein kontroll over andre relevante variablar ved å halda desse kontant (Ringdal 2007). Ford mfl. har valt distrikt ut frå demografiske og sosiografiske tilhøve som er mest mogeleg like, til tross for at dei er ulike i storleik. Distriktet med intervensjonen har 90.000 innbyggjarar mellom 16 år – 64 år, i hovudsak kvit arbeidarklasse, i eit bymessig strøk med låg arbeidsløyse. Tal på akutt plassar før intervensjonen var 41, og dette er redusert til 20 det første året i

implementasjonsstudien. Akuttenestene til psykisk sjuke i dette distriktet omfattar døgnplassar og heimebehandlingsteam. Psykiater på konsultasjonsbasis mottok alle tilvisingar og desse vert vurdert og vist vidare til teamet ved indikasjon for det. Den heimebaserte akuttenesta er organisert som eit tverrfagleg team med 24/7 teneste. Teammedlemene er 9 sjukepleiarar, 2 sosionomar, 2 miljøterapeutar og 0,5 stilling for psykolog. Det er tilsett psykiater på konsultasjonsbasis. Kontrollgruppa er frå eit nabodistrikt med 43.500 innbyggjarar mellom 16-64 år, i hovudsak kvit arbeidarklasse med låg arbeidsløyse. Tal på døgnplassar i akuttavdeling er 23 for dette distriktet. Då akutt heimebehandlingsteam ikkje var etablert, er dette det einaste akuttilbodet innbyggjarane har i dette distriktet.

Artikkelen konkluderer med at det ikkje er mogeleg å kommentera på klinisk effekt og tilfredse med tenesta i denne studien. Resultata syner at individuelle behandlingssopplegg for heimebehandling for akutt sjuke kan verta betydeleg billigare enn behandlingssopplegg på institusjon. Det er fleire personar som får akuttvurderingar og behandling. Totale kostnader for programmet fordelt på innbyggjar er det same for distriktet med heimebehandlingsprogram, som for distriktet utan heimebehandling. Kostnadene pr. individ er redusert, men heilskapleg viser det seg at det er nøytral kost ved tenesteprogrammet. Det er understreka at føresetnaden for å oppnå dette resultatet er å redusera talet på akuttplassar i distriktet med heimebehandling.

I 2005 gjennomfører Johnson med fleire ein studie på effekt av innføring av CRT, "Outcomes of crisis before and after introduction of a Crisis Resolution team". Studien har eit kvasi-eksperimentell design med samanlikning av ei pasientgruppe som er tilvist til akuttbehandling etter innføring av CRT i høve ei pasientgruppe som er tilvist til akuttbehandling i tida før CRT er etablert. Det er eit mål å få "før og etter" gruppene så samanliknbare som mogeleg, då ei randomisert studie ikkje er formålstenleg. Primærhypotesen er at innføring av CRT vil redusera innleggingar og betra tilfredse for pasientar i seksvekers-oppfølginga. Sekundærhypotesen er retta mot andre dimensjonar av kliniske og sosiale resultat. Studien inneber ein 6 månaders rekrutteringsperiode, så innføring av CRT og oppfølging i 9 månader for eit innbyggjartal 63.000 i to geografiske distrikt. CRT modellen er eit team med sjukepleiarar, sosialarbeidarar, miljøarbeidarar og assistentlege som tilbyr ei 24 timars tilgjenge med heimebasert behandling inntil fleire gonger dagleg. Det er i tillegg eit godt utbygt tenestetilbod i

distriktet som og inkluderer heimebehandling og døgnbemanna krisebustad. Resultata etter 6 veker viser reduksjon i bruk av senger og innleggingar, men etter 6 månader er resultata meir usikkert. Det er størst forskjell for friviljug innleggingar. Det er likevel ein 20 % reduksjon i opphaldsdøger, men denne forskjellen er ikkje statistisk signifikant. Det vert i drøftinga av resultatet vist til at noko av den manglande effekten på reduksjon i innlegging kan skuldast ei god utbygd teneste i distriktet elles, og at pasientgruppa i utgangspunktet er for dårleg når det gjeld sjukehistorie og sosiale tilhøve. Tilfredse er større i CRT, medan likt for kliniske og sosiale resultat.

Glover mfl. (2006) viser i sin forskingsartikkel til at det har vore ein stor auke i tal på CRT i England mellom 2001 og 2004. Dei ønskjer derfor å undersøkje kor vidt desse teama lukkast i å redusera tal på innlegging, samanlikna med innleggingstrendar i andre distrikt. Forskingsstudien er gjennomført i 2006 og publisert i artikkelen ” Crisis resolution/home treatment teams and admission rates in England”. Metoden dei nyttar er ein observasjonsstudie av rutinedata som dekkar vaksne personar i arbeidsfør alder i 229 av 303 lokalområder for helsetenester i England i perioden 1998/99 til 2003/04. Resultata frå studien viser at tilvisingar generelt sett fell utover i perioden, spesielt for yngre i arbeidsfør alder. Introduksjon av CR/HT er assosiert med større reduksjon for eldre personar i arbeidsfør alder (35 – 64). I tillegg vert dei teama som har tilgjenge 24/7, assosiert med reduksjon i tilvisingar for eldre menn i arbeidsfør alder og for yngre kvinner. På slutten av studieperioden har tilvisningane falt med ca. 10 % meir i dei 34 områda som har hatt CR/HT sidan 2001, og ca. 23 % meir i dei 12 områda som har 24/7 teneste enn i dei 130 områda som er utan slike team. Det er ein mindre reduksjon i total bruk av sengeplassar. Konklusjon på studien er at innføring av CRT er assosiert med reduksjon i innleggingar.

I ein tilsvarande norsk undersøking publisert i artikkelen ”Kan akutteam redusere bruk av akutt plasser ved sjukehus?” av Kolbjørnsrud mfl. (2009) har dei sett på i kva grad eit Akutt Ambulant Team kan redusera akutt sjukehusinnleggingar. Kolbjørnsrud gjennomfører studien med hjelp av ein kvasiekperimentell metode. Data frå sjukehusinnleggingar frå Telemark sjukehus er analysert i 2003 og det same i 2004 då eit team vart etablert i eit av distrikt av Notodden DPS sitt opptaksområde. Eit anna distrikt i opptaksområde er utan team, og det vil vera mogeleg å sjå på kva måte eit team har innverknad på innleggingar på sjukehuset sin akuttavdeling. I området som har

team er det 24 822 innbyggjarar og i området utan slikt team er det 19 891 innbyggjarar. Andre tilbod i dei to områda er tilnærmeleg like. Det gjeld tilgang til poliklinikk og døgnbehandling ved DPS og innlegging i akuttpost på sjukehus. I tillegg har begge poliklinikkane avsett tid for ein terapeut til krisetenester. Teamet har opningstid i normal kontortid på dagtid alle kvardagar og har bemanning av 1 psykiater og 4 sjukepleiarar. Dei arbeidar til dagleg ved døgnavdelinga i Notodden. Resultatet viser at det er ein reduksjon på sjukehusinnleggingar i 2004 på 25 % i området som har team, i høve tal på sjukehusinnleggingar i 2003. I området utan team er innleggingar redusert med 13 % samanlikna med 2003. Pasientar med psykose eller alvorleg depresjon vert i hovudsak innlagt ved akuttavdelinga på Telemark sjukehus.

Materialet har og opplysningar om kjønn, alder, innleggingar og paragrafinnlegging. Studien inneber og ei vurdering av informasjon om diagnose med symptom- og funksjonsnivå. Statistiske analysar vert gjort med khi - kvadrattest og variansanalyse i SPSS versjon 14. Konklusjonen er at eit Akutt Ambulant Team ved eit godt bemanna DPS kan bidra til mindre bruk av psykiatrisk akuttavdeling ved å fanga opp pasientar med moderat alvorleg psykisk lidning, medan pasientar med alvorlegaste lidningar fortsett vert innlagt.

Ein studie publisert i 2001 "Home or away: which patients are suitable for a psychiatric home treatment service?" av Harrison mfl. vert det fokusert på kva pasientgrupper som er best eigna for heimebehandling. Studien har sitt utgangspunkt i Manchester, der eit team vart etablert i 1997 med 24/7 drift og mogeleg med ambulant verksemd til pasienten sin heim. Legar og kommunehelsepersonell kan tilvisa pasientar til teamet uansett tidspunkt på døgeret, når det er tilfeller av akutte psykisk krise hos pasientar, som elles hadde vorte tilvist til innlegging. Teamet må kjenna på om risikoen er handterleg i høve skade på seg sjølv eller andre og pasienten må ha ein viss evne til samarbeid. Intensiv korttidsbehandling vert tilbydd i pasienten sin heim eller på kontorlokaliteten der pasienten og pårørande kan kontakta teamet uansett tid.

Studien nyttar kjelder frå rutine data med detaljert informasjon frå tilvisingar og behandlingresultat frå vurderingar av pasientar ved eit særskilt heimebasert behandlingsteam over 6 månader. Materialet består av informasjon om dato, tid, tilvisar og resultatet av tilvisinga med ei grunngjeving frå personalet viss pasienten ikkje vert

akseptert til teamet. Kliniske opplysningar inkluderar alder, kjønn, diagnose og tidlegare kontakt med tenestene. Det vert og samla inn informasjon frå alle innleggingar i institusjon frå same periode og frå dei som vert akseptert av teamet, men som seinare må leggest inn. Resultatet viser at 48 % av tilvisningane ikkje vert akseptert, i hovudsak pga manglande samarbeid med pasient, risiko for seg sjølv eller andre eller at sjukdomen ikkje er akutt nok. Tilvisningar frå underordna legar og frå akuttmedisinsk teneste er dei som har minst sjanse til å verta akseptert. 72 % av pasientane som vert akseptert til teamet har schizofreni diagnose, bipolar affektiv lidning eller depresjon med psykose. Det er omtrent den same diagnosefordelinga for innlagte i institusjon. Harrison mfl. hevdar at pasientar med alvorleg lidning har større sjanse for å verta akseptert både for heimebehandling og for innlegging, medan pasientar med personlegdomsliding og misbruksproblem har minst sjanse til det. Det vert nytta logistisk regresjonsanalyse med *forward stepwise regression*. Den sterkaste prediksjon for akseptering av tilvisninga er diagnose gruppe ($P=0.0005$), lokalisasjon til tilvisar (0.0007) og identiteten til tilvisaren ($P=0.0048$) (Harrison mfl. 2001). Ein P- verdi som er under 0,005 seier ein er statistisk signifikant (Ringdal 2007). Det vil sei at når ein måler ein P-verdi på 0.005 på diagnosegrupper, så er ikkje det eit tilfeldig resultat, men at det er ein samanhengen mellom diagnose og akseptert tilvising til teamet.

4. PRESENTASJON AV INNHENTA MATERIALET

Eg har valt eit deskriptiv tverrsnittdesign til min studie. Formålet med deskriptiv design er å beskriva intervensjonen og viktige eigenskapar hos intervensjonen sin omgjevning. Det er i følge John Øvretveit (2001), eigna til å beskriva eit helseprogram eller ein helsepolitikk som er ny eller ukjent. Den kjem like ofte til nytte når det gjeld å beskriva ei teneste eller politikk som er i ein tidleg utviklingsfase eller der ting er uklart. Som eg har gjort greie for over, vert det peika på både i nasjonale føringar og i norsk forskingslitteratur at det er mykje som er uklart i organisering og drift av Akutt Ambulant Team, sjølv om dette er ei teneste som har eksistert i nokre år (Gråwe mfl.2005, Kolbjørnsrud 2009, Nasjonal strategigruppe 2010). Det er store forskjellar med omsyn til organisering, noko som høgst sannsynleg og har innverknad på formålet med og nytten av tenestetilbodet. Eg har teke utgangspunkt i to DPS som har organisert sine team ulikt. Organisasjonane får i kapittelet under ei grundig omtale. Det vert i

tillegg ein presentasjon av viktige nøkkeltal ved drifta og aktiviteten, både for team, DPS og akuttavdelingar ved sentralsjukehus.

4.1 DPS informasjon

Informasjonen om dei to DPSa vart innhenta i samtale med DPS – leiarane i oktober og november 2010. Leiaren for teamet ved Aust – Agder var og med i samtalen i tillegg til DPS leiaren. Internettsidene for dei same DPSa vart og undersøkt. Frå leiaren av teamet i Aust – Agder fekk eg utlevert ei skriftleg retningsline for arbeidet i teamet. Haugaland/Karmøy hadde gjort greie for ansvarsområdet til teammedlemene i ei brosjyre på internett. I tillegg er funksjonen til teamet lagt ut på heimesida til Helse Fonna HF, og såleis er noko av opplysningane frå leiarane stadfesta med skriftleg informasjon. Den mest utførlege informasjonen fekk eg direkte frå leiarane. Samtalen hadde som formål å innhenta generelle fakta om organisasjonen i tillegg til opplysningar i høve hovudfokusområder som tilvisingsrutinar, opningstid, kompetanse og oppgåver. Det vart til slutt spurt om tilbakemeldingar, erfaringar og synspunkt på samarbeid.

4.1.1 Aust Agder DPS

Tilstades ved samtalen i Arendal var DPS – leiar Anne Brit Dræge og leiar for Akutt Ambulant Team , Cille Stenfeldt – Foss. Ein merkantil tilsett, Aud Bjørgan, var med i deler av samtalen. Dei fortel at Aust Agder DPS er eit av fire DPS i Sørlandet Sjukehus HF. Det er totalt 9 avdelingar i psykiatrisk klinikk ved Sørlandet sjukehus, inkludert BUP, rusbehandling, sjukehusavdelingar, DPS og nasjonalt kompetansesenter ”Barns Beste”. Det er 2 akuttpostar med 9 senger kvar på Arendal sjukehus, ein open og ein lukka, som har same nedslagsfelt som Aust- Agder DPS. Det er og ein allmennpsykiatrisk post og ein langtidspost ved sjukehuset, seier ho. DPSet har som opptaksområde heile Aust – Agder fylke, til saman 15 kommunar. Innbyggjartalet er, i følgje Dræge, ca. 120.000. Samdatastatistikken for 2009 viser at av desse er 83. 244 innbyggjarar over 18 år. DPSet består av totalt 10 einingar. Dei har to døgnavdelingar med totalt 45 allmennpsykiatriske senger, som er fordelt på to lokalisasjonar, Arendal med 30 senger og Byglandsfjord med 15 senger. I tillegg er det 3 poliklinikkar med kvar sitt distriktsansvar, ein gruppebehandlingseining, merkantil eining, Akutt Ambulant Team og eit nytt ACT team som er under utvikling.

Historisk har det ikkje vore psykiatrisk sjukehus i Aust – Agder. Ved modernisering av psykiatrien på sytti - åttitalet vart dei store asyla i landet bygde ned og erstatta av meir distriktsnære psykiatriske sjukeheimar. Her var det 4 psykiatriske sjukeheimar i 1980. Aust – Agder fylke hadde ikkje psykiatrisk sentralsjukehus eller tidlegare kalla asyl. Ved oppretting av DPS ved tusenårs skiftet, førte det med seg ein ny omstrukturering av behandlingstilboda og institusjonsstrukturen. Ein sjukeheim er nedlagt og 3 er omgjort til einingar ved Aust - Agder DPS, i følgje Dræge og Stenfeldt – Foss. Teamet i Aust - Agder vart oppretta i 2006 og har heile Aust – Agder fylke som opptaksområde, dvs. dei skal yta akutt – og krisetenester for innbyggjarane i 15 kommunar. Det er ei sjølvstendig eining med eigen leiar som rapporterer direkte til DPS leiar.

Tilvisingsrutinar:

Det er ikkje krav om tilvising frå lege. Kven som helst kan ta kontakt. Det er ofte pasienten sjølv eller pårørande som tek kontakt. Ingen vert avvist, og alle vert drøfte i teamet. Teamet tek alltid kontakt med fastlegen etter å ha vorte direkte kontakta av pasient eller pårørande både for informasjonsutveksling og for å få tilvisning i etterkant i høve refusjonsordninga, seier Stenfeldt – Foss. I samarbeid med fastlegen vert det sørgja for at pasienten er tilstrekkeleg utreda somatisk. Teamet tek og imot pasientar som har vore innlagt for vidare kortvarig oppfølging og støtte etter utskriving, i påvente av meir permanente tiltak.

Opningstid:

Teamet har ope på dagtid frå 08 – 15 fem dagar i veka. Det er ikkje vakt utover ordinær opningstid. Det vart i ein periode på tre månader prøvd ut eit tilbod på kveldstid i samarbeid med Legevakten. Opningstida var frå kl. 15.30 til kl. 21. På dei tre månadene vart teamet brukt berre 21 gonger. Fastlegane meinte at dette ikkje var god ressursutnytting og det vart vedteke å leggja ned kveldstenesta. Det var tilstrekkeleg å ha psykiater i bakvakt i psykiatrisk klinikk på sjukehuset og høve til å gje ein time hos teamet neste dag. Dei som hadde trong for meir omfattande hjelp, vart innlagt som ”øyeblikkelig – hjelp” på akuttavdelinga, i følgje Stenfeldt – Foss.

Kompetanse:

Teamet består av psykiater i full stilling, 6 sjukepleiarar med tilleggsutdanningar og lang erfaring og 2 psykologstillingar. Dei to psykologstillingane er vakante.

Oppgaver, Ansvar og Mynde:

Leiaren Stenfeldt – Foss orienterte om korleis teamet i Aust – Agder vert drifta. Oppgåvene til teamet er kortvarig krisehandtering. Det er eit mål å ha eit gjennomsnitt på 5 konsultasjonar i oppfølginga, men dette har vore vanskeleg å handtera. Ingen pasientar opplever at behandlinga vert avslutta utan at dei har eit anna tilbod å verta overført til, viss det er trong for det. Det kan vera ventetid på vanleg allmennpsykiatrisk poliklinikk og på ruspoliklinikken i dei tilfeller det er trong for meir omfattande utgreiing av problematikk eller diagnostisering. Det går alltid greitt å få plass på DPS døgnavdelingar innan kort tid viss det er pasientar som har trong for observasjonsopphald eller kriseavlasting, seier leiaren. Det er rutine på at to tilsette i teamet rykker ut ved første tilvising. Alle tilvisingar vert først systematisk undersøkt med omsyn til sjølvmondsrisiko, vald og rus, i følgje Stenfeldt – Foss. Teamet kan ta imot pasientar som har ein tidlegare sjukehistorie med mykje rus og vald, ved å følgja tryggleiksrutinar. Desse pasientane vert t.d. møtt av teamet på akuttavdeling i sjukehus. Alle teammedlemer er godkjent i høve sjølvmondsrisikovurdering og følgjer nasjonale retningslinjer. Ho meiner at det er viktig med denne første vurderinga for å finna ut om tilbodet er det rette, eller om pasienten bør ha eit anna tilbod med poliklinisk oppfølging eller innlegging til døgnopphald snarast mogeleg. Leiaren fortel at det er pasienten sjølv som avgjer om teamet skal koma heim til pasienten, eller om dei ønskjer å koma til kontoret. Veldig mykje av arbeidet går med til å kartleggja kontaktar pasienten har med hjelpetilboda i kommunane, spesialisthelsetenesta og nettverket elles og få etablert slik kontakt når det er trong for det. Ho seier at dei legg vekt på å få pasienten til å ta opp att kontakt som han har eller har hatt med personar, som kjenner han, og som kan støtta han i krise. Einskilde gonger er det nok å få til eit kommunalt tilbod med psykisk helsearbeidar i kommunen, fastlege og telefonisk rettleiing frå teamet. Andre gonger vert det ein serie med oppfølgings -konsultasjonar før pasienten vert overført til kommunehelsetenesta eller andre aktørar i spesialist helsetenesta, t.d. allmennpsykiatriske poliklinikkar. Teamet nyttar seg av det som eksisterer av tilbod, t.d. vert einskilde vist til voldtektsmottak. Det som er den største utfordringa, i følgje Stenfeldt – Foss, er å få kontakt med NAV for å få hjelp til å rydda opp i økonomiske utføre som er medverkande til krise pasienten opplever. Det går mykje tid og ressursar til for å få kontakten oppretta mellom ein sakshandsamar og pasienten.

Behandlingstilnærming:

Leiar Stenfeldt - Foss seier at teamet kvar morgon drøftar nye tilvisingar som vart handtert dagen før. Det vert m.a. drøfta kor vidt det er nødvendig med medikamentvurdering og behandling av overlegen i teamet. Det vert jobba mykje med familien, pårørande og barn. For dei som har trong for det, er det individuell oppfølging med terapi og psykoedukasjon i tillegg. Leiaren seier det vert kalla midlertidig forsterking etter ein kriseintervensjon. Eit slikt behandlingsopplegg skal drøftast i teamet etter den 5. konsultasjonstimen. Det vert avgjort kor vidt det er nødvendig med ytterlegare kontakt og vidare behandlingsplan, eller om kontakten skal avsluttast. Det er avhengig av om pasienten har eit anna tilbod. Utreiing og kartlegging vert gjort ved hjelp av verktøy som SCL 90, MADRS og MINI. Ved førstegangpsykose vert pasienten vist vidare til CT og MR undersøkingar dersom det ikkje er gjort allereie. Er det mistanke om schizofreni vert pasienten overført til avdeling for tidleg intervensjon. Ytterlegare trong for utreiing og behandling må handterast ved ordinære behandlingstilbod i psykiatrisk klinikk.

Samarbeid:

Teamet legg vekt på å ha eit godt samarbeid med fastlegane. Dei har hatt møte med alle fastlegane i opptaksområdet. Pasientar som tek kontakt med Legevakten på kveldstid, vert informert om at ein tek kontakt med teamet neste dag, om ikkje tilstanden er så akutt at pasienten må leggjast inn som ”øyeblikkelig – hjelp” same kveld. Fastlegane vert informert ved kvar utskriving frå teamet og som regel har det vore god kommunikasjon undervegs, meiner Stenfeldt - Foss. Ho fortel at det er eit godt samarbeid mellom einingane i Aust - Agder DPS, men det kan vera utfordringar på poliklinikkane med liten kapasitet og ventetider. Det er eit ønskje om eit tettare samarbeid med Rusavdelinga sin poliklinikk, då det er rusproblem i tillegg ved mange av tilvisingane. Når det gjeld overføring av informasjon ang. vanskelege klientsaker ved vekeslutt, er det eit godt samarbeid med det felles vaktssystemet ved sjukehuset. Samarbeid med somatiske avdelingar kan verta betra, er hennar meining. Det er for mange tilvisingar som gjeld normale krise- og sorgreaksjonar som sjukehusavdelingar sjølv kan ta hand om.

Erfaringar

Leiaren Stenfeldt – Foss erfarer at pasientar og pårørande gjev gode tilbakemeldingar på at det er lett tilgjenge til krisetenestene ved Aust Agder DPS. Ho meiner at det vert verdsett at dette er eit lågterskel tilbod.

4.1.2 Haugaland/Karmøy DPS

Leiar ved Haugaland/Karmøy DPS, Kenneth Eikeseth, var tilstades ved begge samtalanene, som føregjekk i oktober og november 2010. Merkantil tilsett, Ellen Levinsen, var tilstades ved deler av den eine samtalen. I tillegg har det vore telefon og e-post kontakt. Haugaland DPS er ein av 10 seksjonar/avdelingar i psykiatrisk klinikk Helse Fonna, inkludert BUP, alderspsykiatrisk avdeling, sikkerheitsavdeling, psykose- og akuttavdelingar. Det er fire DPS i Helse Fonna, men Haugaland DPS har felles leing med Karmøy DPS og reknar begge distrikta med i opptaksområde for sine tenester. Dei vel derfor å Haugesund sjukehus sin akuttavdeling med 12 senger har Haugaland/Karmøy DPS som sitt opptaksområde. Ein psykosepost er og for dette opptaksområdet, medan senger for akutt avrusing er for heile Helse Fonna - området.

Haugaland DPS/Karmøy DPS har til saman 83 222. innbyggjarar over 18 år i sitt opptaksområde i 2009, i følgje tal frå Samdata. Opptaksområdet famnar om den nordlige delen av Rogaland fylket. Dei har 10 kommunar i nedslagsfeltet der Haugesund by og Karmøy kommune er dei to desidert største kommunane. DPS – leiaren Eikeseth opplyser at då desse to DPSa fekk felles leing vart det og gjennomført ein funksjonsfordeling mellom einingar i dei to DPSa. Haugaland DPS består av 5 einingar og Karmøy DPS har 3 einingar. På Karmøy er det ein sengepost for psykosebehandling og på Haugaland er det 2 allmennpsykiatriske postar og ein psykosepost som har godkjenning for tvang. Det er totalt 36 senger på Haugaland/Karmøy DPS som er lokalisert i to kommunar, Haugesund og Karmøy. Karmøy DPS har i tillegg 10 plasser for rusbehandling som er føretaksovergrepande. Det er ein poliklinikk på Karmøy og to poliklinikkar på Haugaland, rehabiliteringspoliklinikk og allmennpsykiatrisk poliklinikk. Det er felles bakvaktsteneste med Haugesund sjukehus sine spesialpostar, men ikkje forvakt. Lege i Akutt Ambulant Team har ansvaret for pasientbehandlinga i heile Haugaland/Karmøy DPS på vakta, seier Eikeseth.

Historisk har det heller ikkje i Haugesund vore eit større sentralsjukehus i psykiatri. Det var ei oppbygging av psykiatriske sjukeheimar i nordre del av Rogaland fylke då det store sjukehuset på Dale i sør - fylket vart lagt ned på 1980 – talet. Det var 4 psykiatriske sjukeheimar som vart bygd opp, tre av desse er seinare innlemma i kommunale tenester og eit er ombygd og påbygd til eit samla distriktpsikiatrisk senter for Haugaland. I tillegg har og Karmøy DPS etablert seg i nye lokale på Karmøy. Teamet i Haugaland/Karmøy DPS vart etablert i 2005 som eit team under leiar av poliklinikken på Haugaland DPS. Det har heile Nord- fylket av Rogaland fylkeskommune som opptaksområde, dvs. dei skal yta akutt- og krisetenester til innbyggjarar i 10 kommunar. Teamet har og ansvar for heile DPS utanom ordinær dagtid, inkludert pasientar innlagt til døgnbehandling, i følgje Eikeseth.

Tilvisingsrutinar

DPS – leiar Eikeseth fortel at teamet i hovudsak får pasientar tilvist frå fastlegar og legevakt. I tillegg er det pasientar som kjem via voldtektsmottak og frå politiet. Det er ønskjeleg at pasientane tek kontakt med kommunehelsetenesta før tilvising til teamet. Om ikkje det er mogeleg, vert tilvising ordna i etterkant. Psykiatritenesta i kommunen kan ta direkte kontakt ang. pasientar under tvungen psykisk helsevern. Kommunen sitt kriseteam kan og ta direkte kontakt med teamet. Det er sjeldan pasient eller pårørande tek direkte kontakt. Ved konsultativ bistand til legevakt/fastlege er det ikkje trong for skriftleg tilvising, men ved spørsmål om klinisk vurdering vert dette kravd, i følgje den skriftlege prosedyren.

Opningstid

Det vart teke utgangspunkt i rettleiaren for Akutt Ambulant Team ” du er kommet til rett sted...” då teamet vart etablert. Det vart derfor frå starten av lagt vekt på å ha ei døgnteneste alle dagar i veka. Aktiv vakt er frå 08 til 15.30 på kvardag, og på kveld/natt er det telefonberedskap. Eikeseth seier dei rykkjer ut ved behov i tillegg til konsultasjon på telefon. I helgene er det 4 timars aktiv vakt ved DPS, resten er passiv vakt heime.

Kompetanse

Teamet har satsa på å universitetsutdanna behandlarar ”i front”, dvs. psykologspesialistar, psykologar i spesialisering og Legar i spesialisering (LIS). Det vart starta opp med psykologspesialistar og psykologar grunna mangel på legar, fortel

Eikeseth. Sjukepleiarar som kunne vera med å rykkja ut, var i tillegg med ved starten. Dei var i utgangspunktet i teneste på døgnpostar og allmennpsykiatrisk poliklinikk. Dette har dei seinare gått i frå pga. behov for legetenester i akuttvurderingane. Etter at ein fekk legar inn i teamet, var det ikkje nødvendig med sjukepleiar ved uttrykkingane, seier Eikeseth. Teamet består av 6 psykologar / psykologspesialistar og LIS/turnuskandidat i dag, der begge profesjonar rykkjer ut ved behov. Teamet har psykiater i bakvakt.

Oppgåver, Ansvar og Mynde

I følge Eikeseth, er oppgåvene til teamet vurdering, kortvarig krisehandtering og råd og rettleiing til kommunehelsetenesta. Alle tilvisingar til spesialisthelsetenesta skal først vurderast av teamet før innlegging til døgnopphald i akuttavdeling på sjukehuset eller på observasjonsplass i DPS. Teamet har og eit oppfølgingsansvar på DPS på ettermiddagstid. Legevakten kan ta direkte kontakt med vakt på sjukehuset når det er trong for akutt medisinerings eller innlegging med ”øyeblikkelig – hjelp” på akuttpost. Tilvisinga vert vurdert av psykolog/legar i spesialisering, i følge prosedyren. Det vert i samråd med tilvisande instans vurdert om det er tilstrekkeleg med råd og rettleiing, konsultativ bistand, eller om pasienten skal ha oppfølging av teamet, seier Eikeseth. Han fortel at det er i hovudsak konsultasjon på poliklinikken, men det førekjem og at teammedlem møter på Legevakten, hos psykiatritenesta eller hos politiet. Når teamet har vurdert at pasienten har trong for rett til helsehjelp i spesialisthelseteneste, kan han ev. overførast til akuttavdeling i samråd med vakthavande legespesialist. Eikeseth fortel at det er eit mål at pasientbehandlninga skal avsluttast etter rimeleg kort tid.

Behandlingstilnærming

Eikeseth opplyser at teamet legg vekt på å ha ein kortvarig kriseintervensjon. I samråd med pasienten vert han vist vidare i behandlingsapparatet, om han har trong for det, eller vert følg opp vidare av primærhelsetenesta. Vanleg oppfølgingstid er 1 - 2 konsultasjonar. Kartleggingsverktøy vert nytta ved klare depressive tilstander, slik som MADRS og BDI. Verktøy er elles ikkje så mykje nytta, då ein i hovudsak vektlegg eit grundig psykiatrisk intervju, seier han. Alle pasienttilvisingar vert vurdert for suicidalfare og valdsrisiko. Teamet kartlegg nettverk og trong for kontakt med pårørande og barn. Trong for medikamentell behandling vert vurdert og starta opp, ev. i samråd med psykiatrisk bakvakt, i følge prosedyren.

Samarbeid

Haugaland DPS har skriftlege samarbeidsrutinar med kommunehelsetenesta og sjukehusavdelingar i Helse Fonna området. Dette for å sikra god pasientflyt mellom behandlingsnivå og avdelingar. Innbyggjarane sin trong for akutt tenester er sikra i desse avtalane, i følgje Eikeseth. Sidan teamet er ein del av poliklinikken på Haugaland DPS og er ansvarleg for vakt etter arbeidstid, er det godt tilrettelagt for samarbeid internt i DPS, seier han. I tillegg har dei og skriftlege avtalar med Politiet i Haugaland/Sunnhordland og Fengselet.

Erfaringar

Haugaland/Karmøy DPS får omtrent alle tilvisingar frå kommunen når det gjeld akutt- og krisetenester. Pasientane får snarleg hjelp, og kan følgjast opp utan innleggingar i stor grad, seier Eikeseth. Vakttelefonen heile døgeret gjer det mogleg for primærhelsetenesta å få enkel kontakt med spesialisthelsetenesta.

DPS fakta

	Aust – Agder DPS	Haugaland / Karmøy DPS
Innbyggjarar over 18 år*	83 204	83 222
Kommunar*	15	10
Sengeplassar i DPS*	45	36
Sengeplassar pr. 10.000	5,4	4,3
Akuttplassar i sjukehus**	18	12
Team som eiga eining	✓	-
24 / 7 Opningstid	-	✓
Spesialist ” i front”	-	✓

Tabell 2.

* Tal frå Samdata rapport IS – 1853, 2009.

** Tal motteke frå Helseføretaka

Tabell 2 syner ei samla samanstilling av dei viktigaste faktaopplysningar for DPSa vedkjem storleik og organisering. Det er i tillegg 10 sengeplassar for rusbehandling for pasientar frå heile Helse Fonna HF - området lokalisert på Haugaland/Karmøy DPS. Dette tilbodet er lokalisert på sentralsjukehusnivå i Sørlandet sykehus HF. Rusbehandlingsplassane vert derfor ikkje teke med i den vidare presentasjonen og analysen.

4.2 Tabellar for aktivitet

Eg har over presentert informasjon som gjev rammer for teama sin utføringa av oppgåvene. Det er innbyggjartal ved DPSa og ressursar når det gjeld disponible sengeplassar for kvart område, både DPS - plassar og akuttplassar i sentralsjukehus. Eg vil gjera greie for den aktiviteten som faktisk vart utført i 2009 i kvart DPS - område. I ulike tabellar vil eg presentera tal på konsultasjonar og tal på opphaldsdøger i DPSa og i akuttavdelingar. Informasjonsdata for å beskriva DPS - området med omsyn til innbyggjartal og tal på kommunar, er henta frå Samdatarapport IS -1853. Denne kan hentast frå nettsida til helsedirektoratet http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00309/Desentraliserte_tj_309469a.pdf.

Den same rapporten har og tal for sengeplassar på DPS totalt og pr. 10.000 innbyggjar over 18 år. Eg har i tillegg henta tal for opphaldsdøger i DPS og totalt for institusjon i elektronisk excel – fil som var vedlegg til rapporten. For å få med spesifikke tal frå akuttavdelingane ved dei respektive sjukehusa, har eg motteke statistikkar frå rapporten i det elektroniske pasientadministrative journalsystemet, DIPS. Det er for begge DPS nytta rapport nummer D-5845 frå dette systemet. Det var og nødvendig å henta inn anonymiserte statistikkar på diagnosefordeling frå pasientjournal - systemet frå kvart DPS. Tala er presentert i tabellar som dannar grunnlag for berekning og vurdering av resultat. Tverrsnittdesign inneber å samla inn data om analyseiningar på eit tidspunkt, ofte basert på spørjeundersøkingar, men og registerdata kan nyttast. Målinga skjer i eit avgrensa tidsrom. Om forskingsprosjektet korkje går på endring eller årsak eller om ein bare skal beskriva tilstanden i notid er ein tverrsnittundersøking å føretrekka fordi det er minst ressurskrevjande. Motstykke til tverrsnittdata er paneldata. Det vert oftast nytta ved prospektive studiar der ein følgjer analyseiningane over tid med minst to måletidspunkt (Ringdal 2007). Tverrsnitt undersøking er ideelt sett basert på eit stort representativ utval. Det gjer det mogeleg med statistisk beskriving av populasjonen utvalet er trekt frå. I dette tilfelle er populasjonen vaksne personar som opplever akutt psykisk krise og mitt utval er personar som søker til Akutt Ambulant Team i to ulike DPS - områder. Beskrivinga kan gå på einskildvariablar, men og på samanheng mellom variablar (Ringdal 2007). Eg har valt variablar som innleggingar, opphaldsdøger og diagnose og sett på samanhengen med ein annan variabel, opningstid og kompetanse. Tverrsnittdesign er eigna til å gje eit augneblikkbilete og kan ikkje nyttast til å gjera slutningar over tid (Ringdal 2007). Datamaterialet er henta frå statistikkar og registra frå

år 2009 sidan det er mogeleg å få ut fullstendige publiserte tal. Dette vert kalla sekundærdata, og motstykket er primærdata som ein samlar inn sjølv til eit spesielt formål. Det vil vera vanskeleg å oppnå presise og gode data ved innsamling av primærdata i denne studien på grunn av ulike driftsformer og organisasjonsmodellar på teama. Sekundærdata eller ”befindtlige data” som er nemninga i Øvretveits litteratur, er data som allereie er samla inn for eit anna formål. Her inngår nasjonal statistikk, administrative data frå eit sjukehus og pasientjournalar. Før ein nyttar desse må ein kontrollera korleis innsamlinga er gjort og om materialet er anvendeleg for studien (Øvretveit 2001).

Fleire av forskingsrapportane, som eg har studert, har innlegging i tradisjonell akuttavdeling på sjukehus og tal på opphaldsdøger som mål. Eg har derfor i min studie funne tilsvarande tal i offisielle statistikkar og rapportar for dei to DPS - områda som her er presentert.. Det er i tillegg fokusert på diagnosefordeling i nokre av studiane. Eg nyttar ei tilpassa inndeling av diagnosegrupper som er anerkjent og nytta m.a. i den norske forskingsstudien. Då det er eit stort tal av diagnosen med nemninga *generell psykiatrisk undersøking*, har eg valt å ta denne med som eiga diagnosegruppe.

Institusjonsopphald for DPS området

	Aust – Agder DPS	Haugaland/Karmøy DPS
Opphaldsdøger i DPS**	11 389	9686
Totalt i Institusjon**	24172	21025
Innlegging i akuttavd.*	821	409
Opphaldsdøger i akuttavdeling*	5246	2702
Bellegg i akuttavd. *	79,8 %	61,7 %

Tabell 3.

* Tal frå 2009 frå Helseføretaket, DIPS rapport D-5845

** Tal frå Samdata rapport IS – 1853, 2009. Tabell 8a.

Tilgjengeleg frå http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00309/Driftsindikatorer_f_309689a.xls

Pasientar og konsultasjonar i Akutt Ambulant Team i 2009

	Aust – Agder DPS	Haugaland/Karmøy DPS
Konsultasjonar	1682	1474
Pasientar	445	672
Timebruk	1108	762
Gjennomsnitt konsultasjon pr. pasient	3,8	2,2
Gjennomsnitt timebruk pr. pasient	2,5	1,1

Tabell 4. Tala er henta frå DIPS rapport D-444

4.3 Tabell for diagnostisk fordeling på pasienttal

Hovuddiagnosegruppe etter ICD – 10 i 2009

	Haugaland/Karmøy DPS		Aust – Agder DPS	
	Total	%	Total	%
Misbruksproblem (F10 -19)	58	(8,6)	15	(3,4)
Schizofreni og andre psykosar (F20 – 29)	46	(6,8)	8	(1,8)
Stemnings lidingar (F30 - 39)	98	(14,6)	88	(19,8)
Angstlidning og nevrosar (F40 – 49)	81	(12,1)	111	(24,9)
Ete - forstyrring (F 50 -59)	3	(0,5)	6	(1,3)
Personlegdoms – forstyrring (F60 -69)	52	(7,7)	11	(2,5)
Generell psykiatrisk u. s. Z 0 – 10	315	(46,9)	197	(44,3)
Andre	19	(2,8)	9	(2,0)
Total	672	100	445	100

Tabell 5. Tala er henta frå DIPS - rapport D-421

4.4 Resultat

Eg vil nytta tala i tabellane og rekna ut den prosentvise forskjellen mellom dei to DPSa med omsyn til ressurs og aktivitet. Resultata vert illustrert i figurar som gjer det mogeleg å få eit raskt bilete over forskjellane i aktivitet.

4.4.1 Aktivitet ved akuttavdeling

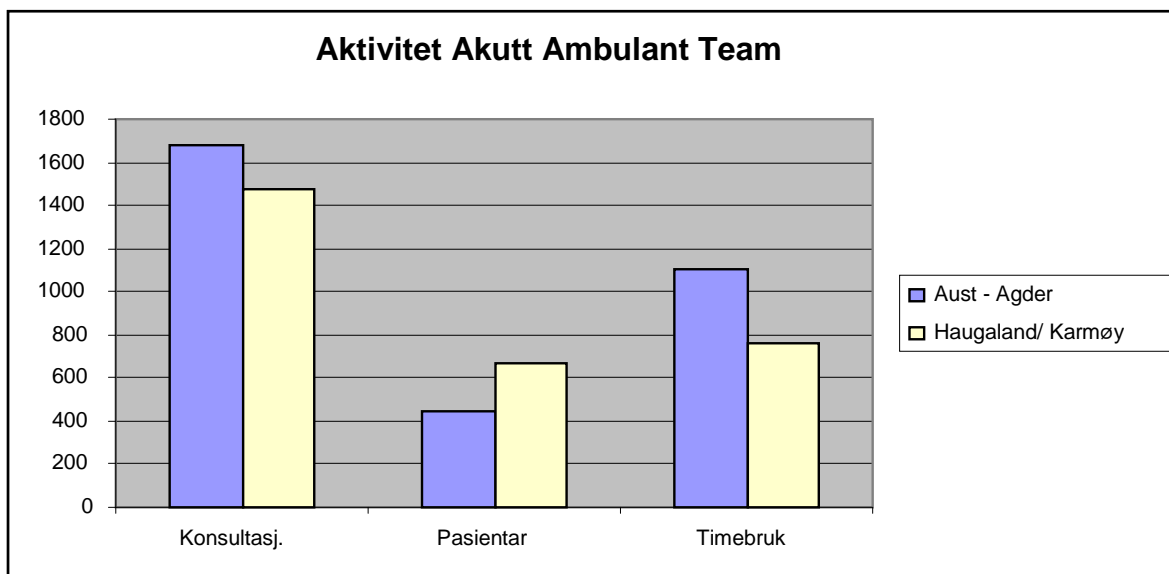
Forskjellen på aktiviteten ved akuttavdelingane er ganske stor mellom dei to DPS – områda. Akuttavdelinga ved Arendal sjukehus har med sin 5244 opphaldsdøger 94 % fleire døger enn akuttavdelinga ved Haugesund sjukehus som har 2702 døger, i følge utrekna tal frå Tabell 3. Det er nesten dobbelt så mange opphaldsdøger. Og når det gjeld tal på innleggingar er det ganske nøyaktig dobbelt så mange innleggingar i Arendal, som har 821 medan Haugesund har 409.

4.4.2 Aktivitet ved døgninstitusjonar

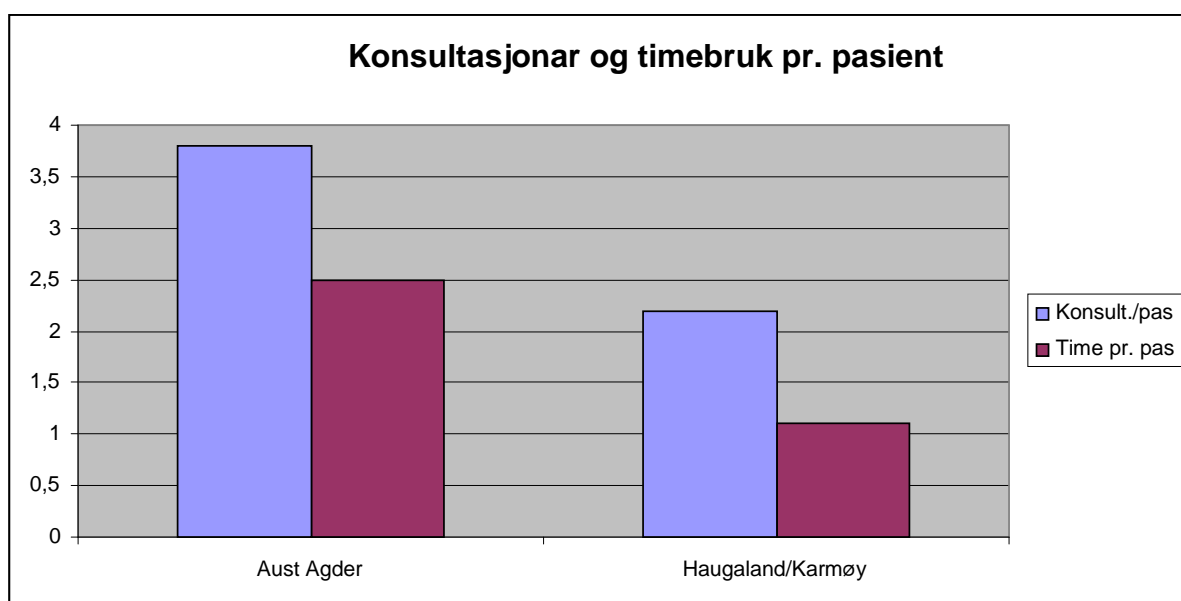
Aust – Agder DPS disponerar ca. 25 % fleire DPS plassar pr.10.000 innbyggjarar over 18 år enn Haugaland/Karmøy DPS, i følge tal vist i Tabell 2. Aust – Agder DPS - området har 11.389 opphaldsdøger medan Haugaland/Karmøy DPS har 9686 opphaldsdøger. Det vert 17,5 % fleire opphaldsdøger i Aust – Agder DPS enn Haugaland/Karmøy DPS i følge Samdata sine tal i Tabell 3. Den same tabellen viser at når det gjeld totalt tal for institusjonsdøger har Aust – Agder DPS - område 15 % fleire opphaldsdøger i bruk med sine 24.172 døger i høve 21.025 døger ved Haugaland/Karmøy DPS. Samdata definerer total tal for institusjonsdøger som det samla tal på institusjonsdøger som er nytta av dette DPS – området. Slik eg forstår det, er det DPS – opphaldsdøger, sentralsjukehusdøger og ev. andre institusjonar i spesialisthelsetenesta.

4.4.3 Aktivitet ved Akutt Ambulant Team

Aust – Agder sitt team har 15 % fleire konsultasjonar enn teamet ved Haugaland/Karmøy DPS medan dei behandlar færre pasientar, slik ein kan sjå av Figur 2. Haugaland DPS har 51 % fleire pasientar til vurdering og behandling. Timeforbruket som er registrert i DIPS for Aust – Agder DPS er 68,8 % meir enn for Haugaland/Karmøy DPS, vist i Figur 3.



Figur 2

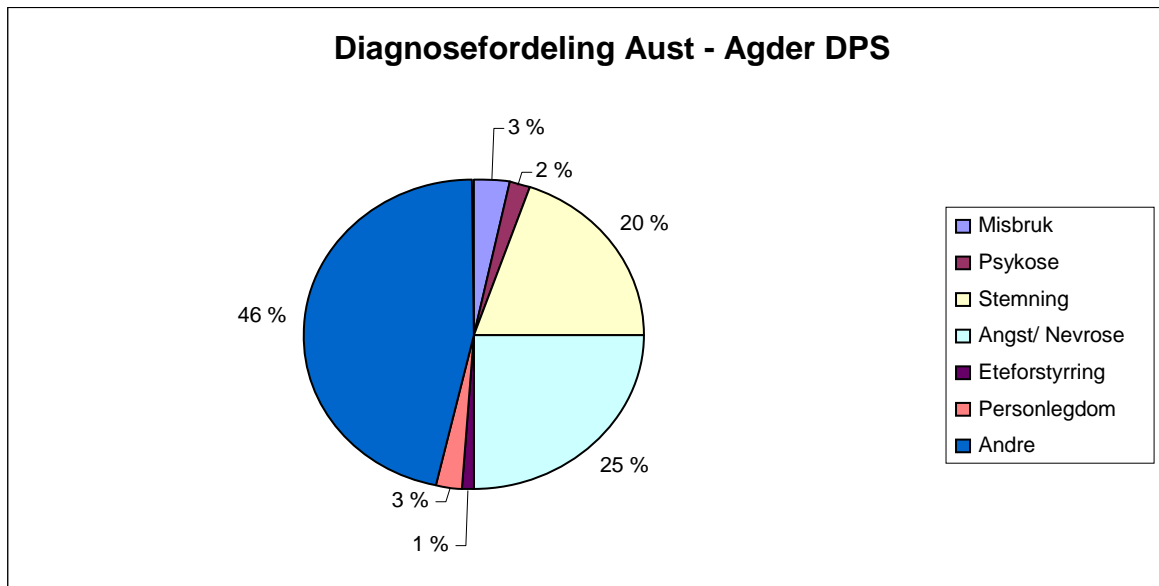


Figur 3

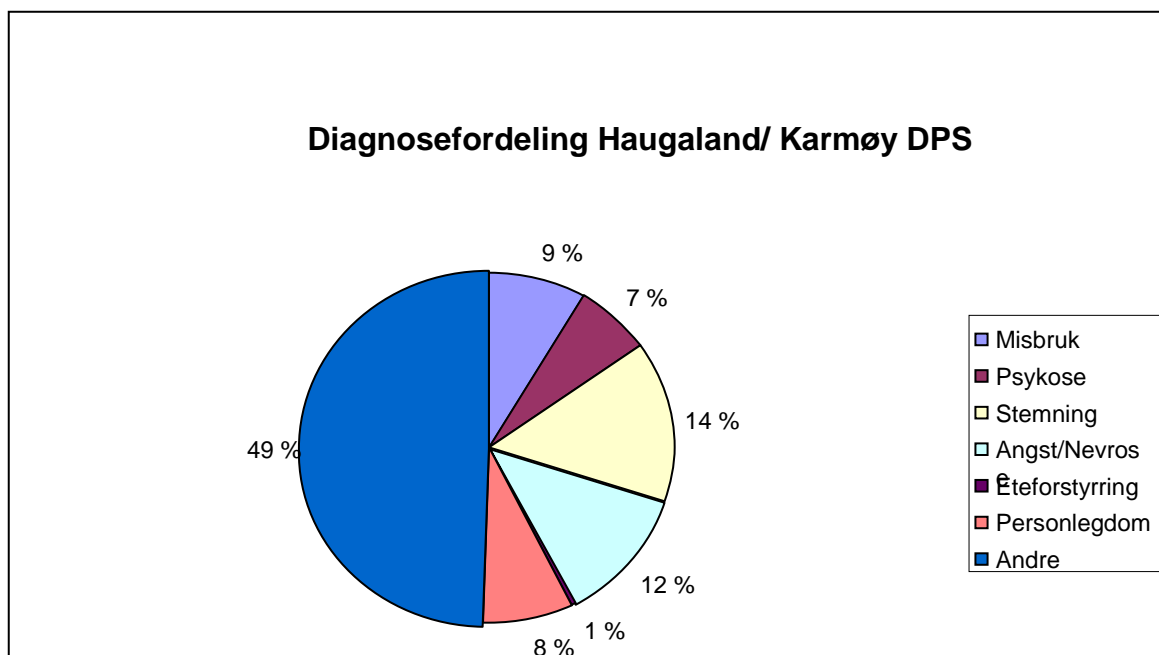
4.4.4 Diagnose fordeling

Ein ser ut frå Tabell 6 at teama skil seg frå einannan ved kjem diagnosefordelingsgrupper. Ved Haugaland/Karmøy DPS har 6,8 % av behandla pasientar i teamet diagnosen schizofreni eller psykose. Det tilsvarande talet for Aust Agder DPS er 1,8 %. Når det gjeld diagnosegruppa personlegdomsforstyrning er det 7,7 % ved Haugaland/Karmøy DPS. Den tilsvarande prosenten i Aust – Agder er 2,5. Ein annan stor forskjell er resultatata for behandla pasientar i diagnosegruppa angst og

nevrosar. Denne pasientgruppa utgjer 24,9 % i teamet ved Aust – Agder DPS, medan den er 12,1 % ved Haugaland/Karmøy DPS. Det er diagnosegruppa som ofte vert omtala som generell psykiatrisk undersøking (Z 0 – 10) som er den desidert største ved begge DPSa i følgje Tabell 6. Det ser eg på som naturleg då pasienten oftast må sjåast til over tid for å setja ein meir presis diagnose. Det er ikkje mogeleg, slik team er tenkt å fungera. I Figur 4 og 5 er denne vist saman med gruppa ”andre”.



Figur 5



Figur 6

5. DRØFTING

5.1 Analyse og driftsform, sett i lys av nasjonale føringar.

Det er ingen absolutte tilrådingar i dei nasjonale føringar når det gjeld organisering og samansetnad av team, så det er ikkje mogeleg å vurdere desse tenestene opp mot ein standard. Det er, slik som eg har nemnt frå dei nasjonale føringane, tilrådd å laga lokale tilpassingar bygd på lokale føresetnader og samarbeidsavtalar. Haugaland/Karmøy DPS og Aust Agder DPS har like store opptaksområder i høve innbyggjartal, geografiske/demografiske tilhøve og på mange måtar like historiske trekk. Dei har likevel valt ein organisering på sine Akutt Ambulante Team som er rimeleg forskjellig. Det gjeld både organisasjonstilknytning, kompetanse i teamet og opningstid. Det er her lagt vekt på ulike aspekt ved dei nasjonale føringane når teama vart oppretta. Det er grunn til å tru at det og er ein viss forskjell i behandlingstilnærming, då det er betydelig kortare oppfølgingstid ved Haugaland/Karmøy DPS.

Aust – Agder DPS sitt team har hatt hovudfokus på lett tilgjenge for innbyggjarane ved å praktisera låg terskel for kontakt og oppfølging. Dette er i tråd med DPS rettleiaren frå 2006. Teamet ved Haugaland/Karmøy DPS praktiserer i større grad å følgja kontakt via ansvarslinene mellom 1. og 2. linjetenesta. I følgje informasjon frå DPS, kjem langt dei fleste tilvisingane via primærhelsetenesta. Haugaland/Karmøy DPS har lagt vekt på å ha tilgjenge av spesialistar heile døgeret for konsultasjonar, råd og rettleiing til kommunehelsetenesta. Dette vert vektlagt i tilrådingane frå Nasjonal strategigruppe både i 2006 og i 2010. Leiar ved Aust - Agder DPS meiner teamet vert for lite nytta etter arbeidstid til at det kan forsvarast økonomisk å ha eit slikt tilbod.

Haugaland/Karmøy DPS har satsa på å ha høg formalkompetanse, dvs. legar og psykologar, på teammedlemer. Dei kan ta sjølvstendige vurderingar og har mynde til å starta relevant behandling. Den vidare oppfølginga kan så skje i kommunen eller pasienten får ordinær oppfølging i spesialisthelsetenesta. Dette er og tilrådingar i rettleiaren ” du er kommet til rett sted...”. Aust – Agder har høg realkompetanse på sine teammedlemer og følgjer sjølv opp pasienten i samråd med psykiater, til relevant oppfølging kan skje i det ordinære behandlingsapparatet eller at pasienten vert

ferdigbehandla av teamet. Manglande kapasitet og ventetider i det ordinære polikliniske behandlingsapparatet fører til at pasientane vert i behandling i teamet noko lenger enn planlagt, i følgje leiaren.

5.2. Drøfting av resultat av datamaterialet

5.2.1. Aktivitet ved akuttavdelingar.

Aust-Agder DPS - området disponerar 18 akutt plassar ved Arendal sjukehus. Haugaland/Karmøy DPS - område rår over 12 plassar i akuttavdelinga ved Haugesund sjukehus. Den største forskjellen på ressursbruk mellom desse to DPSa er bruk av akutt plassar i behandling av personar med psykisk lidning. Aust – Agder DPS har dobbelt så mange akuttinnleggingar og bruk av opphaldsdøger i akuttavdeling enn Haugaland/Karmøy DPS i følgje tala i Tabell 3. Det er omtala i fleire av dei nasjonale føringane at det er pasientar som vert lagt inn på akuttavdelingar, som kunne klart seg med eit anna tilbod. Færre senge plassar fører ofte til ei strengare prioritering ved inntak. Det er grunn til å tru at så er tilfelle ved Haugesund sjukehus. Dei har til tross for færre plassar i akuttavdeling ein monaleg lågare belleggsprosent enn akuttavdelinga ved Arendal sjukehus. Det er truleg på grunn av satsinga på å unngå innlegging av pasientar som kan klara seg utanfor institusjon med hjelp frå teamet ved Haugaland/Karmøy DPS, og i samarbeid med kommunale tenester.

5.2.2. Aktivitet ved døgninstitusjon.

Det er, i tillegg til akutt plassane ved Arendal sjukehus, 45 døgn plassar på Aust – Agder DPS, i følgje Tabell 2. Det er større kapasitet på døgnbehandling enn kva Haugaland/Karmøy DPS har i sitt område. Det viser og att i bruk av opphaldsdøger for institusjon samla sett. Som ein ser av Tabell 3, er det 15% fleire opphaldsdøger. Ut frå opplysningane i desse tabellane har Aust – Agder DPS – området monaleg meir ressursar knytt til institusjonsbehandling. Dei disponerar fleire institusjons plassar både i DPSet og på akutt postar og nyttar fleire opphaldsdøger i DPS - området. Haugaland / Karmøy DPS sitt team behandlar fleire pasientar og færre pasientar vert innlagt. I litteraturgjennomgangen har ein sett at det er ein reduksjon i innleggingar og opphaldsdøger når ein har eit team ut over ordinær arbeidstid (Gråwe mfl. 2001, Glover, Arts og Babu 2006). Resultat for opphaldsdøger kan og vera ein konsekvens av organisering og dimensjonering av kapasitet på institusjonstilbodet i DPS området, like

mykje som det er eit resultat av opningstida ved teama. God kapasitet på døgntilbodet gjev ofte den effekten at fleire pasientar vert teke imot til behandling, dvs. terskelen vert lågare.

5.2.3. Aktivitet ved Akutt Ambulant Team.

Kapasitet på døgntilbodet vil påverka presset på poliklinisk- og ambulant behandling, etter mi meining. Haugaland/Karmøy DPS har få plassar til disposisjon både på akuttavdeling og i eige DPS i høve opptaksområdet sitt. Det er truleg at det gjev større press på teama. Ein kan sjå av resultatane som kjem fram i Tabell 4 og vert synt i Figur 2 at Haugaland/Karmøy DPS sitt team har fleire pasientar, men færre konsultasjonar. Det er i tillegg vist i Tabell 3 og Figur 3 at det er færre timeverk i forbruk ved teamet på Haugaland / Karmøy DPS. Det gjennomsnittlege timeverket pr. pasient er mindre enn det halve av kva Aust – Agder DPS har, slik me kan sjå det av Figur 4. Ut frå desse resultatane tolkar eg det slik at Haugaland / Karmøy sitt team har fleire vurderingar av pasientar som ikkje får vidare oppfølging av teamet. Dette står og i høve opplysningane frå leiarane ved DPS et, som seier at han trur at pasienten får gjennomsnittleg 1 – 2 konsultasjonar. Pasienten vert nok raskare vist vidare til oppfølging i primærhelsetenesta eller i ordinær poliklinisk behandling. I tillegg vert pasientar teke imot til vurdering som seinare vert lagt inn på akuttavdelinga. Teamet ved Aust – Agder DPS har meir gjennomsnittleg timebruk pr. pasient. Det samsvarar med opplysningane frå leiar ved DPS et som seier at dei i ein del høve må ha pasienten i behandling i teamet i påvente av anna relevant tilbod skal verta tilgjengeleg. Behandlarane i teamet ved Haugaland/Karmøy DPS har andre oppgåver både på vakt etter vanleg kontortid ved DPS et og i poliklinisk verksemd. Det kan og vera ein av grunnane til rask overføring frå teamet. Dei har liten kapasitet til å følgja opp pasientar over tid i teamet. I tillegg seier retningslinjene at dei skal ta imot så godt som alle tilvisingar for pasientar i akutt psykisk krise for vurdering. Det krev at dei må ha tid og kapasitet til å ta imot nye tilvisingar. Aktiviteten i teama skil seg og frå kvarandre når ein ser på behandla pasientar. Det gjeld ikkje minst tal av pasientar som vert vurdert og behandla, og tal på konsultasjonar og timebruk. Med bakgrunn i opplysningane i Tabell 5, så kan det tyda på at oppfølgingstida i Aust – Agder sitt team er lenger enn på Haugaland/Karmøy DPS, når dei har færre pasientar men fleire konsultasjonar. Dette stadfestar dei opplysningane eg fekk etter samtale med leiarane ved teama, at dei har ulik oppfølgingstid. Spesialistane utfører truleg andre oppgåver på Haugaland/Karmøy

DPS når dei har vakt i teamet, og dette følgjer og av retningslinene. Dette vil og innverka på kapasiteten til å ha oppfølgingskonsultasjonar av pasientar i teamet.

5.2.4. Diagnosefordeling.

Det er grunn til å tru at kompetansen i teamet kan ha innverknad på pasientgruppa som vert tilvist. Med det meiner eg at fleire pasientar med meir alvorleg lidning vert vist til eit team med lege – og psykologfagleg kompetanse. Tabellen viser at det er prosentvis fleire personar med diagnosen psykosar ved Haugaland/Karmøy DPS, enn det er ved teamet i Aust – Agder DPS. Denne pasientgruppa treng ofte medisinskfagleg kompetanse i akutte krisar, pga. trong for endra medisinerings. Diagnosegruppa angst/nevrose er ein større del av pasientgruppa ved teamet i Aust – Agder. Denne pasientgruppa vil i større grad ha god hjelp ved andre behandlingsmetodar, t.d. kognitiv terapi og psykoedukasjon, som og einkilde høgskuleutdanna er kvalifisert til å gje. I ein studie av 24/7 teneste, er det funne at gruppa med psykoseproblematikk har større sjanse til å verta akseptert av CRT enn t.d. personlegdomsforstyrning. Personar med rusmiddelproblem vart ofte avvist (Harrison mfl. 2001). I ein studie av team med dagopningstid vert det hevda at det er fleire pasientar med mindre alvorlege lidningar som vert fanga opp, medan pasientar med meir alvorlege lidningar som psykose og alvorleg depresjon vert innlagt (Kolbjørnsrud mfl. 2009.) Det samsvarar med resultatata frå Aust – Agder DPS, som har langt fleire pasientar med angst – og nevroseliding., sjå Figur 4 og 5.

Opningstida kan ha innverknad på diagnosefordeling i pasientgruppa. Pasientar med diagnosen psykosar treng hjelp snarleg i ei akutt psykisk krise, for å unngå forverring med ev tvangsinnlegging som resultat. Denne krisa kan oppstå utanom normalarbeidstid, når det kommunale tilbodet er redusert. Opningstid kan og vera ein medverkande faktor at diagnosegruppa personlegdomsforstyrning er større ved Haugaland/Karmøy DPS. Kriser som pasienten ikkje sjølv meistrar, oppstår ofte når anna støttepersonell i primærhelsetenesta ikkje er tilgjengeleg. Teamet på Haugaland/Karmøy DPS tek høvesvis i mot fleire personar med rusmiddelproblematikk. Det kan vera eit resultat av dei åtferdsmessige utfordringar som ofte føl med denne lidinga, og gjerne på kveld og helger når teamet i Aust – Agder ikkje er tilgjengeleg. Det er grunn til å tru at dei fleste med ruslidning vert vurdert og vist vidare til innlegging i akuttpostar eller til oppfølging av eigne rusteam.

Ein kan ut frå rapportane i DIPS slå fast at det er monalege forskjellar, når det gjeld kva diagnose pasientane har som vert behandla i dei to teama. Teamet på Haugaland/Karmøy DPS behandlar fleire pasientar med alvorlege psykiske lidingar som m.a. schizofreni og andre psykosar i tillegg til personlegdomsforstyrning. I Aust – Agder DPS utgjer pasientar med nevrosar og angstlidning den største pasientgruppa. I kva grad denne forskjellen har samanheng med utvida opningstid eller om det har samanheng med kompetansen i teamet er usikkert. Truleg er det ein kombinasjon av begge. Dette er og funn frå ein studie ved Notodden/Seljord DPS som og har team med dagopningstid. Pasientar med psykose eller alvorleg depresjon vart i hovudsak innlagt i psykiatrisk akuttavdeling (Kolbjørnsrud mfl. 2009).

Eit anna element som ofte har konsekvens for press på spesialisthelsetenesta, er kapasitet og kompetanse i kommunehelsetenesta. Eg har ikkje undersøkt om det skil seg frå kvarande i nemnande grad i dei to distrikta. Det er grunn til å tru at det ikkje er dei store forskjellane, då begge DPS - områda har landkommunar med grisgrendt busetnad. Dei har og meir bymessige strøk med fleire utbygde tenester og korte avstandar til tenestesentra. På same måte vil ulike tilhøve (helse- og sjukdomstilstanden hos innbyggjarane) skapa ulikt press på teama. Eg har ikkje undersøkt om det er store forskjellar i desse tilhøva. Begge DPS – områda har by – kommunar i sitt opptaksområdet med utfordringar i høve rusproblematikk. Utbreiing av schizofreni har ein lik fordeling i innbyggjararen uavhengige av geografiske tilhøve. Angst – og nevroslidning vil vera meir påverka av andre sosiale tilhøve, spesielt arbeidsløyse og fattigdom. Korleis dette er i dei to områda, har eg ikkje informasjon om .

Eit av hovudmomenta ved å oppretta team er at desse skal vera eit alternativ til innlegging i akuttavdelingar og samstundes redusera talet på opphaldsdøger i spesialistinstitusjon. Det er var utgangspunktet ved etablering av teamet på Haugaland. Aust – Agder sitt team har utvikla tenesta til å vera eit viktig supplement til tradisjonell institusjonsbehandling. Det har gjeve auka kvalitet på akutenestene og bidreg til at fleire brukarar er meir nøgd med tenesta. Dei fokuserer ikkje i same grad på reduksjon av innlegging i akuttpost.

6. KONKLUSJON

Analysen i studien av desse to DPSa gjev ikkje grunnlag for å konkludera kor vidt det er formålstenleg å oppretta Akutt Ambulant Team eller eventuelt i kva form team skulle opprettast. Eg har berre informasjon og data frå to case (DPS). Det er for lite til at ein generalisera funna og eg kan ikkje påstå at det har overføringsverdi til andre DPS - område. Det vil derfor ikkje vera mogeleg å dra generelle konklusjonar.

Med bakgrunn i opplysningane og sentrale nøkkeltal innhenta frå helseføretaka, kan eg beskriva ein form for profil på utforming av tenestetilbodet til personar med akutt psykisk krise ved dei to DPSa og gje nokre vurderingar i høve innverknad på aktivitet ved teama og forbruk av institusjonsopphald i form av tal på innleggingar og opphaldsdøger. I tillegg er det mogeleg å sjå forskjellar når det gjeld diagnosefordeling i pasientgruppene. Det kan tyda på at eit Ambulant Akutteam med lege- og psykologfagleg spesialistkompetanse og 24/7 tilbod vil redusera tal på innleggingar og opphaldsdøger. Det føreset i tillegg tydelege og gode samarbeidsavtalar internt i spesialisthelsetenesta, og rutinar og avtalar ut mot kommunehelsetenesta, som sikrar ein veg inn og ut av spesialisthelsetenesta via DPS. Akutt Ambulant Team kan vera eit alternativ til tradisjonell akuttbehandling i sjukehus. Det har og vist seg at eit team med høg formalkompetanse med legar og psykologar, kan behandla fleire pasientar med alvorleg psykisk lidning, enn eit team som har ein annan type kompetanse. Eit team med opningstid i ordinær arbeidstid, vil vera eit kvalitativt godt supplement i akuttbehandlingstenesta. Teamet vil gje fleire innbyggjarar i akutt psykiatrisk krise høve til vurdering, oppfølging og behandling, spesielt med mindre alvorleg psykisk lidning. Desse akutteam vil i mindre grad redusera trong for akuttbehandlingsplassar i tradisjonelle akuttavdelingar på sjukehus.

Det er ikkje mogeleg, med bakgrunn i nøkkeltala eg har analysert, å vurdere kor vidt det er rekningsssvarande å etablera eit team som alternativ til tradisjonell akuttbehandling i institusjon. Det hadde vore interessant å få vurdert om det har ein kostnadseffekt å etablera innføring av eit døgnoppe team med lege- og psykologbemanning.

For å svara på desse problemstillingane bør ein vurdere ei fullstendig helseøkonomisk evaluering, der både kostnader og konsekvensar vert vurdert. Ei kost – nytte evaluering vil kunna gje ein del svar som er viktig når ein skal fatta avgjerd om etablering/ i kva

form etablering av eit team. Ei slik evaluering bør omfatta fleire helseføretak og team for å få pålitelege tal. Kostnadsdata bør inkludera dei totale utgiftene for helseføretak med tradisjonell akuttbehandling og team med dagopningstid, og det same for helseføretak som har etablert døgnbasert team. Det må samstundes analyserast data på helseforbetring. Nytte eller helseforbetring kan vera mogleg å vurdere i høve symptom- og funksjonsnivå. Verktøy som er mykje nytta for å måla dette er t.d. GAF og HONOS. Supplert med data frå kartleggjeng av brukartilfredse, kan gje ein analyse av helsetilstanden og opplevinga av nytte.

7. LITTERATURLISTE

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, O`Brian, B.J., Stoddart, G.L., 2005.

Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. 3. utg. New York: Oxford University Press.

Ford, R., Minghella, E., Chalmers, C., Hoult, J., Raftery, J., Muijen, M., 2001. Cost consequences of home - based and in - patient-based acute psychiatric treatment: Result of an implementation study. *Journal of Mental Health*, 10 (4), s. 467 – 476.

Glover, G., Arts, G., Babu, K.S., 2006. Crisis resolution / home treatment teams and psychiatric admission rates in England. *The British Journal of Psychiatry*, 189, s. 441 – 445.

Gråwe, R., W., Ruud, T., Bjørngaard, J. H., 2005. Alternative akutttilbud i psykisk helsevern for voksne. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 23 (125), s. 3265 – 3268.

Harrison, J., Alam, N. Marshall, J., 2001. Home or away: which patients are suitable for a psychiatric home treatment service? *Psychiatric Bulletin*, 25, s. 310 – 313.

Kaarbøe, O., 2009. Er egenandeler i norsk spesialisthelsetjeneste effektivitetsfremmende. I: K. Haug, O. M. Kaarbøe, T. Olsen, red. *Et helsevesen uten grenser?* 2. utg. Cappelen Akademisk forlag, s. 185 – 2004.

Helsedirektoratet 2010. *Desentraliserte tjenester? Driftsindikatorer for distriktpsikiatriske sentre 2009*. IS – 1853. Tilhøyrande excel-ark på Helsedirektoratet si heimeside. Det kan hentast frå http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00309/Driftsindikatorer_f_309689a.xls

Helse Midt – Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør – Øst RHF. 2006.

Nasjonal strategi for psykisk helsevern. Rapport. Hamar.

Helse Midt – Norge RHF, Helse Nord RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør – Øst RHF. 2010. *Nasjonal Strategigruppe II for psykisk helsevern og TSB*. Rapport Arbeidsgruppe 2.

Johnson, S., Nolan, F., Hoult, J., White, J .H., Bebbington, P., Sandor, A., McKenzie, N., Patel, S. N., Pilling, S., 2005. Outcomes of crisis before and after introduction of a crisis resolution team. *British Journal of Psychiatry*, 187, s. 68 – 75.

Kolbjørnsrud, O-B., Larsen, F., Elbert, G., Ruud, T., 2009. Kan psykiatriske akutteam redusere bruk av akuttplasser ved sykehus? *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 19 (129), s. 1991 – 1994.

Norheim, O. F. og Bringedal, B., 2001. Hvordan bør vi prioritere i helsetjenesten? J.E. Askildsen og K. Haug, red. *Helse, Økonomi og Politikk. Utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag, s. 89 – 114.

Ringdal, R., 2007. *Enhet og mangfold*. 2.utg. Trondheim: Fagbokforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet 2006 ” *Distriktpsikiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunen og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen.* ”. Veileder IS-1388, Oslo.

Sosial – og helsedirektoratet 2006 *Du er kommet til rett sted... ”Ambulante akuttjenester ved distriktpspsykiatriske sentre.* Veileder 9/2006, IS – 1358, Oslo.

Statens Helsetilsyn 2001. *Distriktpspsykiatriske sentre – organisering og arbeidsområder.* Veiledningsserie 1-2001, IK – 2738, Oslo.

St.meld. nr.25 (1996 – 1997). Åpenhet og helhet: om psykisk lidelse og tjenestetilbudene. Sosial- og helsedepartementet.

St.prop. nr.63 (1997 – 1998). Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2006. Sosial- og helsedepartementet.

Winnes, M. G., Borg, M. Kim, H. S., 2010. Service users` experiences with help and support from crisis resolution teams. A literature review. *Journal of Mental Health*, 19 (1), s. 75 – 87.

Øvretveit, J., 2001. *User-focused Evaluation: Methods for evaluating health services and organisational change*, utv. og overs. Gunnel A. Wallgren. Lund: Studentlitteratur.