

Prosessforbedring ved Blefjell sykehus HF

Notodden / Seljord DPS (distriktpsykiatrisk senter)

Prosjektnavn:
Læringsnettverk i prosessforbedring på Notodden / Seljord DPS

Oppdragsgiver:
Direktør Ivar Dahl og Sektoroverlege Ole-Bjørn Kolbjørnsrud
Blefjell sykehus, Notodden

Prosjektperiode:
Desember 2002 – juni 2004

Prosjektleder:
Trulte Konsmo

Prosjektmedarbeider:
Helga Karlsen

Rapporten er skrevet av
Trulte Konsmo i samarbeid med Helga Karlsen
og alle tilretteleggerne.

Stiftelsen GRUK
Nedre Hjellegate 1
3724 Skien

Tlf 35 58 40 40
gruk@gruk.no
Rapporten kan lastes ned fra www.gruk.no

FORORD

Voksenpsykiatrien tilknyttet Notodden/Seljord DPS satte i gang dette prosjektet i prosessforbedring i desember 2002, etter anbefaling fra direktøren. Tidligere var et tilsvarende prosjekt gjennomført med godt resultat ved somatiske avdelinger ved Notodden sykehus. Målsettingen med prosjektet var å lære å bruke prosessforbedring som metode i kvalitetsutviklingen av tjenestene og gjennom prosessen ha et sterkt brukerperspektiv.

Erfaringsmessig er det til stadighet en utfordring for spesialisthelsetjenesten å finne hensiktsmessige rutiner og samarbeidsformer i møte med pasienter og pårørende. Noen av suksessfaktorene er:

- arbeidet må være forankret i ledelsen
- det må være en tilrettelegger ved hver avdeling som er nært tilknyttet en arbeidsgruppe
- alle som berøres av rutinene er med på å identifisere problemstillinger og finne løsninger
- det må være god tilgang på veiledning
- brukerperspektivet må være ivaretatt

Underveis i prosjektet har det vært gjennomført flere erfaringsseminarer der de som berøres av våre rutiner har deltatt i identifisering av problemområder. Gjennom felles deltaking og initiativ fra alle 4 avdelinger i DPS'et, der også en brukerrepresentant har stått sentralt, har avdelingene kommet frem til mange gode felles løsninger.

Prosjektet har blant annet resultert i at det er utarbeidet et spørreskjema som alle utskrevne pasienter (både fra poliklinikkene og døgnavdelingene) blir bedt om å fylle ut. Pasientene evaluerer her ulike sider av behandlingen og resultatene kan avdelingene aktivt bruke for videreutvikling av behandlingstilbudet.

I ettertid ser vi at utskifting av deltakere i de ulike arbeidsgruppene (pga sykdom og opphør av arbeidsforhold) har forsinket prosessen noe. Tross dette har vi lært å bruke et verktøy som metodisk er godt utviklet og som har stor overføringsverdi i vårt videre arbeid med kvalitetsutvikling av våre tjenester.

Notodden 07.06.04

Ole-Bjørn Kolbjørnsrud
Sektoroverlege

Sammendrag

Dette prosjektet har hatt som mål å lære ledere og medarbeidere fra ulike profesjoner å bruke prosessforbedring for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Prosjektet har vært organisert som et læringsnettverk for å bringe DPSet gjennom en styrt endringsprosess. De to døgnavdelingene og de to poliklinikkene i Seljord og på Notodden har deltatt i læringsnettverket, og hver enhet har vært representert med en tverrfaglig arbeidsgruppe. I tillegg har ledelsen deltatt, samt representanter for pasienter og pårørende.

Prosessforbedring dreier seg om å kartlegge sentrale arbeidsprosesser, finne forbedringsområder, iverksette forbedringstiltak på en systematisk måte og dokumentere resultatene. Hver enhet har selv valgt hvilke prosesser de ønsket å forbedre.

De to døgnenhetene har tatt for seg prosessen med å ta imot nye pasienter. Begge har, på ulikt vis, arbeidet med avklaring av bl.a. pasientens egen målsetting for oppholdet. Sentrale problemstillinger, som avklaring av hva miljøterapi betyr i praksis og riktig bruk av de ulike faggruppene som er tilknyttet enheten, har blitt diskutert som en del av forbedringsarbeidet. Enhetene melder tilbake at dette har virket avklarende i forhold til bl.a. roller i pasientarbeidet og for forholdet mellom miljøpersonale og terapeuter.

Alle de fire enhetene ved DPSet har intervjuet pasienter for å avdekke forbedringsområder. Enhetene har fokusert spesielt på informasjon for pasientene, og har utviklet ulike tiltak for å forbedre tilfredsheten på dette området.

De to poliklinikkene har hatt hovedfokus på pasienttilfredshetsundersøkelsen. De har også forbedret og forenklet ulike sider ved inntaksprosessen.

Alle enhetene har også skrevet ned fortellinger som avdekker systemproblemer. Erfaringene med å flette denne metoden inn i forbedringsarbeidet har utelukkende vært gode. Blant annet kom det fram at det var uklare prosedyrer mellom enhetene når det gjaldt sub-akutte innleggelses, og at dette skapte frustrasjoner. I prosjektet er det nå utarbeidet felles retningslinjer for sub-akutte innleggelses.

Hver enhet har vært gjennom ulike interne prosesser i løpet av tiden læringsnettverket har eksistert. Erfaringene og konklusjonene fra hver enkelt av de fire enhetene ved Notodden DPS tyder på at alle deltakerne i læringsnettverket har vært gjennom et bevisstgjøringsarbeid i forhold til systematisk forbedringsarbeid. De fire enhetene vil, hver for seg og sammen, kunne ta disse erfaringene med i sitt videre arbeid med å forbedre sine tjenester. I denne sammenhengen er den øverste ledelsen ved DPSet sentrale i forhold til videre prioritering av dette arbeidet.

INNHold

Sammendrag	3
1.0. Innledning	6
1.1. Bakgrunn for prosjektet	6
1.2. Mål med prosjektet	6
1.3. Prosessforbedring	7
2.0. Organisering og gjennomføring av prosjektet	8
2.1. Etablering og forankring	8
2.2. Prosjektorganisering	8
2.3. Gjennomføring av prosjektet	9
3.0. Voksenpsykiatrisk avdeling på Notodden	10
3.1. Beskrivelse av avdelingen	10
3.2. Organisering av forbedringsarbeidet	10
3.3. Hovedfokus i forbedringsarbeidet	11
3.4. Inntaksprosessen	12
3.4.1. Avklaringer ga ny prosess	14
3.4.2. Erfaringer	17
3.5. Forvernsamtalen - med fokus på avdelingens miljøterapeutiske profil	17
3.5.1. Fortelling om uklare forventninger til oppholdet	17
3.6. Pasientenes målsetting	19
3.7. Pasientstyrt forbedringsarbeid	20
3.7.1. Informasjon til pasientene	21
3.8. Læringsutbytte	21
4.0. Psykiatrisk poliklinikk på Notodden	23
4.1. Beskrivelse av poliklinikken	23
4.2. Arbeidsgruppens medlemmer	23
4.3. Forbedret inntaksprosess	24
4.3.1. Raskere behandling av trygdesaker	24
4.3.2. Redusere antall pasienter som ikke møter opp til timen	24
4.2.3. Forenklede svar til fastlegen	25
4.4. Forbedringer ut fra fortellinger	25
4.4.1. Hva skal en si til pasienten når terapeuten er syk?	25
4.4.2. Hvordan ivareta pasienter som har fått avslag på behandling?	26
4.5. Pasientstyrt forbedringsarbeid	27
4.6. Læringsutbytte	30
5.0. Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Seljord	31
5.1. Beskrivelse av poliklinikken	31
5.2. Arbeidsgruppas medlemmer	31
5.3. Valg av forbedringsområde	32
5.4. Forbedring ut fra fortellinger	33
5.5. Pasientstyrt forbedringsarbeid	34
5.5.1. Bedre informasjon til pasientene	34
5.6. Læringsutbytte	35

6.0. Døgnavdelingen i Seljord	36
6.1. Beskrivelse av døgnavdelingen	36
6.2. Organiseringen av forbedringsarbeidet	36
6.3. Inntaksprosessen.....	37
6.3.1. Søknadsmøtet	37
6.3.2. Forvern	37
6.3.3. Inntaksmøtet	37
6.3.4 Tilbakemeldinger	38
6.4. Journal og innkomstnotat	38
6.5. Behandlings- og evalueringsmøter	38
6.6. Pasientstyrt forbedringsarbeid	38
6.7. Utskrivingsprosessen.....	39
6.8. Læringsutbytte.....	40
7.0. Sub-akutte innleggelser	41
8.0. Evaluering av læringsnettverket	45
9.0. Konklusjoner og anbefalinger	50
Oversikt over vedlegg	52

1.0. Innledning

1.1. Bakgrunn for prosjektet

Noen av de somatiske avdelingene på Notodden sykehus gjennomførte i 2001 et opplæringsprosjekt i prosessforbedring i regi av Stiftelsen GRUK. Prosjektet hadde gode resultater og sykehuset erfarte at dette var en nyttig måte å forbedre kvaliteten på.

De psykiatriske avdelingene hadde behov for å utvikle samarbeidet med kommunene i nedslagsfeltet i forbindelse med de nye helselovene og forskrift om individuell plan (1. juli 2001). Det var ønske om å gjennomføre et utviklingsarbeid både internt i avdelingen og i samarbeid med kommunene. Man vurderte å starte opp to parallelle prosjekter; ett prosjekt skulle lære DPS et å arbeide med prosessforbedring, mens en annet prosjekt skulle lære ansatte i kommunene å koordinere det psykososiale arbeidet (KPA) til personer med langvarige og sammensatte behov. Prosjektene skulle ha noen felles samlinger. Det ble arrangerte informasjonsmøte om KPA med kommunene, men det lyktes ikke å få til noe samarbeidsprosjekt i denne omgang.

Lederforum ved Notodden / Seljord DPS besluttet å gjennomføre et prosjekt i prosessforbedring i samarbeid med Stiftelsen GRUK.

1.2. Mål med prosjektet

God kvalitet på tjenestene kjennetegnes ved høy faglig standard, høy brukertilfredshet, god ressursutnyttelse, god tilgjengelighet og kontinuitet, samt liten risiko for skader og bivirkninger (WHO).

Prosjektet har hatt følgende overordnede mål:

1. Å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen, slik at pasienter får behandling i tråd med faglige retningslinjer og forskrift om individuell plan.
2. Å bedre ressursutnyttelsen og øke tilgjengeligheten.
3. Å bedre brukermedvirkning ved at brukere trekkes aktivt inn i arbeidet med individuelle planer.
4. Å bedre brukertilfredsheten.

Målene for prosjektet skulle videre prioriteres og konkretiseres sammen med deltakerne i læringsnettverket. Hver avdeling skulle få hjelp til å tydeliggjøre områder som egnet seg for prosessforbedring, og velge ut arbeidsområder som representerte utfordringer for dem.

Målet med læringsnettverket var *å lære opp ledere og medarbeidere fra ulike profesjoner på ulike avdelinger til å drive kontinuerlig forbedringsarbeid etter prinsipper om prosessforbedring.*

1.3. Prosessforbedring

Fokuset i prosessforbedring er pasientenes forløp på tvers av profesjoner og avdelinger. Forbedringsarbeidet består i å kartlegge, analysere og forbedre disse prosessene.

Metoden er egnet til å forbedre kvaliteten på svært ulike arenaer, men det kreves at man tilpasser den til konteksten. Stiftelsen GRUK har erfaring med metoden fra somatiske avdelinger ved Notodden sykehus, flere psykiatriske sykehus, samt kommunehelsetjeneste. Vi har også tilpasset metoden til den akuttmedisinske kjeden, samt til medikamenthåndtering på tvers av etater i kommuner. Prosessforbedring av psykiatriske sengeposter er beskrevet av Stiftelsen GRUK i Statens helsetilsyns utredningsserie nr 5 /2001.

Prosessforbedring er nyttig både til å forbedre deler av prosessen på ett tjenested og til å se på hele prosessen på tvers av flere tjenestesteder eller nivåer. Siden læringsnettverket ble avgrenset til Notodden sykehus, har man kun arbeidet med prosessene innad.

Man velger ut de prosessene som er vanlige for mange pasienter, som har betydning for pasientenes helse og livskvalitet, og som man vet kan være problematiske. Disse prosessene er tverrfaglige og kan for eksempel dreie seg om utredning, behandling eller utskrivning. Eller man kan forbedre utvalgte sider ved hele pasientens opphold, for eksempel hvordan man ivaretar informasjon og medbestemmelse. Man kan også begrense seg til å forbedre en sentral aktivitet, slik som et behandlingsmøte.

Proessen beskrives i et flytskjema, hvor alle yrkesgruppenes bidrag tydeliggjøres. Dette gir et felles bilde av det som foregår. Flytskjemaet er nyttig utgangspunkt for kritisk tenkning i forhold til verdisyn og tenkning i avdelingen, samt hvorfor man egentlig gjør det man gjør.

Det er viktig at hele den tverrfaglige personalgruppa involveres i denne bevisstgjøringsprosessen. Noen ganger er det nyttig å gjøre målinger for å få mer kunnskap om hvordan prosessen fungerer. Det kan være tidsmålinger, skademeldinger, avvik osv

På denne bakgrunn beslutter man hvilke forbedringstiltak man vil iverksette i prosessen. Man utvikler en ny forbedret, standardisert prosess som beskrives i et handlingsprogram. Programmet er igjen utgangspunkt for en sjekklister, hvor man kan måle i hvilken grad man følger opp programmet, slik at pasientene har fått de undersøkelsene, den behandlingen, informasjonen osv. man har blitt enige om at de skal ha (programoppfyllelsen).

Man kan også måle pasientenes tilfredshet for å finne forbedringsområder. Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter er beskrevet av GRUK i Statens helsetilsyns utredningsserie 6-2001.

Forbedringene kan evalueres og dokumenteres gjennom at man gjør nye målinger av pasienttilfredshet og av programoppfyllelse.

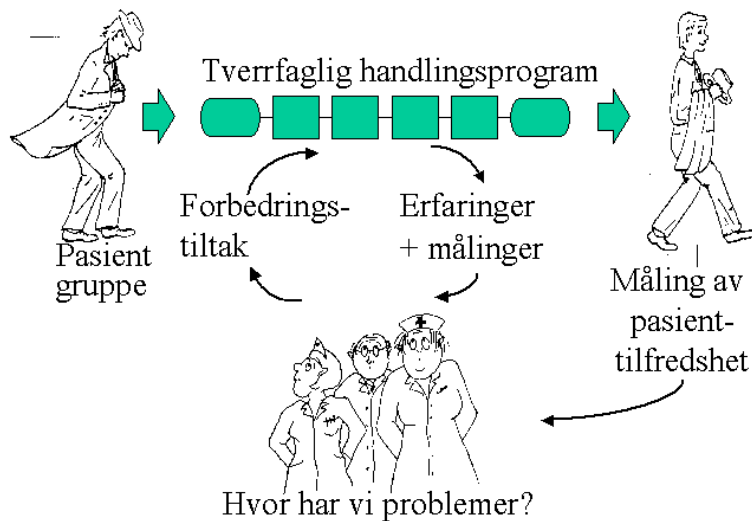


Fig. 1:
Prosessforbedring

I dette læringsnettverket har vi også oppfordret deltakerne til å bruke *fortellinger som illustrerer systemproblemer* som utgangspunkt for forbedringsarbeidet. Det er første gang vi har prøvd denne tilnærmingen, og det har gitt både morsomme og nyttige erfaringer.

2.0. Organisering og gjennomføring av prosjektet

Prosjektet har vært organisert som et læringsnettverk. Dette er en metode for å bringe organisasjoner gjennom en styrt læringsprosess. Ved å tydeliggjøre ansvar og oppgaver for alle ledd i organisasjonen i forbedringsarbeidet, vil endringer som oppnås lettere innarbeides i vanlig drift. Gjennomføringen av læringsnettverket skaper nye læringsarenaer som gir mulighet for å lære mye om og av hverandre på tvers av avdelingene, og således utnytter og sprer den kompetansen som finnes i organisasjonen.

2.1. Etablering og forankring

Etablerings- og forankringsfasen foregikk høsten 2002 og foregikk i nært samarbeid mellom klinikkledelsen og GRUK.

2.2. Prosjektorganisering

På hver av de to sengepostene og to poliklinikkene har det blitt opprettet en *prosjektgruppe*. På grunn av liten bemanning og stort arbeidspress på poliklinikkene, prøvde man først å ha en felles prosjektgruppe for poliklinikkene. Dette fungerte ikke både fordi det var upraktisk på grunn av reiseavstand, men også på grunn av ulikheter mellom de to poliklinikkene. Man opprettet derfor en prosjektgruppe på hver av de to poliklinikkene også.

Prosjektgruppene har bestått av representanter fra ulike profesjoner. Prosjektet har også lagt stor vekt på at man kontinuerlig involverer resten av personalet gjennom møter og diskusjoner i avdelingen.

Forbedringsarbeidet medfører en del skrive- og målearbeid, og hver arbeidsgruppe har derfor hatt en *tilrettelegger* til å gjøre dette arbeidet. Tilretteleggerne har fått frigjort ½ - 1 dag i uka.

Læringsnettverket har bestått av de 4 prosjektgruppene. For å styrke pasienter og pårørendes innflytelse, har også representanter for disse deltatt i læringsnettverket.

Prosjektet har vært ledet av Trulte Konsmo og Helga Karsen fra Stiftelsen GRUK. Dette har foregått i nært samarbeid med administrativ leder Oddvar Kollsete og sektoroverlege Ole-Bjørn Kolbjørnsrud.

2.3. Gjennomføring av prosjektet

Læringsnettverket har vart i 18 måneder, fra januar 2002 – juni 2004. Det har foregått en rekke forskjellige aktiviteter i læringsnettverket.

Forkurs for tilretteleggere dreide seg om å gi tilretteleggerne en innføring i tegning av flytskjemaer, bruk av Excel og Power Point, samt Outlook Express.

Oppstartseminar foregikk over to dager med to ukers mellomrom. I tillegg til arbeidsgruppene deltok representanter for pasienter og pårørende, klinikkledelsen, samt opplæringsleder. Her ble det gjennomgått teori om prosessforbedring og arbeidsgruppene begynte på arbeidet med å velge prosess, kartlegge den i flytskjemaer og sette mål.

Erfaringsseminarer er en felles læringsarena for alle arbeidsgruppene. I tillegg har representanter for pasienter og pårørende, klinikkledelsen, samt opplæringsleder deltatt. Her har arbeidsgruppene lagt fram arbeidet sitt for hverandre og fått veiledning og tilbakemelding etter behov på dette både fra de andre gruppene og fra GRUK. I denne sammenhengen har reflekterende team vært brukt. Deler av dagene har også vært brukt til arbeid i gruppene og litt undervisning. Det har vært avholdt 6 erfaringsseminarer.

Veiledningsseminar for tilretteleggere har vært et forum hvor de fått veiledning på rollen sin og på det metodiske / datatekniske. Opprinnelig var det planlagt å ha veiledningsseminar hver annen måned, men de fleste av disse har blitt erstattet av veiledning av arbeidsgruppene. Denne avgjørelsen ble tatt i samråd med alle deltakerne i læringsnettverket. Det er vært 3 veiledningsseminarer.

Veiledning av arbeidsgruppene er en ny aktivitet i GRUKs læringsnettverk. Dette har vist seg å være svært nyttig og vi har derfor hatt tilbud om veiledning 4 ganger a 90 minutter for hver gruppe via telekommunikasjon.

Hver arbeidsgruppe ble anbefalt å *ha ukentlige møter à ½ time*, men de fleste har hatt sjeldnere og lenger møter. Sengepostene har arbeidet jevnt og trutt med forbedringsarbeidet, selv om begge postene har opplevd travle perioder hvor man har måttet prioritere arbeidet med pasientene. De to poliklinikkene har hatt større problemer med å møtes, noe de beskriver underveis i rapporten.

Tilretteleggerne har hatt tilbud om *ukentlig veiledning over telefon og e-mail*.

Læringsnettverket ble avsluttet med en sluttkonferanse, hvor erfaringene og resultatene som blir omtalt i denne rapporten ble lagt fram.

3.0. Voksenpsykiatrisk avdeling på Notodden

av tilrettelegger Gunn Karin Rørvik

3.1. Beskrivelse av avdelingen

Voksenpsykiatrisk avdelingen (VOD) er en del av Notodden / Seljord DPS. Avdelingen er en døgnavdeling og består av to enheter med til sammen 13 plasser. I tillegg har avdelingen et dagtilbud på 4 plasser og en akutt plass.

Avdelingen skal være en allmennpsykiatrisk post med tilbud til pasienter som er under aktiv psykiatrisk behandling og rehabilitering. Videre er det et tilbud for hjemmeboende med langvarig psykiatrisk lidelse, depresjonstilstander og kriser.

Avdelingen gir et miljøterapeutisk tilbud. Denne behandlingsformen bruker dagliglivets hendelser og erfaringer i samspill med andre til å oppnå en mer hensiktsmessig måte å leve på. Målet for behandlingen er å styrke egen mestring der det arbeides aktivt for å få pasienten tilbake til egen bolig eller hjelpe pasienten til å få riktig omsorgsnivå i egen hjemkommune. Planlegging og evaluering av behandling skjer i tverrfaglige behandlingsmøter. Vi driver også med nettverksarbeid, hvor familie, venner og det offentlige hjelpeapparatet trekkes aktivt inn i arbeidet i form av ansvarsgrupper og samarbeidsmøter.

Avdelingsleder har det overordnede ansvaret. Til avdelingen er det knyttet følgende faggrupper: sykepleiere og hjelpepleiere (flere har psykiatrisk videreutdanning), vernepleiere, psykiater/overlege, psykolog, prest, sosialkonsulent, ergoterapeut, fysioterapeut / uttrykksterapeut og kontorpersonale. I rapporten blir de som jobber i miljøet omtalt som miljøpersonale, mens de andre, utenom ledere, har betegnelsen ”terapeuter”.

3.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Avdelingen har deltatt i prosjektet med følgende arbeidsgruppe:

- Postleder Reidun Dahlskås
- Overlege Olav Østlund Eriksen
- Ass. gruppeleder/sykepleier Asborg Kjosvold
- Vernepleier Gunn Karin Slaaen Rørvik, som har vært tilrettelegger

Gruppen har hatt perioder hvor den har vært samlet hver annen uke og da ca 1- 1 1/2 time. I andre perioder har det vært vanskelig å få til så hyppige møter. Arbeidsmøtene har vært gjennomført med full oppslutning hver gang. Dette har nok sammenheng med god planlegging, samt at alle har prioritert disse arbeidsmøtene høyt. Møtene har vært preget av engasjement og vilje til å lære en metode som kan bidra til at avdelingen kan levere et kvalitetsmessig enda bedre behandlingstilbud enn den gjør i dag.

Mellom samlingene har tilrettelegger skrevet referat fra arbeidsmøtene, gjort endringer på flytskjemaer, utarbeidet forslag til nye skjemaer, samt forberedt samlinger med resten av medarbeidergruppen. Tilrettelegger har opplevd rollen som interessant og lærerik. Veiledningen fra GRUK har vært en forutsetning for å kunne ivareta de oppgavene som ligger til denne funksjonen. Ikke minst har de veiledningsøktene hele arbeidsgruppen har hatt med GRUK via telekommunikasjon vært viktige for fremdriften i arbeidet, samt gitt oss verdifulle

innspill. Men det er også en kjensgjerning at dersom prosessforbedring skal kunne drives aktivt i avdelingen, så må det frigjøres tid og ressurser til dette. Det kan ellers lett bli et ”venstrehåndsarbeid” med dårlige resultater.

Involvering av alle medarbeiderne har vært et viktig moment i prosessen. Informasjon har blitt gitt gjennom de ordinære personalmøtene og ved fortløpende oppslag på egen tavle på vaktrommet. Inntrykket er nok at disse oppslagene ikke har vakt den store interessen. Derimot har vi arrangert arbeidslunsjer ca annenhver måned, som har vist seg å sette i gang engasjementet hos de ansatte. Her har vi presentert flytskjemaene som visualiserer prosessene slik de foregår i dag, og jobbet oss systematisk igjennom skjemaene. Da har det fremkommet både spørsmål til dagens praksis og forbedringsforslag. Gjennom disse tiltakene har vi merket en økt interesse for å engasjere seg i å komme med forslag til forbedringsområder.

Prosjektet må sies å ha vært velorganisert. Avdelingsleder har tilkjennegitt en positiv holdning til prosessforbedring og holdt seg oppdatert i forhold til det arbeidsgruppen har jobbet med. Han har også vist støtte til forbedringsarbeidet ved at tilrettelegger, som jobber som miljøterapeut i avdelingen, har fått frigitt nødvendig tid til forberedelser og etterarbeid. Ved behov har det blitt leid inn vikar.

3.3. Hovedfokus i forbedringsarbeidet

Vi tegnet innledningsvis hovedprosessen på avdelingen og definerte fem områder som vi ønsket å fokusere på i alt vårt forbedringsarbeid:

➤ Miljøterapi

Miljøterapi er en av hovedbestanddelene i vår behandlingstilbud. Vi som jobber ved avdelingen er imidlertid ikke dyktig nok til å tydeliggjøre miljøterapien overfor pasientene – eller oss selv. Det ser også ut som miljøterapien ikke får den verdsetningen den må ha for å få slagkraft som avdelingens viktigste behandlingsform. Dette kan ha ulike årsaker. For det første virker det som denne behandlingsformen får for liten oppmerksomhet i noen sammenhenger, blant annet i forvernsamtalen. Både medikamentell behandling og samtaleterapi kan oftere få et større fokus. Dette er det vi som jobber i avdelingen som må ta ansvaret for. Flere av medarbeiderne uttrykker at det er en utfordring å forklare hva miljøterapi står for og hvorfor den er viktig. Hvis vi som jobber med miljøterapi ikke klarer å formidle miljøterapiens hensikt på en klar måte til pasienter, så vil det naturligvis ha innvirkning på hva de oppfatter. Gjennom å sette fokus på dette i arbeidet med prosessforbedring, hadde vi ønske om en bevisstgjøring som vil styrke miljøterapiens status både overfor pasientene og de som jobber i avdelingen. Denne problemstillingen kommer vi nærmere tilbake til under punkt 3.5.1.

➤ Brukermedvirkning

I pasientrettighetsloven av 2.juli 1999 KAP. 3, er det nedfelt i lovs form at ”*pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg av gjennomføring og forsvarlig undersøkelse og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.*” Vi ønsket å sette fokus på brukermedvirkningen i avdelingen og styrke denne.

➤ Familie- og barneperspektivet

Psykiatrisk avdeling ved Notodden sykehus har stått som et foregangssykehus i forhold til å ha fokus på barneperspektivet i behandlingen av pasienter som er foreldre. Denne satsingen har blant annet resultert i veilederen: ”Samarbeid voksenpsykiatri - barnevern” (PSYK OPP FORLAG 1996), som er utarbeidet av klinisk sosionom Eva Svendsen ved poliklinikken her på sykehuset.

Barneperspektivet er selvsagt like viktig i forhold til de pasientene som er tilknyttet døgnavdelingen, og avdelingen har over lengre tid gjennomført rutinemessig kartlegging av familiesituasjonen. Sosialkonsulenten har ivaretagelse av barneperspektivet som et av sine ansvarsområder. Samtidig er vi opptatt av å stadig videreutvikle oss på dette området. Dette gjelder ikke bare i forhold til barna, men også til den nærmeste familie.

➤ Målsettinger

Vi er opptatt av å gi pasientene et helhetlig tilbud. For å oppnå dette det viktig at pasienten har klare mål for oppholdet, og at disse målsettingene blir jobbet med på de ulike behandlingsarenaene i avdelingen. Pasienten skal vite hva hun eller han kan forvente seg av oppholdet, og målsettingen skal kunne følges som en rød tråd gjennom hele oppholdet.

Ved å sette fokus på dette ønsker vi å jobbe mer målrettet, og at pasientens mål er kjent både for han selv og de som er i det tverrfaglige teamet rundt ham.

➤ Ansvarsavklaringer

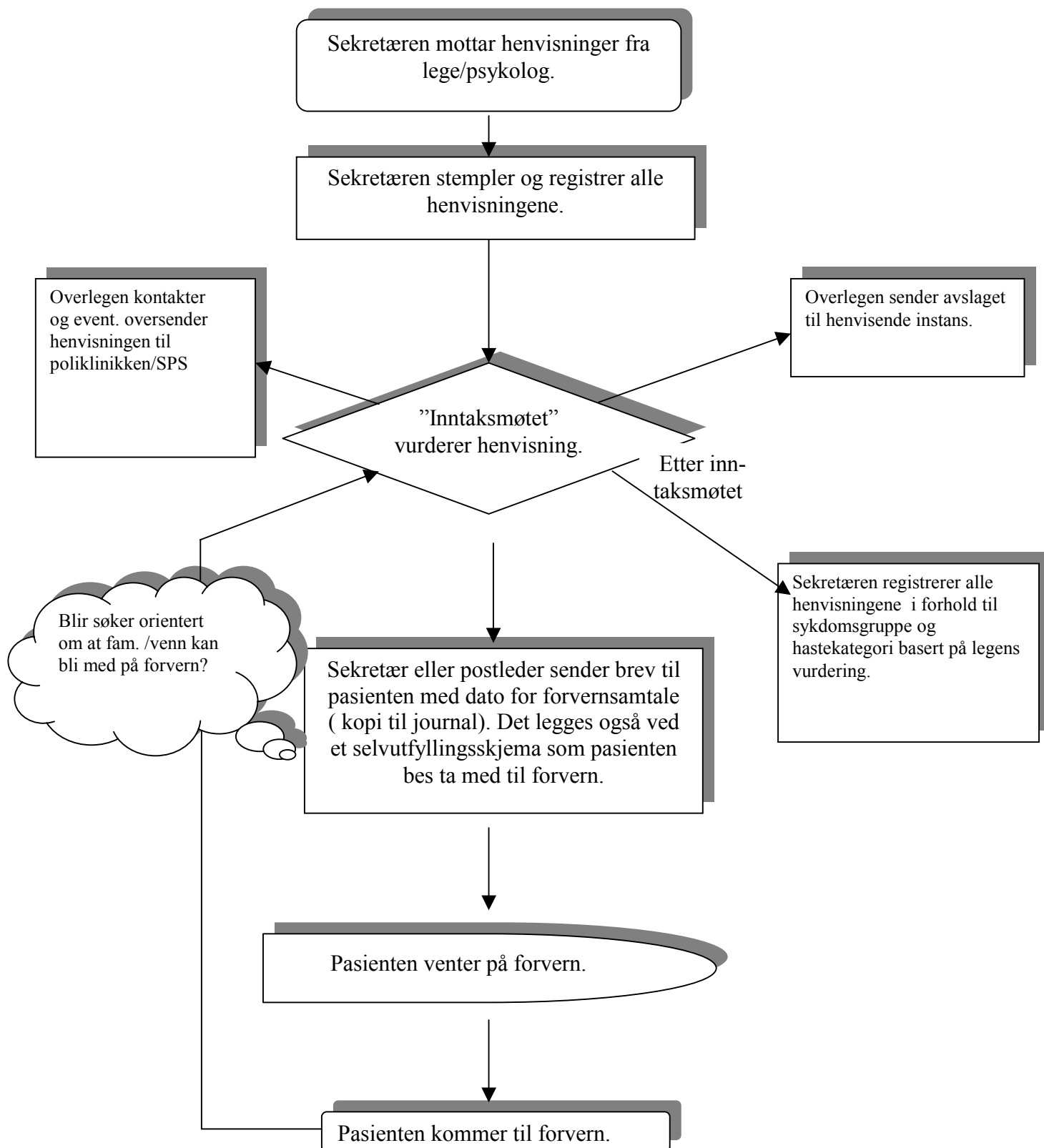
Ansvarspulverisering er et kjent begrep og dette er nok et fenomen som også forekommer i vår avdeling. Selv om behandlingstiltak kan være bestemt, kan det skje at de ikke iverksettes nettopp fordi det er uklart hvem som skal iverksette tiltaket. Innkalling til et samarbeidsmøte med 1. linje tjenesten kan være eksempel på et slikt tiltak. Vi ønsket å tydeliggjøre hvem som har ansvar for hva gjennom forbedringsarbeidet.

Disse fem områdene har vi fokusert på i alle de delprosessene vi har jobbet med underveis. I arbeidet med flytskjemaer har det kommet tydelig fram hvem som har gjort hva, og dette har vært nyttig i forhold til å avklare ansvar. Vi har også systematisk arbeidet med kritisk tenkning i forhold til alle delprosessene, og stilt spørsmål om fokusområdene er ivarettatt eller om det er forbedringspotensialer. Disse spørsmålene er visualisert som skyer i flytskjemaene. For å få en klarere oversikt over brukermedvirkningen i de ulike trinnene i delprosessene, har vi merket disse med fargekoder i flytskjemaene. Dette har også vært nyttig.

3.4. Inntaksprosessen

Den første delprosessen vi valgte å forbedre, var rutineene i forhold til de henvisningene som avdelingen mottar. Parallelt med vår gjennomgang jobbet de tre andre arbeidsgruppene i nettverket også med hvordan praksisen var i forhold til behandling av innkomne søknader. Dette medførte at vi fikk fruktbare diskusjoner på erfaringsseminarene som gikk på tvers av avdelingene. Arbeidsgruppen utarbeidet flytskjema for hvordan rutineene for henvisninger så ut før vi startet gjennomgangen:

Figur 2: Inntaksprosessen før forbedringer



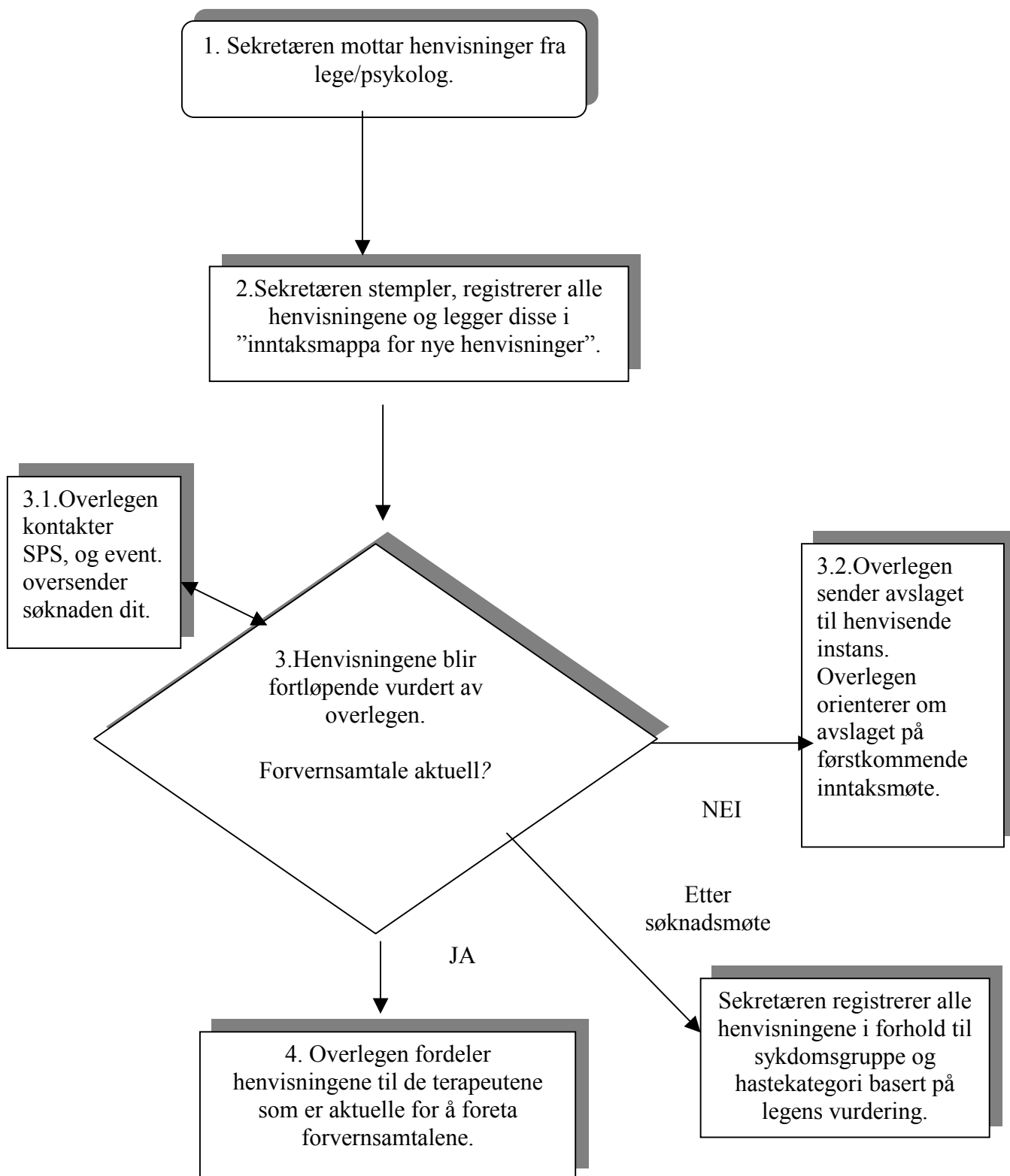
3.4.1. Avklaringer ga ny prosess

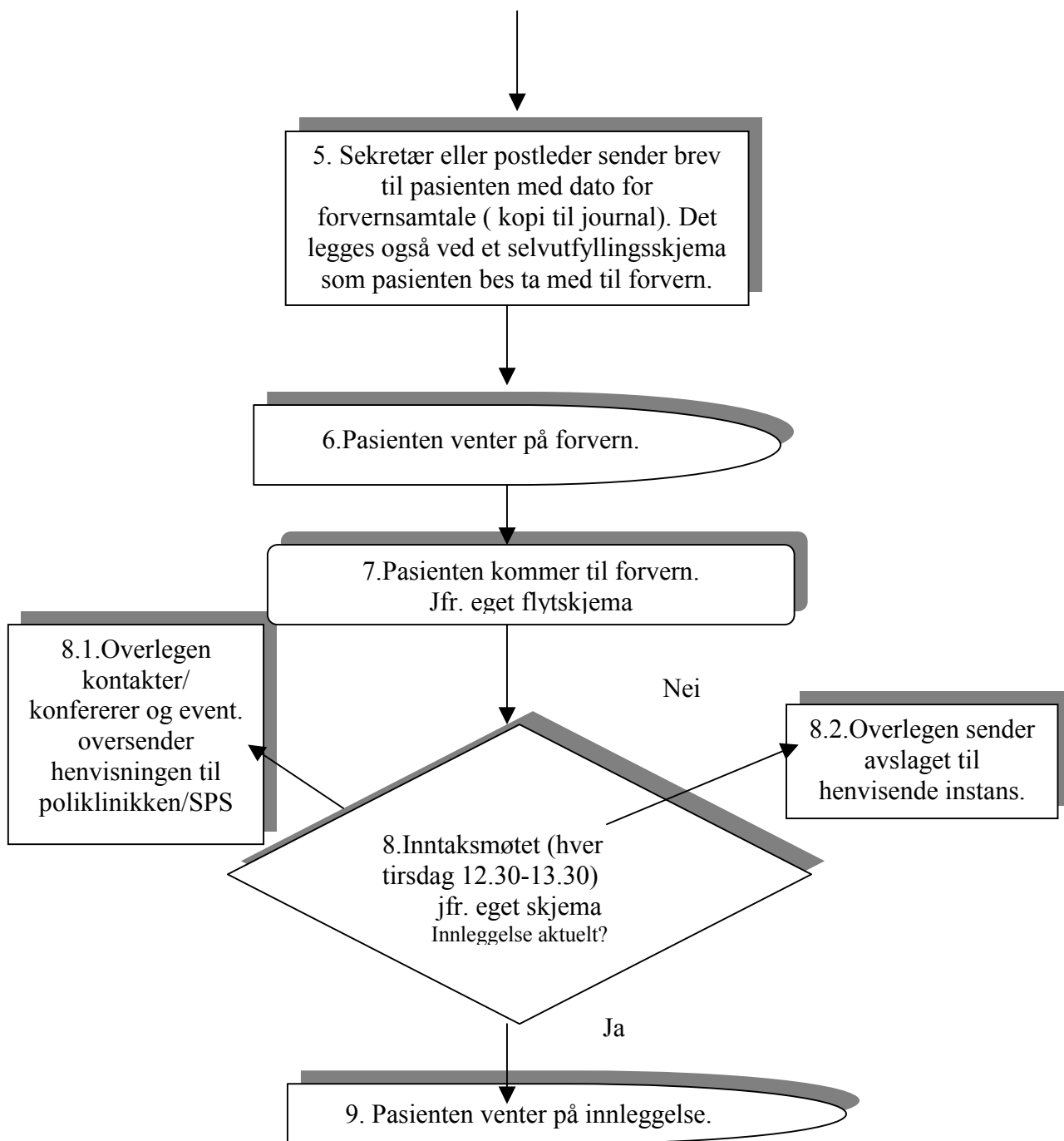
Flytskjemaet ble grundig gjennomgått og det kom fram flere spørsmål rundt dagens praksis. Arbeidsgruppen gjennomarbeidet de forslagene som kom frem både ved felles gjennomgang med hele personalgruppen og i arbeidsmøter. Dette resulterte i flere utgaver av flytskjemaet som vi gjennomdrøftet og deretter justerte. Her er noen av spørsmålene vi jobbet med og de konklusjonene som vi til slutt kom fram til:

- Er det mer hensiktsmessig at overlegen vurderer henvisningene fortløpende fremfor at de legges fram for inntaksmøtet hver tirsdag?
Konklusjon: Overlegen vurderer henvisningen fortløpende, fordi det da kan gå kortere tid fra henvisningen foreligger til forvernstidspunkt kan fastsettes. Dessuten vil det i større grad bli frigjort tid til å få tilbakemeldinger fra de forvernssamtalene som er gjennomført.
- Hvordan formidles et eventuelt avslag til søker? Gjennom å sende en kopi av avslaget (originalen sendes til henvisende instans)?
Konklusjon: Vi beholder rutinen vi har, fordi vi tror det er viktig at et avslag blir formidlet til søker av henvisende instans.
- Er det hensiktsmessig at søker sender selvutfyllingsskjemaet tilbake til avdelingen før forvernet, eller er det tilstrekkelig at søker har det med i utfylt stand til forvernet?
Konklusjon: Søker tar med selvutfyllingsskjemaet til forvernet. Vi ser muligheter for at søker kan oppleve det tungvint å måtte sende det i posten. Dessuten kan det av og til gå kort tid fra søker får brev om forvernsamtalen til den gjennomføres.
- Blir søker orientert om at vedkommende kan ta med seg familie eller en venn til forvernssamtalen?
Konklusjon: I standardskjemaet som sendes til søker bestemte vi å sette inn informasjon om at søker kan ta med seg noen til forvern.
- Er det aktuelt å tenke gjennomføring av forvern i hjemmet til søker?
Konklusjon: Ikke hensiktsmessig å vurdere forvernssamtaler i hjemmet ut fra de ressursene dette vil kreve. Avdelingen er selvsagt åpen for å dette i spesielle situasjoner der hvor dette vil være mer hensiktsmessig. Hjemmebesøk vurderes eventuelt som aktuelt under oppholdet eller under en utskrivningsplanlegging.

Etter flere runder i møtene til arbeidsgruppa, og involvering av de andre medarbeiderne, endret vi flytskjemaet og innførte en ny, standardisert prosess:

Figur 3: Ny inntaksprosess





3.4.2. Erfaringer

Gjennomgangen av henvisninger har ikke medført de store endringene, men spesielt ved at overlegen fortløpende går igjennom henvisningene, spares tid. Dermed kan tiden fra henviser sender søknaden og til søker får tilbud om en eventuell innleggelse, bli kortere. En konsekvens av denne endringen, er at overlegen fortløpende fordeler forvernsamtalene mellom terapeutene. På den måten får terapeuten avsatt tid til samtalen raskt etter at henvisningen er kommet til avdelingen.

Selv om vi ikke har gjort noen målinger som kan dokumentere dette, så virker det nå som om flere av de som kommer til forvernsamtalen har med seg et familiemedlem eller venn. Dette kan være et resultat av at vi aktivt informerer om denne muligheten. Dette er et tiltak som også kan bidra til i større grad å ivareta barne- og familieperspektivet, ettersom nære familiemedlemmer da trekkes tidligere inn.

Selve gjennomgangen av inntaksprosessen har vært en bevisstgjøringsprosess i forhold til både om vi gjør tingene riktig, men også om vi gjør de riktige tingene.

3.5. Forvernsamtalen - med fokus på avdelingens miljøterapeutiske profil

Forvern er en samtale som gjennomføres som ett ledd i inntaksprosessen. Denne samtalen skal bidra til å få en oversikt over søkers situasjon, informere om behandlingstilbudene i avdelingen, samt kartlegge søkers motivasjon for en innleggelse. I noen tilfeller gjennomføres flere forvern, før det konkluderes med om en innleggelse er aktuell eller ikke. Søker er selvsagt delaktig i denne vurderingen. Forvernsamtalene gjennomføres i avdelingen, og herfra møter en av terapeutene og en fra avdelingsmiljøet.

Avdelingen har flere forvernsamtaler i uka, og denne delprosess ble vårt neste forbedringsområde. Også her ble flere av våre fokusområder aktualisert, spesielt hvordan vi formidler til søker hvilke behandlingstilbud avdelingen kan by på og hvordan vi tydeligere kan få fram avdelingens miljøterapeutiske profil. Det er i denne fasen en kan få avklart forventninger i forhold til behandlingen. Vi har flere eksempler på at pasienter har uttrykt skuffelse over å ikke få daglige samtaler med psykiater eller psykolog. Dette illustrerer at vi ikke er flinke nok til å formidle hvilke tilbud avdelingen vektlegger.

Arbeidet med flytskjemaet av forvernet medførte mange viktige diskusjoner. Bevisstgjøringen i forhold til arbeidet rundt å utforme søkers målsetting for et eventuelt opphold, har også vært tema når vi har jobbet med forvern. I noen tilfeller kan søkers målsettingen fremstå som ganske klar. Andre ganger vil en trenge flere forvernsamtaler eller være innlagt et par uker før en kan begynne å jobbe direkte målrettet.

3.5.1. Fortelling om uklare forventninger til oppholdet

Som et ledd i å involvere personalet i bevisstgjøringsprosessen omkring forvernet, har vi også arbeidet med en fortelling. Dette har også vært en lærerik måte å jobbe med forbedring på. Arbeidsgruppen forberedte dette ved å lage en innledning og en avslutning på en hverdagshistorie fra avdelingen. Da hele personalgruppen var samlet, skrev vi ferdig denne historien i fellesskap. Dette var en artig, men også effektiv måte å bevisstgjøre den manglende sammenhengen mellom ulike delprosesser i behandlingsforløp.

På morgenmøte mandag 13. februar 03 blir dagens program gjennomgått. Det er avtalt et forvern på formiddagen, og et miljøpersonale blir satt opp til å delta fra avdelingen. Miljøpersonalet som skal være med til forvernsamtalen møter søker, Ola Nordmann, ute i avdelingens aviskrok. Nordmann sitter med søkende blick ytterst på stolsetet, - tydelig spent på den forestående samtalen.

Inne på terapeutens kontor blir Nordmann blant annet bedt om å fortelle om hvordan livssituasjonen har vært den siste tiden, og hva som er grunnen til at vedkommende, gjennom sin fastlege, har søkt seg hit til avdelingen. Ola Nordmann, som ikke tidligere har vært innlagt i en psykiatrisk avdeling, strever i starten med å klare og formidle sin "bestilling". Men utover i samtalen virker det som han føler seg tryggere, og kan fortelle om en livssituasjon preget av isolasjon og angst. Han føler seg sliten og er bekymret for fremtiden.

Etter hvert dreier samtalen over til hvilke behandlingstilbud som finnes.

Terapeuten og miljøpersonalet forteller om hvordan avdelingen jobber. Det blir fortalt om trim- og samtalegrupper, og om miljøterapi.

- Miljøterapi går i hovedsak ut på at vi bruker avdelingen som en treningsarena for de ulike problemene som pasienten sliter med "ute", forteller miljøpersonalet.

Nordmann ser spørrende ut...

Miljøpersonalet tenker seg om...

- Under et avdelingsopphold kan en bruke dagligdagse situasjoner og gjøremål som grunnlag for å observere og kartlegge hvordan hver enkelt pasient fungerer, eventuelt ikke fungerer i miljøet. Ut fra dette kan vi legge opp videre behandling. Hver enkelt pasient får sin individuelle ukeplan som inneholder faste rutiner, aktiviteter og avtaler.

Nordmann får vite at på avdelingen jobber det både hjelpepleiere, sykepleiere, leger, psykolog osv. Han nikker bekreftende som om han har fått med seg det som er sagt.

Videre utover i samtalen drøftes det hvorvidt avdelingen er det rette stedet for å jobbe med de problemene som Nordmann strir med, og hvilke gjensidige forventninger som er der i forhold til et eventuelt opphold.

Det konkluderes, i samråd med Nordmann, med at en ser muligheter for å jobbe med problemene hans under en innleggelse. Det blir pratet om det å sitte rundt et frokostbord, se på TV med medpasienter og å delta i trimgrupper som aktuelle situasjoner som i utgangspunktet vil være barrierer for Nordmann å komme over.

På tampen av samtalen forteller miljøpersonalet at pasientene får oppnevnt to kontakter som skal ha hovedansvaret for pasienten under oppholdet. De dagene kontakten ikke er på jobb, får pasienten oppfølging og samtaler med en av de andre.

- Men skal jeg ikke ha samtaler med deg da? spør søker og ser på terapeuten. - Du skjønner det er noe som har skjedd for flere år tilbake som jeg aldri har fortalt til noen før. Jeg tror dette er årsaken til at jeg sliter så nå!*
- Tenker du at du skal gå i terapi mens du er innlagt? spør terapeuten.*
- Nordmann svarer ikke, men ser spørrende på terapeuten.*
- Det er helt greit at du forteller historien din, men det kan godt være at vi kan komme frem til at det er andre metoder enn individuelle samtaler som er viktig.... Du sa i sted at du isolerte deg? Tenker du på hva naboen tenker om deg? ... Jeg tror du vil ha utbytte av å forholde deg til sosiale situasjoner i avdelingen, til trim og samtalegrupper. I samtalegruppa vil du kanskje få høre historier som vil være gjenkjennende for deg.*

Samtalen blir rundet av med at Ola Nordmann blir orientert om videre saksgang.

To uker har gått etter innleggelse av den nevnte søker:

På behandlingsmøte blir det orientert om at miljøpersonale sliter med å få ham med på de ulike aktivitetene, og at pasienten sier han ikke får noe behandling her.

Han kan heller ikke forstå hvorfor han ikke har daglige samtaler med psykolog eller psykiater.

Denne historien som illustrerer hvordan en vurderingssamtale kan foregå, ble et nyttig utgangspunkt for mange diskusjoner i avdelingen. I kjølvannet av arbeidet med fortellingen kom det frem flere spørsmål:

- Er vi som deltar i forvernet tydelige nok på hvordan avdelingen jobber?
- Er vi for diffuse i forhold til miljøterapiens betydning?
- Har vi det klart nok for oss hva som er forskjellen på et tilbud i en døgnavdeling kontra poliklinisk behandling?
- Og er vi nok oppmerksomme på at gamle mønstre fra livet ute kan overføres til avdelingen?
- Bruker vi begreper som er kjente for oss, men som ikke gir et innhold for andre?
- Klarer vi i forvernet å kartlegge søkers forventninger til en innleggelse? (og vise versa)
- Kartlegger vi søkers forståelse av sitt eget problem?
- Har vi gode nok rutiner på å gjenta overfor pasienten hvordan avdelingen jobber?
- Kan vi forvente at søker klarer å ta imot alt som blir sagt under et forvern? Sjekker vi underveis at pasienten forstår hva vi formidler?
- Hvem er det som skal tilpasse seg? Må pasienten tilpasse seg systemet, eller er avdelingen tilpasningsdyktig overfor pasientens behov?

Vi har ikke svar på alle disse spørsmålene pr. i dag, men vi tror bevisstgjøringen av forvernsamtalen både gjennom arbeidet med fortellingen og flytskjemaet har vært viktig. Vi har blitt mer bevisste på å forklare hva avdelingens behandlingstilbud består i, og da med fokus på miljøterapiens rolle i avdelingen. Det at alle yrkesgruppene i avdelingen forfekter denne behandlingsformen kan ha betydning for hvordan pasienten klarer å nyttiggjøre seg av miljøterapien.

Avdelingen gjennomfører pasientundervisning annenhver uke. Nå er miljøterapi tatt med som ett av temaene på disse undervisningstimene. Videre har avdelingen konkrete planer om å arrangere en temadag for personalet om miljøterapi.

For å få kartlagt om vi er på rett spor, har vi utformet et spørreskjema som deles ut like før utskrivning (vedlegg1). På dette skjemaet har vi utarbeidet åpne spørsmål som går på både hvordan pasienten opplever at målsettingen har vært jobbet med, og hvilke forståelse de har av hva miljøterapi er. Her håper vi å finne en utvikling over tid som viser at vi har lyktes, men det gjenstår å se...

3.6. Pasientenes målsetting

Dette er også et av de områdene vi ønsker å forbedre oss på, og hvor vi ønsker å oppnå at: *Pasientenes målsettinger skal kunne følges som en rød tråd gjennom alle behandlingsaktivitetene.*

Med dette mener vi at pasientens målsettinger skal være kjent for alle som er involvert i pasientens behandling, og at alle behandlingstiltakene som iverksettes står i forhold til målsetting. Det er en forutsetning at pasienten er aktiv i målsettingsprosessen.

Da vi tok i bruk prosessforbedringsmetoden i arbeidet med dette temaet, var vi også opptatt av at flytskjemaet ville gi et økt helhetsbilde av det kuperte landskapet som målsettingene

beveger seg i. Flytskjemaet har gitt oss en større fellesforståelse for kompleksiteten, og hvor store utfordringer det ligger i å holde på den ”røde tråden”. (Vedlegg 1)

Vi har utarbeidet et skjema der vi har visualisert tre områder hvor pasientens målsetting er sentrale:

1. Foraene hvor målsettingen blir vurdert og koordinert (for eksempel i inntakssamtalen og i behandlingsmøtene)
2. Arenaer hvor målsettingen blir aktivert gjennom igangsatte tiltak (i avdelingsmiljøet, i samtalegrupper, gjennom fysiske aktiviteter osv).
3. Hvordan målene og eventuelt endring av målsetting blir dokumentert

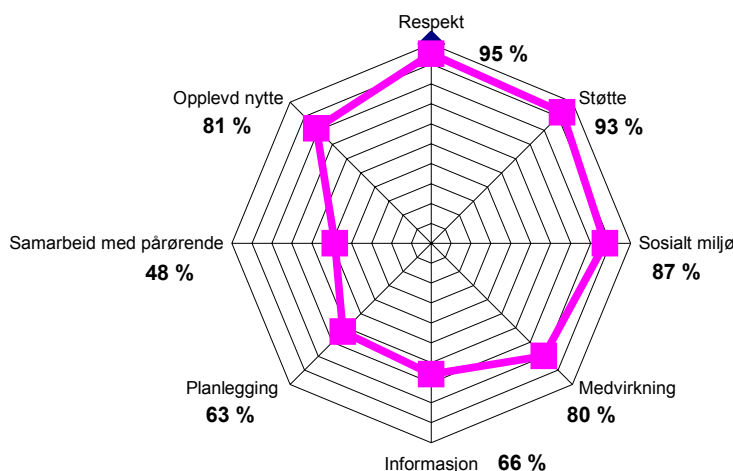
Utfordringen ligger i å holde forbindelseslinjer mellom disse tre områdene slik at behandling foregår helhetlig, - men dette har vi ikke gjort en systematisk analyse på ennå.

Vi har jobbet bevisst med at pasienten er aktiv i sin egen målsettingsprosess ved at pasienten blir utfordret på å formidle hva han eller hun ønsker at skal være oppnådd/endret i forhold til egen situasjon i løpet av oppholdet. Samtidig er vi som jobber i avdelingen opptatt av at målsettingen skal både være reelle og klare slik at de kan være gode rettesnorer i behandlingsopplegget, og dermed også danner et godt evalueringsgrunnlag. Arbeidet på dette området er så vidt påbegynt, og vil fortsette framover.

3.7. Pasientstyrt forbedringsarbeid

For å gjøre en kartlegging av pasientenes erfaringer med behandlingstilbudet i avdelingen, har vi parallelt med de tre andre avdelingene i læringsnettverket målt pasienttilfredsheten.

Vi har tatt utgangspunkt i intervjuguiden som Statens helsetilsyn presenterer i sin utredningsserie (6-2001) ”Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter”. Denne guiden har vi tilpasset til vår avdeling, og i dette arbeidet har vi samarbeidet med sengeposten i Seljord. (Vedlegg 2) Vi har inntrykk av at pasientene setter pris på denne muligheten til å formidle sin erfaring fra oppholdet.



Figur 4: Tilfredshet hos 14 pasienter

Resultatene av målingene viser at pasientene er svært tilfredse med den respekt og støtte de får fra personalet. Videre er de også fornøyde med det sosiale miljøet i avdelingen. Men når det gjelder tilfredshet med den informasjonen de mottar og hvordan utskrivningen planlegges, så ligger det an til et vesentlig forbedringspotensial. Det samme gjelder for tilfredsheten ift samarbeidet med pårørende, selv om den lave tilfredsheten på dette området også er påvirket av at ikke alle ønsker at pårørende skal ha informasjon.

I første omgang har vi prioritert å begynne på å forbedre informasjon til pasienten, men dette arbeidet er vi ikke ferdige med.

3.7.1. Informasjon til pasientene

Pasientene var spesielt misfornøyde med informasjonen om mulighet til å lese egen journal (32%) og muligheter til å klage på behandlingen (36%). Gjennom å innføre denne informasjonen som en rutine, samt ved at vi har satt disse punktene inn på en sjekkliste, så bør vi kunne ivareta denne informasjonsplikten. Vi har tidligere innført en liste for hver pasient hvor vi valgt ut noen sentrale tiltak. Ved at vi har satt inn punktene, som gjelder journalinnsikt og klageadgang inn på sjekklisten, og ved at vi krysser av på denne listen når informasjonen er gitt, så bør vi kunne forvente at prosenten av de som har fått denne informasjonen vil stige.

I forhold til annen informasjon om avdelingen, vil en informasjonsmappe som ligger på pasientenes rom være et aktuelt tiltak. Men dette befinner seg foreløpig på planleggingsstadiet.

3.8. Læringsutbytte

Innføring av prosessforbedring har gitt avdelingen en nyttig metode i forbedringsarbeidet i avdelingen. Det har vært vel anvendt tid å lære oss å analysere dagens praksis på en systematisk måte og iverksette forbedringstiltak på grunnlag av dette. Gjennomgangene har også vært viktige for å få en felles forståelse for hvordan avdelingen jobber. Det viser seg nemlig å ikke være en selvfølge at miljøpersonale har oversikt over de rutine som terapeutene jobber etter, - og vise versa. Vi har erfart at det er lett å hoppe over å sette mål for forbedringsarbeidet, men at det er viktig å være bevisste hva man ønsker å arbeide mot.

Vi vil fortsette med å måle pasienttilfredshet, både for å vurdere effekten av forbedringstiltak vi har iverksatt, og som kilde til å finne forbedringsområder. Vi må imidlertid finne gode rutiner på hvordan vi kan bruke resultatene aktivt. Vi har gjort noen små endringer av rutiner som følge av disse undersøkelsesresultatene, men har ikke gått nok systematisk til verks enda.

Det er liten tvil om at avdelingen ønsker å drive kontinuerlig forbedringsarbeid, og at opplæring i prosessforbedring har gitt oss en velegnet metode. Samtidig har prosjektperioden gitt oss erfaringer på at det må prioriteres til for å drive et systematisk kvalitetsutviklingsarbeid. Avdelingsleder har signalisert at dette blir et satsingsområde også i tiden fremover, og avdelingen står fremfor spennende omorganiseringer. Det er planer om å gjøre om noen av sengeplassene våre til en dagavdeling, og vi har begynt å ta i bruk metoden i planleggingsprosessen. Vi tror det vil være nyttig å bruke prosessforbedring for å skape en god og gjennomtenkt endringsprosess.

Vi har også flere ideer til hvilke nye delprosesser vi ønsker å prosessforbedre framover, blant annet ønsker vi å se på behandlingsmøtet vårt. Dette er et forum som blant annet er viktig for å ivareta helheten i behandlingstilbudet.

Gjennom satsing på prosessforbedring og gjennom de ideene som GRUK har vært en viktig bidragsyter til, så håper avdelingen i større grad å kunne leve opp til Sosial- og Helsedepartementets visjon (fra høringsnotatet ”..og bedre skal det bli) :

”En sosial – og helsetjeneste som bygger på den beste tilgjengelige kunnskap, og som kontinuerlig evaluerer og forbedrer sine tjenester i samsvar med brukerens behov og samfunnsutviklingen for øvrig”.

4.0. Psykiatrisk poliklinikk på Notodden

av tilrettelegger Torild Meyer Gvesrud

4.1. Beskrivelse av poliklinikken

Psykiatrisk poliklinikk er et tverrfaglig team der alle yrkesgrupper inngår. Psykiatrisk poliklinikk har for tiden 2 overleger, 1 ass. lege, 1 sjefpsykolog, 2 psykologer, 2 psykiatriske sykepleiere, 4 kliniske sosionomer og 1 rusmiddelkonsulent. I tillegg har poliklinikken 5 sekretærer som til sammen utgjør 3,5 årsverk.

Psykiatrisk poliklinikk behandler pasienter med forskjellige typer psykiske lidelser i alderen fra 18 år og oppover. Psykiatrisk ungdomsteam (PUT) behandler pasienter fra 18 til 30 år. Det gis mest individuell terapi, men det er startet opp to grupper som jobber med kunst og uttrykksterapi og en angstgruppe i år.

Henvisningen kommer i hovedsak fra primærleger i opptaksområdet som poliklinikken skal betjene. Poliklinikken skal også bistå kommunepsykiatrien med nødvendig hjelp og veiledning. Psykiatrisk poliklinikk bistår også somatisk avdeling med akutt hjelp alle hverdager fra kl 0800 til kl 1330.

I år 2003 ble det gjennomført 4094 polikliniske konsultasjoner, mens det tilsvarende tallet for 2002 var 3703.

4.2. Arbeidsgruppens medlemmer

Arbeidsgruppen har bestått av sjefpsykolog Ingeborg Greve, sosionom Rea Larsen og sekretær Torild Meyer Gvesrud, som har fungert som tilrettelegger.

Overlege Harald Løseth har også deltatt på samlingene i læringsnettverket og på noen møter i arbeidsgruppa.

Arbeidet i gruppa har fungert greit, selv om det noen ganger har vært vanskelig å rydde tid til utviklingsarbeid på grunn av stort arbeidspress, sykdom og ferie. De ansatte på poliklinikken har blitt informert om forbedringsarbeidet på poliklinikkens ukentlige personalmøter. Prosjektet har medført at disse møtene er åpne for sekretærene også, og ikke bare terapeutene.

Det har vært avholdt ca 15 arbeidsmøter på til sammen ca 25 timer. I tillegg kommer arbeidet som har vært direkte knyttet opp mot prosjektet innad i psykiatrisk poliklinikk og det arbeidet som tilretteleggeren har utført. Alle sekretærene på psykiatrisk poliklinikk har ytet god hjelp til prosjektet. Administrativ leder Oddvar Kollsete har også vært en god støtte under hele prosjektet. Tilretteleggerens arbeidsmengde har variert mye, men anslås i gjennomsnitt til ca. 3-4 timer i uka. Når en regner med tiden på alle møter pluss tilretteleggers tidsbruk, har vi til sammen brukt ca.150 timer.

4.3. Forbedret inntaksprosess

Vi startet med å se på inntaksprosessen; fra henvisningen kommer til psykiatrisk poliklinikk til pasientenes behandling blir påbegynt.

Målet med forbedringsarbeidet var en generell kvalitetsforbedring på inntaksprosessen, med spesielt vekt på ressursutnyttelse, tilgjengelighet og pasienttilfredshet.

Vi tegnet inntaksprosessen i flytskjema. Ut i fra det vurderte vi hvilke områder som kunne forbedres og hvor det var flaskehals.

Vi fant følgende forbedringsområder:

1. Raskere behandling av trygdesaker
2. Redusere antall pasienter som ikke møter til timen
3. Forenklede svar til fastlegen.

4.3.1. Raskere behandling av trygdesaker

Tidligere var det slik at alle trygdesaker hvor man skulle ha spesialisterklæring fra psykiatrisk poliklinikk, ble vurdert av inntaksteamet som har møter hver mandag. Etter at vi fikk tegnet det i flytskjema ble det tydeligere at dette ikke var nødvendig, hvis pasienten hadde gått i behandling her tidligere.

Derfor ble det bestemt at i slike tilfeller skulle spørsmålet om spesialisterklæring legges til den terapeuten som hadde hatt pasienten uten å gå gjennom inntaksteamet. Dette spare inntaksteamet tid på og pasienten fikk en raskere behandling av sin trygdesak, fordi det nå blir behandlet samme dag isteden for å vente på møtet i inntaksteamet.

4.3.2. Redusere antall pasienter som ikke møter opp til timen

Da vi jobbet med flytskjema oppdaget vi at det var veldig mange pasienter som ikke møtte opp til timen de hadde fått, og dette var noe vi måtte se nærmere på. Det er stor summe å spare når en regner dette i tapte inntekter. I tillegg er det synd å la timer stå ubrukte som andre kan ha nytte av.

Det ble kjørt ut lister på hvor mange pasienter som ikke møtte til timen her i år 2002 og laget statistikker på det. Det viste seg at det var 6,8% av voksne pasienter som ikke møtte til timen i løpet av ett år, mens tallene for PUT var 21%.

Vi undersøkte også våre egne rutiner vedrørende å kreve betaling fra pasienter som ikke møtte, slik Sosial- og helsedepartementet har bestemt. I 2002 var det bare 56% av disse pasientene som fikk tilsendt regning på kr.100.

Diskusjoner på en erfaringskonferanse i læringsnettverket viste at det var ulik praksis på de to poliklinikkene i DPSet, når det gjaldt hvordan man forholdt seg til pasienter som ikke møter opp.

Vi iverksatte følgende tiltak:

- Vi lagde nye innkallelsesbrev hvor det ble tydeliggjort når timen var, hvor de skulle møte opp, telefonnummer, hva en konsultasjon koster, samt at pasienten må betale kr. 100,- i egenandel hvis en ikke gir beskjed om at en ikke kommer til timen 24 timer i forveien.
- Alle pasienter som ikke møter må nå betale kr. 100,-
- Ny rutine hvis pasienten ikke møter til første time er at en ikke automatisk kaller pasienten til en ny time, men i stedet undersøker saken og gjør noe annet, for eksempel kontakte fastlegen og diskutere videre oppfølging
- Hvis poliklinikken ikke hører noe fra pasienten etter flere innkallelser, blir det sendt brev til henvisende instans om at pasienten ikke har møtt til timen her og at saken blir avsluttet herfra.

4.2.3. Forenklede svar til fastlegen

Tidligere ble pasientene innkalt opptil flere ganger uten at de hadde møtt eller bedt om ny time selv. Nå er terapeuten mer bevisst på at de ikke skal innkalle så mange ganger, men heller sende et brev tilbake til henvisende instans om at pasienten ikke har møtt og saken går derfor tilbake til henvisende lege.

4.4. Forbedringer ut fra fortellinger

GRUK utfordret oss til å finne muligheter til forbedringer ikke bare gjennom flytskjema, men også ved å skrive ned fortellinger som viste svakheter ved systemet. Alle sekretærene samlet seg og skrev ned to slike fortellinger som ble utgangspunkt for forbedringer på poliklinikken.

- Hva skal man si til pasientene når terapeuten er syk?
- Hvordan skal man ivareta pasienter som får avslag på søknaden om behandling?

I tillegg har poliklinikken arbeidet med å forbedre rutinene for sub-akutte innleggelser sammen med de tre andre deltakende enhetene i læringsnettverket. Bakgrunnen for dette var også fortellinger. Dette forbedringsarbeidet blir presentert i kapittel 7.

4.4.1. Hva skal en si til pasienten når terapeuten er syk?

En av terapeutene våre har blitt syk, og vi sekretærer må dermed ringe til alle pasientene hennes og avlyse den planlagt timen. Pasienten får samtidig beskjed om å ringe tilbake om 14 dager. Vi har den rutinen hos oss at vi bare skal fortelle pasienten at terapeuten er sykemeldt, hvis pasienten spør direkte.

Heldigvis, pasienten spør ikke om det, men lurer på om det ikke er andre som hun kan snakke med. Vi prøver noen andre terapeuter og spør om de kan ta en prat med pasienten, men det er vanskelig. Pasienten får da beskjed om å kontakte sin fastlege.

- Hva skal jeg gjøre? Fastlegen er ikke til stede i dag. Har dere ikke noen vikarer slik det er andre steder?

- Beklager, sier vi. Det har vi ikke her.

- Dette er dårlig, svarer pasienten og slenger på røret.

14 dager senere ringer pasienten igjen og vil gjerne snakke med terapeuten sin.

- *Beklager, sier vi. Terapeuten er fortsatt ikke til stede.*
- *Er terapeuten sykemeldt? spør pasienten direkte,*
- *Ja, svarer vi.*
- *Hvorfor har ikke jeg fått beskjed om dette før? spør pasienten.*
- *Har ikke jeg rett til å få vite om dette når det går over så lang tid? Hva slags rutiner har dere her på kontoret når terapeuten er syk?*

Vi svarer så godt vi kan, men føler at det ikke er godt nok for pasienten.

I slike situasjoner ville det ha vært greit å hatt rutiner for å ivareta de pasienter som er i behov for hjelp.

Et annet dilemma med terapeuter som er sykemeldte, er det at vi ikke alltid kan fortelle pasienten at de er sykemeldte. Noen synes det er greit å fortelle pasienten at de er syke, mens andre vil at vi skal si at de ikke er til stede. Når pasienten så spør om hvorfor de ikke er til stede, og da får svar tilbake at det kan vi ikke si, er ikke dette et tilfredsstillende svar for pasienten.

På bakgrunn av denne historien ble det bestemt at heretter kunne sekretæren fortelle til pasientene når de skulle avlyse timen at terapeuten var syk. Det var bare i spesielle tilfeller man ikke skulle si hvorfor timen ble avlyst. Når terapeuten er langtidssykemeldt skal pasienten få beskjed om dette, og eventuelt få tilbud om å få timer hos en annen terapeut hvis det er behov.

Denne nye rutinen har gjort slike avlysninger mye lettere både for pasienten og sekretærene. Pasientene aksepterte det mye bedre når de fikk en forklaring på hvorfor timen måtte avlyses. Dette letter også arbeidet for sekretærene.

4.4.2. Hvordan ivareta pasienter som har fått avslag på behandling?

Det er fredag morgen og telefonen kimer, det er Ola Nordmann som lurer på om vi har mottatt henvisning fra legen hans, det er lenge siden han var hos legen.

- Ett øyeblikk, så skal vi undersøke.

Det viser seg at henvisningen er mottatt her, men den er ikke blitt behandlet ennå, da spør Ola når det blir avgjort. Jeg er så dårlig, sier han.

Han får da beskjed om at søknaden vil bli vurdert førstkommende mandag.

- Når kan jeg ringe igjen sier Ola, han får beskjed om ta kontakt tirsdag.

Tirsdag morgen og telefonen ringer atter en gang, det er Ola Nordmann som ringer igjen og lurer på når har han har fått time.

- Ett øyeblikk, så skal vi se. Vi ser fort at henvisningen er avsluttet med "ikke aktuell". Sukk og stønn, hva skal man si da?

- Ett øyeblikk igjen, du må kontakte primærlegen din. Han vil få et brev fra oss om noen dager.

- Hvorfor det? spør Ola. - Er det fordi jeg ikke har fått time?

- Du får ringe primærlegen om noen dager.

- Jeg vet at du vet hva som står der. Hvorfor kan jeg ikke få et svar? Det er meg det gjelder.

- Dessverre, jeg kan ikke si noe mer enn det.

Han blir irritert og fortvilet, og vi prøver å ro oss i land. Dette er vanskelig, for vi skjønner jo at Ola er fortvilet.

Vi får avsluttet samtalen, men sitter igjen med dårlig samvittighet for at vi ikke kan svare Ola bedre.

Denne situasjonen har alle vi som er sekretærer opplevd flere ganger. Dette illustrerer et systemproblem, som utsetter både pasienter og oss sekretærer for unødvendige påkjenninger. Dette vil vi gjøre noe med!

Etter at dette problemet ble løftet fram gjennom denne fortellingen og drøftet i læringsnettverket, ble det bestemt at pasienter som får avslag om søknad på behandling skal få kopi av brevet som blir sendt ut til legen som har henvist pasienten. Hvis pasienten ringer og klager på avslaget, kan overlegen begrunne avslaget nærmere pr telefon.

Det er nå mye lettere for sekretærene å svare pasienten når de ringer og spør om søknaden er blitt avslått eller ikke.

Begge disse to fortellingene representerte ukjente problemstillinger for terapeutene. Dette illustrerer hvor viktig det er at alle yrkesgrupper trekkes med i forbedringsarbeidet.

4.5. Pasientstyrt forbedringsarbeid

For å kartlegge pasientenes tilfredshet med tilbudet ved poliklinikken og finne fram til hvilke sider ved tilbudet de mente burde forbedres, har vi arbeidet med pasientstyrt forbedringsarbeid.

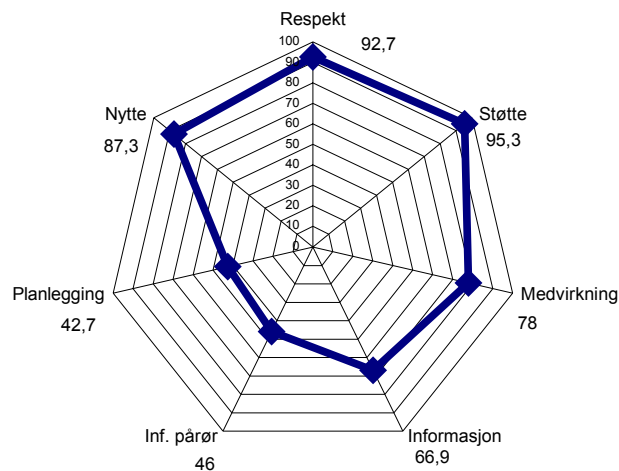
Vi tok utgangspunkt i intervjuguiden i Statens Helsetilsyns utredningsserie 6-2001 om pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter. Sammen med poliklinikken i Seljord tilpasset vi intervjuguiden til poliklinikken.

Vi prøvde ut guiden ved å intervju 15 pasienter. Pasientene som ble valgt ut hadde vært i behandling en stund eller hadde nylig avsluttet behandlingen. Tilrettelegger ringte alle pasientene på forhånd og spurte om de kunne tenke seg å være med på en brukerundersøkelse. Responsen var bra; alle ville delta. Det var undervisningsleder Anne Kvalheim som foretok intervjuene av de 15 pasientene, fordi vi mente det var best at en person som ikke sto for behandlingen gjorde dette.

Resultatene fra pilotutprøvingen (se figur 5) viste at pasientene var svært tilfredse med den støtte, respekt og nytte av behandlingen de opplevde. Når det gjaldt planleggingen, ser det ut til at det var stor misnøye. Dette tallet er imidlertid ikke riktig, siden de fleste pasientene som ble intervjuet ikke hadde avsluttet behandlingen. 46% tilfredshet med informasjonen til pårørende er også misvisende, både fordi svært mange av pasientene ikke ønsket at pårørende skulle informeres og at mye av informasjonen ville vært naturlig å gi ved avslutning av terapien.

Vi synes at pasientens tilfredshet med informasjonen de mottok pekte seg ut som et forbedringsområde med en gjennomsnittlig tilfredshet på 66,9% . Det var spesielt ift noen spørsmål pasientene var misfornøyde. Bare 33% hadde fått vite at de kunne lese journalen sin, og bare 14% at de kunne klage på behandlingen. Vi bestilte derfor et informasjonshefte fra Helse og Sosialdepartementet som heter *Til deg som er pasient eller pårørende*. Heftet inneholder informasjon om pasientrettighetene, dvs rett til nødvendig helsehjelp, fastlege-

ordningen, informasjon om retten til å medvirke i utformingen av behandlingen, taushetsplikt, rett til journalinnsyn, klage osv. Dette blir nå lagt inn i journalen til alle pasienter som blir henvist hit, slik at terapeuten kan gi dette til pasienten i begynnelsen av behandlingen. Pasientene som allerede var i gang med behandlingen fikk også informasjonsheftet.



Figur 5. Resultater av pilotprosjekt for å kartlegge pasienttilfredshet på poliklinikken, Notodden DPS.

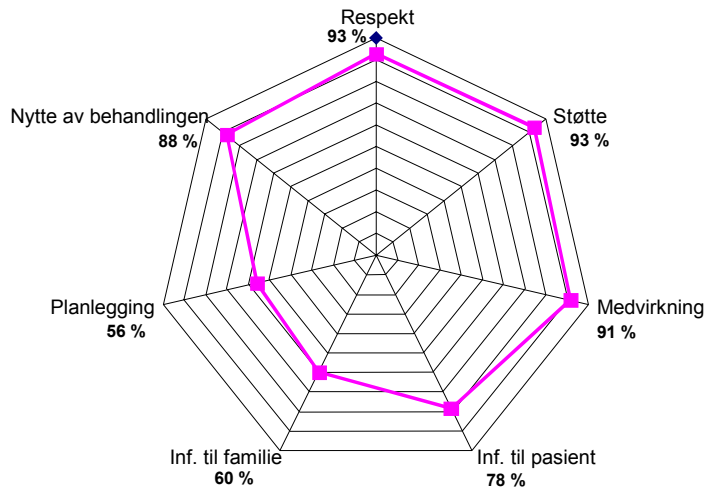
Det var også en del pasienter som savnet informasjon om praktiske rutiner i poliklinikken, som for eksempel åpningstider, dekning av reiseutgifter eller frikort. I den forbindelse gikk vi i gang med å lage et informasjonshefte som skal sendes ut til alle pasienter som får time her på psykiatrisk poliklinikk. Dette ble laget i samarbeid med poliklinikken i Seljord. På grunn av stadige omorganiseringer og navnebytte i helseforetaket, har trykkingen av dette heftet dessverre tatt lang tid, men er nå på plass (se vedlegg 3).

Utprøvingen av intervjuguiden gjorde at vi avdekket at noen spørsmål var uklare eller ikke hadde gode nok svaralternativer. Vi reviderte derfor denne (vedlegg 4). På slutten satte vi inn et åpent spørsmål om de eventuelt kunne ha tenkt seg å gå i gruppebehandling sammen med andre med lignende problemer hvis det var aktuelt. Dette er interessant fordi det i så fall åpner opp for at flere pasienter kan få tilbud enn vi har kapasitet til med så mye individuell terapi.

Vi besluttet at alle pasienter som avslutter behandling hos oss i fremtiden skal bli bedt om å evaluere behandlingen. Det er praktisk vanskelig å få dette gjennomført i form av et intervju, og vi besluttet derfor å dele guiden ut som et spørreskjema. Dette skulle terapeuten informere pasientene om den nest siste timen. Pasienten fikk tilbud om å fylle ut skjemaet etter siste time på poliklinikken eller ta det med deg hjem og sende det til oss i frankert konvolutt.

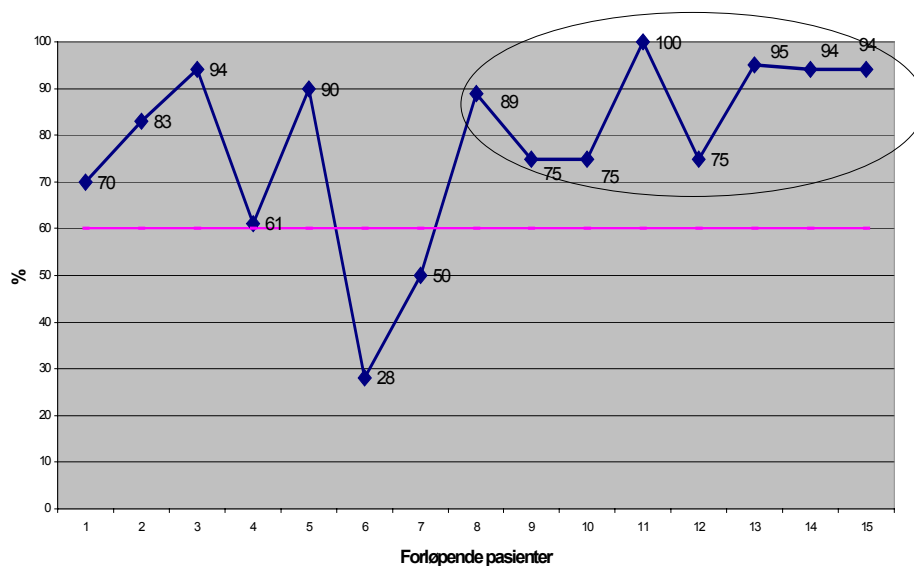
Etter at 16 pasienter som hadde avsluttet behandlingen svarte på dette spørreskjemaet, fremstilte vi på nytt resultatene våre i et diagram. Siden vi har gjort endringer ift noen spørsmål og endret metode fra intervju til spørreskjema, kan man ikke automatisk sammenligne resultatene. Vi har imidlertid gjort minimale endringer i de 10 spørsmålene som er rettet mot tilfredshet med informasjon. På dette området kan vi derfor sammenligne

resultatene. Vi ser at tilfredsheten har økt fra 66,9% til 78%, noe vi er svært tilfredse med!



Figur 6. Tilfredshet hos 15 pasienter som har avsluttet behandling på poliklinikken.

Vi har også sett på utviklingen av tilfredsheten med informasjonen hos hver enkelt pasient (se figur 7). Ved hjelp av kunnskaper fra Statistisk prosesskontroll kan vi se at det er en sikker forbedring og ikke tilfeldigheter. Streken på 60% illustrerer medianen (den midterste verdien) fra de første målingene. De 8 siste pasientene har en tilfredshet som ligger over medianen, noe som dokumenterer at tiltakene har hatt betydning.



Figur 7: Tifredsheten med informasjonen hos 15 pasienter fremstilt i runddiagram. De 8 siste pasientene utgjør et run (ligger over medianen fra forrige målinger) og viser en sikker forbedring

Når det gjelder tilfredsheten med informasjon til familien ser det ut som den har økt betydelig (se figur 6). Dette henger sammen med at vi i større grad har klart å justere for de pasientene som ikke ønsker at pårørende skal få informasjon. Det er imidlertid 7 av de 15 pasientene som har svart at dette ikke er aktuelt på de fleste spørsmålene. Det er umulig å korrigere for dette på en måte som ikke skaper en skjev fremstilling, slik at vi må gå inn i Excel-arket for å vurdere tilfredsheten tilstrekkelig. Vi ser imidlertid at vi bør kunne bli bedre på å informere

pårørende. Det samme gjelder spørsmålene som dreier seg om planleggingen av avslutningen. De fleste pasientene har svart at mange av spørsmålene ikke er aktuelle for dem. Eksempler på slike spørsmål er om de har fått råd om hva de bør gjøre ved tegn på tilbakefall eller tegn på bivirkninger av medisiner. Det er allikevel viktig å ivareta dette for de pasientene som dette er aktuelt for.

På spørsmålet om pasienter som har gått i individuell terapi kan tenke seg å gå i gruppeterapi svarte 3 ja, 3 delvis og 6 nei. 1 oppga at det ikke var aktuelt og 2 svarte ikke på dette spørsmålet.

4.6. Læringsutbytte

Gruppen har tatt tak i mange forskjellige problemstillinger. Det har stort sett vært enighet om løsninger og endringer. Arbeidsgruppen mener at de har fått til en bedre kontinuitet i pasientbehandlingen fra henvisninger er mottatt og til pasienten er ferdig behandlet.

Vi ser bedre sammenheng og flyten i hele DPS. Vi har fått i gang diskusjoner og satt søkelys på problemer.

Vi har brukt flere ulike tilnærminger i forbedringsarbeidet. Med flytskjema kommer det tydelig frem hvor det er flaskehalsen som man ellers kanskje ikke ville se. Fortellinger er også en fin måte som får problemstillingen frem på en klar måte. Pasientstyrt forbedringsarbeid har ført til at pasientene får mer informasjon om rettighetene sine og at terapeutene her blitt flinkere til å opplyse pasientene om hva de har krav på.

Vi kommer til å fortsette med å undersøke tilfredsheten hos alle pasientene som avslutter behandling hos oss. Det er viktig også å sette av tid til å diskutere resultatet av målingene og vurdere om nye forbedringstiltak er nødvendig.

Vi vil også fremheve at det har vært veldig interessant og nyttig at det var med representanter for brukere og pårørende på erfaringsseminarene. Det er viktig å lytte til dem som er brukere av vårt system.

5.0. Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Seljord

av tilrettelegger Jorunn Haug

5.1. Beskrivelse av poliklinikken

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Seljord er en egen avdeling tilknyttet Blefjell sykehus Notodden, Notodden/Seljord DPS. Poliklinikken gir tilbud om psykiatrisk behandling til personer over 18 år som er i psykisk krise eller som plages med psykiske lidelser. Behandlingen kan foregå i ulike former ut fra den enkeltes behov og ønske, og foregår som individuelle samtaler, par- eller familiesamtaler, gruppeterapi og medisinerings. Det gis mest individuell terapi, men i år er det også startet en angstgruppe.

Henvisningene kommer primært fra fastleger i poliklinikkens opptaksområde, som omfatter 20 000 innbyggere fordelt på 7 kommuner. Poliklinikken skal også bistå kommunepsykiatrien med nødvendig hjelp og veiledning. Vi har faste møtedatoer ca. 6.hver uke for et halvt år av gangen og reiser rundt til veiledning og samarbeidsmøter i de ulike kommunene etter oppsatt plan.

Poliklinikken er et tverrfaglig team bestående av 6 terapeuter ved full bemanning: En overlege, to psykiatriske sykepleiere (hvorav en avdelingsleder), to psykologer, en terapeut innenfor rus/psykiatri og to sekretærer.

5.2. Arbeidsgruppas medlemmer

Opprinnelig var det planlagt at poliklinikkene på Notodden og Seljord skulle ha en felles arbeidsgruppe og felles tilrettelegger. Dette viste seg allerede på opplæringsseminaret å bli vanskelig, siden vi har ulike utfordringer og praksis.

Vi måtte derfor finne en egen tilrettelegger fort, og Jorunn Haug som var nyutdannet og nyansatt sekretær var sporty nok til å påta seg dette ansvaret fra februar 2003 etter sterk oppfordring fra ledelsen. Arbeidsgruppa har dermed for det meste bestått av avdelingsleder / psykiatrisk sykepleier Kari Øverbø, overlege Ella Kaasa Harkiolaki og sekretær Jorunn Haug. Innledningsvis var en annen terapeut med i ca. ½ år, men vedkommende ble oppsagt og avdelingsleder måtte tre inn i stedet.

Poliklinikken var akkurat ferdig med et prosjekt i teamutvikling, som gikk ut på noe av det samme som dette prosjektet. Det var derfor vanskelig å finne motivasjon til å gå rett over i et nytt prosjekt som gikk på forbedring. Det har vært vanskelig å finne felles tid til møter i arbeidsgruppa på grunn av stort arbeidspress, stort opptaksområde og få terapeuter.

Da vi hadde holdt på med prosjektet i ca ½ år, ble som nevnt en av de tre deltagerne i arbeidsgruppa oppsagt. Møtevirksomheten ble ineffektiv, og på grunn av ulike omstendigheter førte det til at hele prosjektet ble lagt litt til side. Vi manglet da to fulle terapeutstillinger, noe som førte til at arbeidspresset ble desto større på de som var igjen. Det var vanskelig å finne møtepunkter og dette ga dårlig kontinuitet i gruppa. Det har på grunn av disse ulike problemene vi har møtt på underveis, heller ikke vært så lett for tilretteleggeren å være en pådriver for prosjektet. Siden poliklinikken er et lite team, og heller ikke hatt full

bemanning, har det vært få å fordele oppgavene på. Det har vært vanskelig for tilretteleggeren å helt skjønne hva prosjektet gikk ut på i første omgang, som nyutdannet og nyansatt på sykehuset. Samarbeidet i gruppa har fungert ok.

Det tok en god stund før vi fant en konkret sak å konsentrere oss om. Vi hoppet mye frem og tilbake mellom ulike mulige forbedringsområder og følte oss ikke ordentlig inne i prosessen før vi begynte med hovedprosessen i et behandlingstilbud. Men vi fikk gått oss til og fikk bedre sving på arbeidet etter hvert da vi gikk over til pasientstyrt forbedringsarbeid. I denne sammenhengen har vi også samarbeidet fint med poliklinikken på Notodden.

Det har vært avholdt ca 10 arbeidsmøter på til sammen ca 15 timer. I tillegg kommer det arbeidet som har vært direkte knyttet opp mot prosjektet innad i poliklinikken og det arbeidet som tilretteleggeren har utført. Tilretteleggerens arbeidsmengde har variert mye, men anslås til ca 2 timer i uka. Tiden på alle møter pluss tilretteleggerens tidsbruk beregnes til ca 120 timer.

Adm.leder Oddvar Kollsete og veilederne fra GRUK har vist stor støtte og forståelse for de vanskelighetene vi har møtt på underveis i prosjektet.

5.3. Valg av forbedringsområde

Vi startet med å se på hovedprosessen i behandlingstilbudet. Vi tegnet dette i et flytskjema og valgte forbedringsområde ut fra dette.

Vi valgte å se på inntak av pasienter, fra henvisningen kommer til poliklinikken, påbegynt behandling, kartlegging og frem til førstegangsevalueringen.

Målet med forbedringsarbeidet var en generell kvalitetsforbedring på inntaksprosessen, med spesiell vekt på ressursutnyttelse, kontinuitet, tilgjengelighet, pasienttilfredshet, sikre tilfredsstillende behandling og ivareta pasienten ved eventuell avslag.

Vi fant følgende forbedringsområder:

1. Forhastet tilbakemelding til henvisende instans
2. Lage felles mal for konklusjon etter førstegangsevaluering
3. Mer informativt innkallingsbrev, som både skulle imøtekomme pasienten og ansvarliggjøre dem

5.3.1. Forhastet tilbakemelding til henvisende instans

Vi ville se nærmere på hvordan man på en annen måte kunne gi en god tilbakemelding til henviser uten å måtte forte seg å kartlegge for å klare å holde tidsfristen for kopi av inntaksnotat til henvisende instans. Dette stresser terapeuten og kan gi forvirring/uttrygghet hos pasienten, noe som igjen er et dårlig utgangspunkt for en god behandlingsallianse mellom terapeut og pasient. Vi ville prøve å utforme en standard foreløpig melding til fastlege / henviser, som kunne roe terapeuten og ikke minst sette pasienten mer i fokus. De første samtalene bør pasienten få fortelle sin historie og får ”tømt” seg. Det er viktig at dette ikke forstyrres av kartlegging for kartleggingens skyld, men at det faktisk kommer noe ut av den, som også gagnar pasienten. Samtidig skal henviser få tilbakemelding om at pasienten har møtt og er motivert for videre behandling. Legen får ytterligere informasjon om diagnose og

eventuelt behandlingsopplegg etter førstegangsevaluering, og kan ringe poliklinikken om eventuelle spørsmål ang behandlingen.

Vi har derfor laget et slikt standardbrev, som taes i bruk nå. (Vedlegg 5)

5.3.3 Nytt innkallingsbrev

Det var i utgangspunktet poliklinikken på Notodden som bestemte seg for å lage et nytt innkallingsbrev, som skulle være felles for begge poliklinikkene. Vi hadde også sett behov for endringer på dette brevet etter tegning av flytskjema.

Det skulle imidlertid vise seg å bli vanskelig å bli helt enige begge poliklinikkene i mellom, så det endte med at vi lagde hvert vårt brev. (Vedlegg 6)

På det nye innkallingsbrevet ble det tydeliggjort hvor pasienten skulle møte opp, dag og klokkeslett. Terapeutens navn og tittel ble oppgitt. De fikk opplysninger om egenandelsprisen og ble oppfordret til å ta med en nær person hvis de ønsket det. Videre står det at de som ikke møter uten å gi beskjed må betale 100 kr og at henvisende instans i så fall vil få melding om uteblivelse. Det var viktig for oss å utforme et brev som virket imøtekommende uten for mye tekst og for stor vektlegging på uteblivelse, pris og avbestilling, da dette kan virke negativt for pasienten.

Da vi lagde det nye innkallingsbrevet, støtte vi på et nytt forbedringsområde. Vi hadde på den tiden ingen godkjent PUT-ressurs (psykiatrisk ungdomsteam), men vi behandlet likevel PUT-pasienter. Disse pasientene er fritatt for betaling av egenandel. Men i innkallingsbrevet som alle pasienter får, PUT eller ikke, gis det opplysninger om egenandel og at pasienten belastes med 100 kr ved uteblivelse uten beskjed. Dette gjelder for øvrig ikke PUT-pasienter, men de får allikevel dette brevet. Saken er tatt til etterretning og vi arbeider med å få til et eget PUT-brev også i Seljord, når vi har fått godkjenning fra fylkeslegen om PUT-stilling i Seljord!

5.4. Forbedring ut fra fortellinger

Fortellinger kan vise svakheter i systemet på en annen måte enn flytskjemaer. Det kan være lettere å se forbedringsområder gjennom fortellinger fra vår egen praksis. Vi skrev ned følgende fortelling:

60 år gammel mann, innlagt psykiatrisk avdeling Notodden, pasientens første opphold; oktober-november. Diagnose: Moderat depresjon.

Kopi av epikrise datert 24.11.02, blir mottatt på poliklinikken 13.01.03. Pasienten fikk tilbud om førstesamtale ved poliklinikken 31.02.03. Pasienten ringer ekspedisjonen og meddeler at han ikke tar imot tilbudet, fordi han ikke lenger har behov. Terapeuten får beskjed om dette og skriver et nytt invitasjonsbrev med tilbud om ny time 04.03.03.

Mannen ringer igjen, opplyser på nytt at han ikke har behov, men at han vil ta kontakt dersom det skulle dukke opp noe.

På bakgrunn av historien spør vi oss følgende spørsmål:

1. Er det godt nok at epikrise fra døgnavdeling, datert 24.11.02 går som henvisning til poliklinikken mottatt 13.02.03, med spørsmål om vurderingssamtale ved psykiatrisk poliklinikk dvs. 2 ½ måned etter utskrivelse fra avdeling, og heller ingen annen muntlig/telefonisk kontakt avdeling/poliklinikk?
2. Er det godt nok at pasienten ringer til sekretæren og melder avbud? Bør ikke sekretæren oppfordre pasienten til å snakke med terapeuten om dette?
3. Hvor mange innkallinger skal pasienten få?
4. Hvordan samarbeide med henviser/fastlege i kjølvannet av en henvisning hvor pasienten ikke møter?

På alle ovennevnte punkter har vi nå innført nye rutiner ved å ha faste møtepunkter med avdelingen. Vi sender også brev til fastlegen om at pasienter som ikke møter oppfattes som avsluttet, dersom vi ikke hører noe nærmere. Sekretæren skal alltid oppfordre pasienten til snakke med den respektive terapeut og epikriser skal skrives så fort som overhodet mulig for å sikre videre oppfølging og behandling.

5.5. Pasientstyrt forbedringsarbeid

Vi har også arbeidet med å kartlegge pasientenes tilfredshet med behandlingstilbudet for å finne forbedringsområder. Sammen med Notodden utformet vi et felles spørreskjema for begge poliklinikkene. Vi tok utgangspunkt i intervjuguiden fra Statens helsetilsyns utredningsserie 6/2001, som er laget for psykiatriske sengeposter og tilpasset denne til poliklinisk behandling.

Vi valgte å sende spørsmålene hjem til 30 pasienter som hadde avsluttet behandlingen de siste månedene eller som hadde gått i terapi en stund. Vi sendte også med en frankert svarkonvolutt og et følgebrev hvor vi informerte om at hensikten med undersøkelsen var å forbedre tilbudet, at det var frivillig å delta og at svarene ble behandlet anonymt. Vi fikk 15 svar tilbake. Resultatene viste at pasientene var svært fornøyd med respekt fra personalet, støtte fra terapeuten, medvirkning i egen behandling og nytte av behandlingen. Vi så at det var behov for å bli bedre til å informere pasientene.

5.5.1. Bedre informasjon til pasientene

Når det gjeldt tilfredshet med informasjonen, var den gjennomsnittlige tilfredsheten på 65,8 %. Det skal tas i betraktning at mange av pasientene som fikk spørreskjemaet fortsatt var i behandling og at mye av informasjonen ville være naturlig å gi ved en avslutning.

Det var spesielt to spørsmål som trakk ned på informasjonstilfredsheten:

Visste du at du har rett til å lese i journalen din? Visste du at du har rett til å klage på behandlingen din?

For å bedre informasjonen til pasienten har vi gjort følgende forbedringer:

- 1 Vi har fått tak i brosjyren: *Til deg som er pasient eller pårørende*, som inneholder informasjon om pasientrettigheter. Brosjyren blir nå lagt inn i alle journaler til pasienter som blir henvist hit, slik at terapeuten kan gi det til pasienten i første samtale.
- 2 En del pasienter savnet praktisk informasjon om poliklinikken. Vi lagde en informasjonsfolder i samarbeid med poliklinikken på Notodden. Denne blir nå sendt ut sammen med innkallingsbrevet. (Vedlegg 7)

- 3 Vi lagde også en informasjonsperm som ligger på venterommet. Denne permen inneholder noen sider med praktisk informasjon om poliklinikken, nesten det samme som står i informasjonsfolderen, men litt mer utdypet, samt hele pasientrettighetsloven (Vedlegg 8).

Vi har nylig utført disse forbedringene, og har derfor ikke fått evaluert og dokumentert effekten av tiltakene enda. Dette vil bli gjort.

Etter at vi hadde prøvd ut spørreskjemaet oppdaget vi at noen spørsmål som var uklare eller ikke hadde tilstrekkelige svaralternativer. Spørreskjemaet ble derfor revidert (Vedlegg 4). Vi har også lagt til et spørsmål til slutt om pasienten kunne tenkt seg gruppeterapi, for å vurdere om vi bør starte flere grupper for å kunne tilby flere pasienter behandling. Vi har besluttet at alle pasienter som avslutter sin behandling i fremtiden, skal få tilbud om å fylle ut et slikt skjema.

5.6. Læringsutbytte

Arbeidsgruppen har tatt tak i mange forskjellige problemstillinger. Selv om ikke alle tiltakene er tatt i bruk, er vi fornøyd med det vi har fått til, tross mye motgang i starten. Vi takker tilretteleggeren på Notodden, samt administrativ leder Oddvar Kollsete og veilederne i GRUK for god hjelp og støtte!

Det har vært nyttig å bli kjent med hverandres tenking på tvers av avdelingene. Vi har fått bedre og nyttig kjennskap til hvordan døgnavdelingen arbeider. Det har blitt lettere å ta uformell kontakt avdelingene imellom.

Vi har fått kjennskap til en del teorier og kjennskap til hvordan man bruker prosessforbedring, men det er ikke godt nok integrert hos oss. Flytskjema er et godt verktøy for å avdekke forbedringsområder og gjøre de mer tydelig. På det siste erfaringsseminaret begynte vi å se på et nytt forbedringsområde: Pasienter som ikke møter uten å gi beskjed. Vi tegnet flytskjema på prosessen og fant en del områder for forbedring. Dessverre kom vi ikke lenger enn å tegne flytskjemaet ferdig. Det var veldig interessant, fordi vi nå hadde fått litt mer tak på selve metoden, så det hadde vært spennende å fortsette og gjøre det ferdig. På grunn av en del sykdom og ferieavvikling er dette nå lagt på is inntil videre.

Fortellinger fra vår egen praksis får også problemområder frem på en klar og enkel måte. Pasientstyrt forbedringsarbeid har ført til at pasienten får mer informasjon om rettighetene sine og terapeuten har blitt flinkere til å opplyse om hva de har krav på. Vi vil fortsette med å gi spørreskjemaet til alle pasienter når de avslutter sin behandling hos oss. Utfordringen blir å sette av tid til å se på resultatene og foreta forbedringsarbeid hvis det skulle vise seg å bli aktuelt.

6.0. Døgnavdelingen i Seljord

av tilrettelegger Birgit Lien

6.1. Beskrivelse av døgnavdelingen

DPS Seljord døgnavdeling består av en avdeling fordelt på to poster, post 1 og post 2. Det er totalt 22 sengeplasser, 11 på hver post. Avdelingen har totalt 45 ansatte. Vi behandler ca. 130 pasienter i året.

Avdelingen har flere målgrupper:

- Yngre alvorlig sinnslidende med omfattende rehabiliteringsbehov.
- Hjemmeboende med langvarig psykisk lidelse som trenger innleggelse ved dekompenisering / krise
- Alderspsykiatriske pasienter
- Kriseintervensjon ved ulike psykiske lidelser der vi tror miljøterapeutisk tilnærming er hensiktsmessig

Målet for behandlingen er å få pasienten til å i best mulig grad mestre eget liv og hverdag, komme tilbake til egen bolig, eller få rett omsorgsnivå i egen hjemkommune.

Arbeidet på avdelingen er miljøterapeutisk, dvs. en behandlingsform som arbeider målrettet i forhold til dagliglivets hendelser og erfaringer i samspill med andre, i den hensikt å oppnå at pasienten får større selvinnsikt og bedre mestring av eget liv.

6.2. Organiseringen av forbedringsarbeidet

Medlemmer i arbeidsgruppa har vært

- Mona Skarpeteig, fungerende postleder på post 1
- Angela Gjersund, postleder på post 2
- Ragnhild Aarrestad, overlege
- Birgit Lien, sykepleier og tilrettelegger
- Halvor Haugan, sosionom og tilrettelegger våren -03 til våren -04

Halvor fungerte som tilrettelegger alene i en periode da Birgit var sykemeldt. I en kort periode på høsten -03 jobbet begge tilretteleggerne parallelt, til Halvor på våren -04 gikk ut av forbedrings-arbeidet.

Avdelingsleder Reidun Erikstein har ikke vært fast medlem av gruppa, men har deltatt på møter i arbeidsgruppa og på erfaringsseminarene når hun har hatt anledning.

På slutten av prosjektet ble postleder på post 1, Kari Roko Tveiten, med på noen møter i arbeidsgruppa, slik at hun skulle komme inn i prosessen med forbedringsarbeidet.

I mars -04 gikk Ragnhild ut i 3 måneders permisjon.

Grappa har stort sett hatt møter annen hver uke av ulik varighet.. Møtetid som var satt av pr. uke var ½ time. Dette var litt lite i perioder, men alle var travelt opptatt med mange oppgaver, så det var vanskelig å få satt av mer tid.

6.3. Inntaksprosessen

Vi tegnet et flytskjema av inntaksprosessen (Vedlegg 9) og fant flere forbedringsområder både i forhold til søknadsmøtet, forvernet og inntaksmøtet.

6.3.1. Søknadsmøtet

Tidligere var det et møte som fungerte både som søknadsmøte og inntaksmøte. Overlege og avdelingsleder fikk så ansvar for å vurdere søknader og planlegge forvern før inntaksmøtet. Vi så behov for å strukturere søknadsarbeidet og gruppa foreslo at avdelingsleder og overlege skulle gjennomgå disse på et fast ukentlig møte, mandager kl. 9.30 til 10.30. Dette er gjennomført.

6.3.2. Forvern

I all hovedsak blir det foretatt forvern på alle innsøkende pasienter, bortsett fra de som er godt kjent i avdelingen fra før eller overføres fra akutt-avdelingen på Sykehuset Telemark (ST).

Forvernet blir gjennomført ved at to fra avdelingen drar hjem til pasienten. Det oppfordres til at pårørende og eventuelt en representant fra samarbeidende instans er tilstede under forvernet.

Målet med forvernet er i korte trekk å kartlegge pasientens tilstand. Et annet viktig punkt er å finne ut av pasientens motivasjon til å motta behandling på avdelingen. Det innhentes også opplysninger om pasientens sosiale nettverk. Forvernet gir en indikasjon av hva slags fagpersoner pasienten vil ha behov for i ressursgruppa rundt seg i avdelingen. Dette er viktig for å komme raskt i gang med å jobbe mot pasientens målsetting, som igjen gir bedre ressursutnyttelse.

Arbeidsgruppa mente at gjeldende forvernskjema var utilstrekkelig og skjemaet ble supplert med nye tema. Nytt skjema er utarbeidet, men ennå ikke tatt i bruk.

6.3.3. Inntaksmøtet

Etter at forvern er gjennomført, vurderer man på inntaksmøtet om innleggelse er hensiktsmessig eller ikke, eller om det er andre behandlingsformer som kan være like aktuelle. I dette møtet blir det også bestemt en foreløping målsetting med oppholdet og antatt varighet av dette. I inntaksmøtet deltar overlege, ass.lege, psykolog, begge postlederne, samt avdelingsleder og avdelingens sosionom.

6.3.4 Tilbakemeldinger

Grappa så behov for forbedring av tilbakemeldingsrutiner til pasient og henvisende instans i inntaksprosessen. Det ble derfor utviklet fire ulike standardbrev som er tatt i bruk:

- 1) Brev til pasient ved avslag på søknad, med tilbakehenvisning til henvisende instans. Overlegen sender begrunnelsen for avslaget direkte til henvisende instans samt kopi av brev 1.
- 2) Brev til pasient med tilbud om innleggelse etter forvern, forslag til målsetting og antatt varighet av oppholdet i tillegg til praktiske opplysninger.
- 3) Brev til henvisende instans med dato for innleggelse, antatt varighet og målsetting for oppholdet.
- 4) Brev til pasient ved avslag etter forvern med begrunnelse.

(Vedlegg 10,11,12)

6.4. Journal og inntakstnotat

Journalopptak v/ terapeut og kartleggingssamtale ved inntakst v/ miljøkontakt er samordnet slik at de utfyller hverandre. Avdelingen har tatt i bruk diagnostiske verktøy som er vedtatt i lederforum.

6.5. Behandlings- og evalueringsmøter

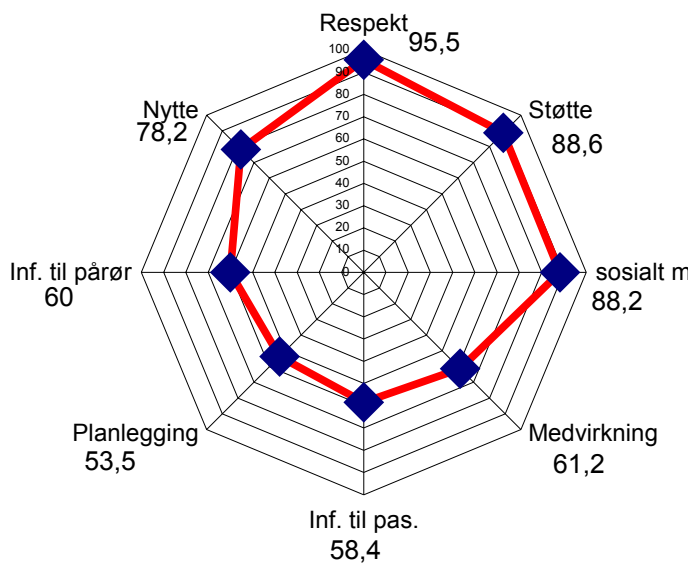
Arbeidet i GRUK har inspirert til at struktur på behandlingsmøter (2 x ukentlig) og evalueringsmøte (1 x ukentlig) ble arbeidet med i planleggingsmøte for stab og postledere. Nye rutiner er laget. Det har gitt tydeligere rolleavklaring.

Det er utarbeidet en sjekklister for inntakstprosess og behandlingsforløp og en sjekklister for utskrivingsprosess. Vi ser at vi med dette raskere finner rette ressurspersoner til pasienten og kommer i gang med målsettingsarbeidet sammen med pasient. Dette gir bedre mulighet for pasienten til aktivt å delta i egen behandlingsutforming.

6.6. Pasientstyrt forbedringsarbeid

Grappa ønsket å måle pasientens tilfredshet ved å gjennomføre en undersøkelse. Denne kom i gang høsten -03. Det ble laget et felles spørreskjema for avdelingene på Notodden og avdelingene i Seljord, med utgangspunkt i Statens helsetilsyns utredningsserie 6/2001.

Svarene ble skrevet i EPI-data. Vi prøvde ut intervjuguiden på 11 pasienter. Det var avdelingsleder som utførte intervjuene.



Figur 8:
Tilfredshet i % hos 11 pasienter

Resultatene viste at pasientene syntes at de hadde fått for lite informasjon; de skåret 58,4%. For å bedre informasjonen satte vi gang to nye tiltak:

- 1) Det ble utarbeidet egen informasjonsmappe som ligger på hvert pasientrom. Mappen inneholder opplysninger om de ulike grupper/miljøtiltak, når de finner sted og formålet med dem. Det er også et eget ark om pasientrettigheter (se vedlegg 13).
- 2) Det er startet ukentlig medisingruppe hvor overlege og en sjukepleier deltar. Det er frivillig for pasientene å delta, og vi ser at interessen for å delta er varierende

Vi syntes det var nyttig å få tilbakemelding fra pasientene på hva de er tilfredse med og på hvilke områder vi bør forbedre oss. Vi vil derfor fortsette å måle pasienttilfredshet kontinuerlig. Dette vil imidlertid foregå gjennom spørreskjema som pasienten fyller ut isteden for intervju. Grunnen til dette er at vi tror at de da vil føle seg friere til å svare oppriktig og at dette også er en mindre ressurskrevende metode i vår travle avdeling.

Vi har evaluert intervjuguiden og gjort en del endringer på spørsmålene i samarbeid med døgnavdelingen på Notodden (vedlegg1).

6.7. Utskrivingsprosessen

Den siste tiden har vi også begynt å se på utskrivingsprosessen. Bakgrunnen for dette er at vi har for utydelige rutiner på *hvem* som skal gjøre *hva*. Ved å forbedre denne prosessen, vil vi avklare ansvarsforholdene og kvalitetssikre prosessen.

Gjennom å tegne flytskjema over prosessen og reflektere over dette, dukket det opp en lang rekke spørsmål som trenger avklaring. Noe av det som var uklart var:

- Hvem av legene skriver resepter? Skal pasienten ha dem selv, eller skal de sendes til for eksempel hjemmesykepleien? Hvem skal eventuelt sende dem?
- Hvem sørger for å informere hjelpeapparatet i kommunen om utskrivelsen?

- Hva skal en sykepleierrapport inneholde? Skal den hete noe annet, da det ikke bare er sykepleiere som skriver disse?

Arbeidet med dette er ikke ferdig enda, men vi har gjort en del. I forhold til sykepleierrapport har vi nå bestemt at den skal hete *Miljørapport*, siden den ikke bare skrives av sykepleiere. Det har vært noe uklart hva en slik rapport skal inneholde. Her mente gruppa at den skal inneholde observasjoner som er gjort av pasienten i miljøet, ved aktivitetene og hvordan pasienten har jobbet med sin målsetting under oppholdet. Videre skal det stå kort om hvordan pasienten har gjort seg nytte av behandlingen. Miljørapporten sendes til 1.linje tjenesten (f eks psykiatritjenesten i hjemmekommunen), der hvor pasienten har kontakt med denne.

I tillegg bestemte gruppa at et skjema som heter *Informasjon ved utskriving* skal brukes av alle ved utskriving. Det er et skjema som avdelingen har hatt i noen år, men som ikke alle har brukt. På det skjemaet skriver legen hva slags medisiner pasienten bruker. Der står det også viktige beskjeder til lege/hjemmesykepleien. Det kan for eksempel være viktige blodprøver pasienten må ta når han kommer hjem (eks. lithiumspeil), polikliniske avtaler osv. Dette skjemaet gis både til pasienten og til samarbeidende instans som har med medisiner å gjøre. For pasienten kan skjemaet være veldig viktig å ha med seg ved besøk hos lege /på legevakten.

Det er nylig utarbeidet sjekklister for utskrivelsesprosessen, så den er foreløpig ikke tatt i bruk.

6.8. Læringsutbytte

På erfaringsseminarene har vi oppdaget at poliklinikkene og døgnavdelingene var svært forskjellige. Å få diskutert hverandres hverdag var meget lærerikt og nødvendig! Noen problemstillinger var svært like, andre var vidt forskjellige.

Prosessforbedring i egen avdeling er ikke bare enkelt, men tegning av flytskjemaer kan gi oss den nødvendige oversikt slik at oppryddingsarbeidet blir mer oversiktlig. Flytskjemaene var nyttige til å tydeliggjøre gamle vaner og reflektere over disse. Det var mange ting å ta tak i.

Informasjon til og deltakelse fra det øvrige miljøpersonalet var også en viktig del av det å forbedre avdelingen. I en forbedringsprosess er det viktig at alle drar i samme retning! Vi hang opp flytskjemaer og ba om innspill. Interessen for å komme med tanker og ideer har vært varierende.

Arbeidsgruppa ser at prosessen vi har vært i gjennom sammen med veilederne i GRUK og erfaringer vi har delt med de andre avdelingene på erfaringsseminarene, kan føre til at vi kanskje kan jobbe mer målrettet i forhold til omstillinger som kommer.

Det som kanskje fanget miljøpersonalets interesse i størst grad, var undersøkelsen av pasienttilfredshet. Denne vil vi holde fram med, og stadig vurdere tiltak i forhold til hva denne undersøkelsen sier oss.

7.0. Sub-akutte innleggelser

Som det har framkommet tidligere i rapporten, ble avdelingene oppfordret til å skrive ned fortellinger som illustrerte systemproblemer og behov for forbedring. Døgnavdelingen i Seljord presenterte den følgende fortellingen på et erfaringsseminar:

Det var en onsdag. Avdelingsleder på døgnavdelingen på Notodden ringte overlegen i Seljord – en pasient hadde dukket opp og var svært fortvilet. Ba om en dagplass – NÅ ! Avdelingslederen hadde ikke noen plass å tilby, ba henne ta opp behovet med egen lege eller terapeut i poliklinikken, som den dagen ikke var tilstede. Etter ” avvisingen ” av pasienten, møtte han psykologen på gangen. Hun tipset ham om å ringe til Seljord, hvor pasienten hadde vært innlagt tidligere. Avdelingsleder så gjorde, men overlegen støttet han på hans første ”prosedyre” – ettersom heller ikke vi tar øyeblikkelig hjelp.

Etter en stund ringte fastlegen – fortvilet på pasientens vegne. Snakket med postleder som redegjorde for at vi ikke tar ø-hjelp. Oppfordret fastlegen til å sende søknad. Fastlegen ga seg ikke og ville snakke med overlegen. Hun var først litt restriktiv, men lovet etter hvert at saken skulle drøftes på møtet dagen etter. Fastlegen argumenterte med at rask innleggelse med kort varighet, feks. 3 uker, ville forhindre en langvarig innleggelse. Fortalte òg at pasienten hadde ring legevakta de siste 3 nettene. Overlegen lovte å drøfte saken på inntaksteam dagen etter. Fastlegen var fornøyd med dette svaret og ville selv ta telefonisk kontakt med pasienten utover dagen.

Overlegen får litt dårlig samvittighet, fordi hun tenker på andre pasienter vi kjenner godt som vi har tatt inn på dagen. Tar derfor opp saken i behandlingsmøtet samme dag. Avdelingsleder er opptatt av å fylle ledige plasser for å unngå røde tall (tror vi). Postleder ser på bemanningsplanen og sier at vi like gjerne kan ta imot henne i dag som i morgen. Postlederen har særlig legevakta i tankene, men også aktivitetsplanen på avdelingen.

Vi ringer pasienten og tilbyr innleggelse samme ettermiddag. Hun blir fornøyd. Dagen etter snakker overlegen med pasientens terapeut i poliklinikken. Hun høres litt reservert ut. Det fremgår at det har vært mye arbeid med å trene på å utsette øyeblikkelig behovstilfredsstillelse. Riktignok hadde vi lest i journalen at planlagte opphold i DPS Seljord hadde vært drøftet.

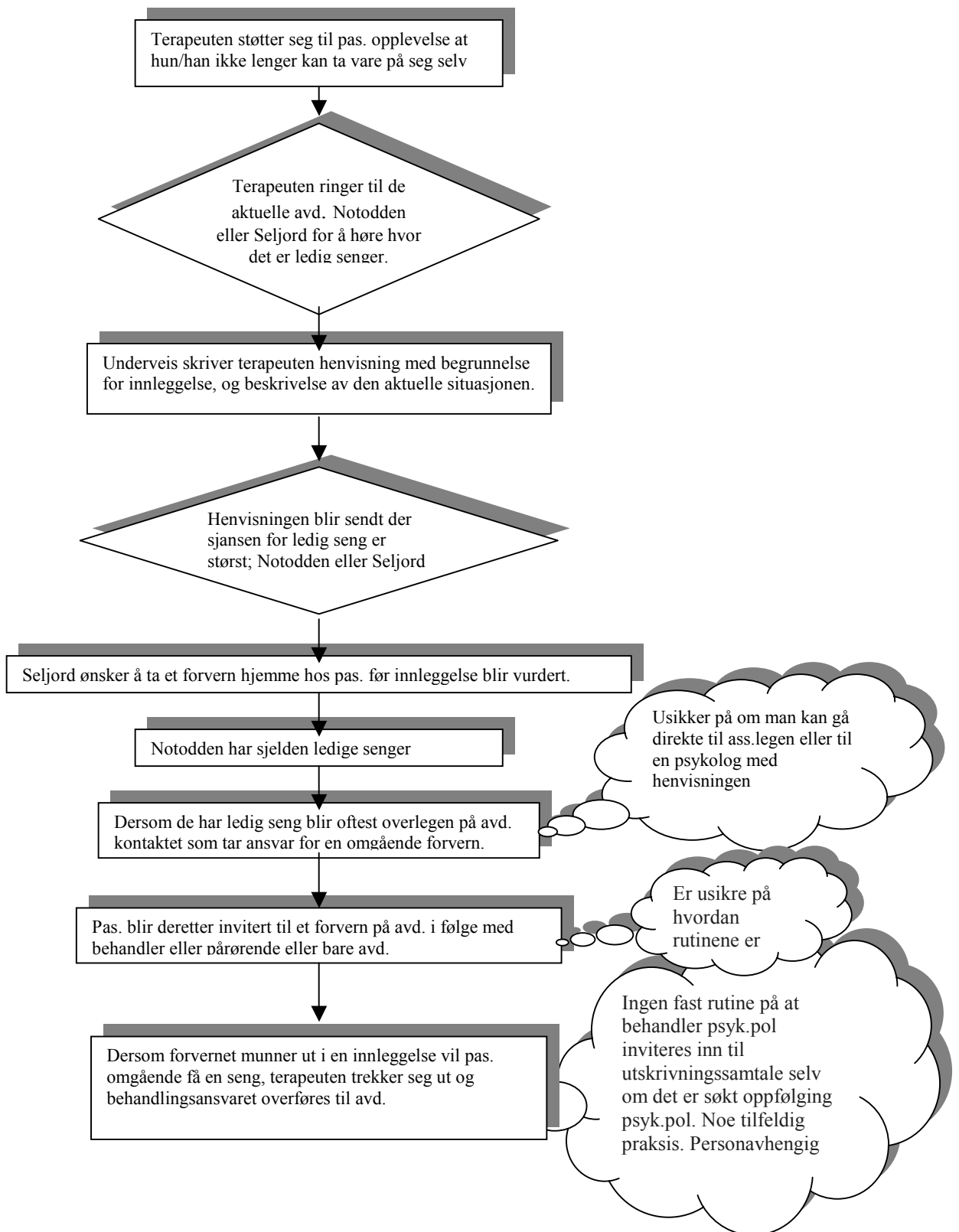
En uke etter innleggelse fikk pasienten invitasjon til møte i barneverntjenesten. Ved kontakt med barneverntjenesten fikk overlegen informasjon om at de tre uker forut hadde drøftet å lage en plan for god ivaretagelse av barna ved en eventuell innleggelse av mor. Nå ble de av eks-mannen informert om innleggelsen av pasient 2-3 dager etter innkømt. Pasientens søster hadde tatt seg av barna.

Trenger vi prosedyre for raske/ sub-akutte innleggelser ?

Fortellingen utløste en stor diskusjon, hvor det var tydelig at de ulike enhetene hadde ulike meninger.

På den neste erfaringskonferansen presenterte poliklinikken på Notodden også en fortelling om sub-akutte innleggelser som illustrerte andre sider problemstillinger. Fortellingen er gjengitt i flytskjemaet på neste side. Man diskuterte blant annet følgende spørsmål: Hvordan definerer vi sub-akutte innleggelser?

Figur 9: Beskrivelse av rutine ved sub- akutt innleggelse før forbedring fra poliklinikken på Notodden



Hva bør være forskjellen på sub-akutte innleggelser og planlagte innleggelser?

Rutiner ift. skriftlige svar?

Bør legen på poliklinikken ha rett til å legg inn i døgnavdelingene uten at døgnavdelingene skal kunne overprøve avgjørelsen?

Døgnavdelingen i Seljord hadde også utarbeidet forslag til retningslinjer for sub-akutte innleggelser, som ble drøftet på erfaringskonferansen. Det var enighet om at man måtte sikre rutiner, slik at man unngikk at vurderingene var for personavhengige og tilfeldige. En annen viktig målsetting var å sikre pasientenes opplevelse av sammenheng og kontinuitet i behandlingen.

Siden dette forumet ikke har beslutningsmyndighet, ble saken løftet opp til lederforum for avgjørelse der. De vedtok utkastet som Seljord hadde utarbeidet, se neste side.

Erfaringene så langt er at retningslinjene har vært klargjørende og er et nyttig verktøy for alle enhetene. Døgnavdelingen erfarer at andel subakutte innleggelser er økt.

Figur 10: Vedtatte retningslinjer for sub-akutte og interne henvisninger

Retningslinjer for sub-akutte og interne henvisninger ved DPS Notodden/Seljord.

SUBAKUTT:

- 1. Overføring av pasienter fra akuttavdeling ved Sykehuset Telemark (ST).**
 - Henvisning som regel via onsdagsmøtet (videokonf.) eller telefon fra behandler
 - Vi vurderer behov for forvern/ikke forvern :
 - Forvern særlig viktig når pasienten har vært over tid på akutt avd. Avklare målsetting for oppholdet
 - Ikke-forvern kan aksepteres når det er behov for rask overføring av pasient som har vært kort tid på akutt avd., slik at oppholdet her blir en forlengelse av kriseintervensjon.
Vi må da vurdere plassituasjon og personellsituasjon – før vi kan gi dato for overføring.

- 2. Overføring fra andre avdelinger i DPS`et**
 - Omgår vanlige søknadsprosedyrer. Nok med en kortfattet/forenklet søknad
 - Bestemmer forvernsdato umiddelbart, forvern snarest mulig. Etter forvern vurderes innleggelse utfra vurdering av :
 - Tilstrekkelige rammer på åpen avdeling
 - Hastegrad
 - Plassituasjon
 - Personellsituasjon

Dato for eventuell innleggelse foreslås.
Dersom innleggelse må skje før vi kan ta raskt forvern, betraktes saken som akutt og det henvises til ø.hj.plikten ved akuttavdelingen tilknyttet ST

- 3. Innleggelse av kjente/kroniske pasienter :** Pasienter vi kjenner med psykoseproblematikk kan ofte tas imot akutt, dvs. på dagen uten forsinkende formalia, enten henvisning kommer fra primærhelsetjenesten eller poliklinikk.
Ved henvendelse fra primærhelsetjenesten, bør event. poliklinisk terapeut kontaktes og bidra med vurdering om rask innleggelse er hensiktsmessig.

GENERELT OM HENVISNINGER FRA POLIKLINIKKENE :

- I søknaden trenger vi terapeutens vurdering av hvorfor innleggelse er aktuelt, og foreslått målsetting for oppholdet.
- Vi trenger ikke gjentakelse av omfattende anamnese vi kan lese i poliklinikkens innkomstnotat.
- Vi trenger forvern. Hastesaker behandles som under beskrivelse ovenfor, andre søknader følger vanlig søknadsprosedyre.
- Dersom innleggelse må skje før vi kan ta raskt forvern, betraktes saken som akutt og det henvises til ø.hj.plikten ved akuttavdelingen tilknyttet ST.

Godkjent i LEFO 09.09.03, LEFO-sak 86/03

8.0. Evaluering av læringsnettverket

De fire enhetene ved Notodden / Seljord DPS har deltatt i læringsnettverket i 18 måneder. Mot slutten av prosjektperioden ble hver enhet bedt om å evaluere sitt utbytte av læringsnettverket gjennom å svare på et evalueringsskjema.

Det er store variasjoner i svarene fra enhetene. For at alle nyanser skal komme fram, er svarene og kommentarene satt opp punktvis under. De enkelte spørsmålene i evalueringsskjemaet innleder hvert punkt. (VOP = poliklinikkene og VOD = døgnavdelingene)

1. Har prosjektet hatt betydning for synet på pasientene i avdelingen?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Vi har blitt påminnet at det er pasientenes behov som er, eller bør være, utgangspunktet for organisering av psykisk helsevern.	Både ved iverksetting av brukerundersøkelsen, og gjennom at brukermedvirkning har vært et av våre fokusområder i prosessforbedringsarbeidet, mener vi å ha fått økt bevissthet på dette viktige området. Brukerrepresentanten, som har deltatt på erfaringsseminarene, har gitt oss verdifulle innspill på hvordan ulike prosesser ved innleggelse kan oppleves.	Nei	Vi har lagt mer vekt på pasientens medvirkning i behandlingsprosessen, det viser seg gjennom endra forvernsskjema, forbedret individuell behandlingsplan for oppholdet, mer pasientrettet info som infomappe og medisingruppe.

2. Har prosjektet hatt betydning for det tverrfaglige samarbeidet i avdelingen?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Prosjektet har styrket det tverrfaglige samarbeidet gjennom at det gjorde det mulig å møtes regelmessig under prosjektets gang.	Gjennom felles utarbeidelse av flytskjemaer har det kommet tilbakemeldinger på at dette har medvirket til at forståelsen for hverandres oppgaver/rutiner har økt. Dette gjelder nok mest mellom miljøpersonalet og terapeutene. Det at overlegen har deltatt i arbeidsgruppen har vært en viktig link her. Men på det mer generelle plan opplever vi ikke at det tverrfaglige samarbeidet har blitt bedre i løpet av prosessen. Under arbeidslunsjene vi arrangerte har vi følt et fellesskap, men videre derfra står det en del igjen.	Nei	Forbedret struktur i evalueringsmøtene (tverrfaglige møter på avdelingen) tydeligere rolleavklaring.

3. Har prosjektet hatt betydning for hvordan avdelingen blir ledet?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Igjen påminnelsen om pasienten i sentrum.	Ved å sette av tid og ressurser til prosessforbedringsarbeidet har det blitt gitt signaler fra ledelsen om at forbedringsarbeid er et satsningsområde. Prosjektet har operert med tidsfrister som har tvunget oss til en framdrift. Det gjenstår å se hvordan ledelsen vil prioritere dette arbeidet etter prosjektslutt. Vi har bl.a. diskutert hvordan satsningen på brukertilfredshetsundersøkelsen vil bli organisert framover, og hvordan ledelsen vil agere på resultatene.	Nei	Nei

4. Har prosjektet hatt betydning for miljøet i avdelingen?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Lite betydning for miljøet. De som ikke deltok i møtene ble lite involvert.	Arrangering av arbeidslunsjer har skapt et engasjement for hvordan prosessene i avdelingen kan forbedres. Vi tror dette har ført til økt fellesskapsfølelse. ...Men vi har også fått signaler på at noen savner konkrete resultater fra arbeidet, og noen kan ha følt at enkelte endringer er ”tredd nedover hodet” på dem. Det videre engasjement er avhengig av hvordan arbeidet drives videre.	Nei	Forbedret rolleavklaring

5. Har prosjektet hatt betydning for samarbeidet med de andre avdelingene?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Synes nok samarbeidet har blitt lettere, på tvers av avdelingene. Som om forståelsen for hverandres ståsted har blitt større, samtidig som vi kanskje har blitt flinkere til å fokusere på pasientens behov og ikke den enkelte avdelings behov for struktur.	Nei!	Ja. Blitt bedre kjent med hverandres tenkning, bedre kjennskap til hvordan døgnavdelingen arbeider, lettere å ta uformell kontakt.	Eksempel: Sub-akutte innleggelser.

**6. Vurdert nytte av de ulike aktivitetene i læringsnettverket.
(5= mest nyttig, 1= ikke nyttig)**

Avdeling	Erfarings seminar	Veilednings seminar for tilretteleggerne	Veiledning av arbeidsgruppene	Tlf. veil. av tilretteleggerne
VOP Notodden	Litt opp og ned. Vanskelig å konkretisere hva som gjorde noen diskusjoner mer nyttige enn andre.	ubesvart	ubesvart	ubesvart
VOD Notodden	2 Variert. Syns vi fikk mest ut av seminarne når poliklinikkene og døgnavdelingene var hver for seg. Vi har fått kjennskap til de andre avdelingene sin hverdag, noe som har vært lærerikt. Gruppearbeidet på samlingene har vært mest fruktbare. Har ikke følt at tilbakemeldingene fra de andre avdelingene har bidratt til å gi oss et løft, kunne ønsket mer konstruktive tilbakemeldinger	4	5	5
VOP Seljord	3 – 4 3 før deling, 4 etter deling	3 Kom seint inn, skjønnte ikke så mye det første halve året!	3	4
VOD Seljord	4	2	3	2

7. Har dere lært prosessforbedring godt nok til å fortsette på egen hånd etter prosjektslutt?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Vanskelig å se. Jeg tenker at vi hele tiden prøver å gjøre tilbudet bedre, en del av den faglige utviklingen.	Ja!	Kjennskap til en del teorier, men ikke godt nok integrert.	Ja

8. Kommer dere til å fortsette med prosessforbedring?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Vi kommer til å fortsette, men kanskje med ulike metoder.	Ja. Vi ser på prosjektperioden som en læringsprosess, og det er nå selve bruken av metoden virkelig starter. Vi tror det blir viktig å ta små skritt som fullføres framfor å ha for mange baller i luften samtidig.	På grunn av at teoriene ikke er godt nok integrert, blir prosessforbedring et redskap man ikke tar så lett til.	Ja, i forbindelse med omorganisering til 7-døgnavdeling, 5-døgnavdeling og dagavdeling.

9. Hva er dere mest fornøyd med i læringsnettverket?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Å finne en møteplass hvor vi kan snakke om viktige faglige spørsmål. Ofte vanskelig i en travel hverdag.	Med veiledningen som arbeidsgruppen har fått fra GRUK. Det har også vært greit at erfaringsseminarene har vært på Notodden.	Godt fornøyd med tiltakene vi har fått til (infofolder/perm, spørreundersøkelse til avsluttede pasienter, nytt innkallingsbrev) Lav terskel for å ta kontakt med veilederne!	At vi ble ”tvunget” til å sette oss ned og se på arbeidsmetodene våre.

10. Hva er dere minst fornøyd med i læringsnettverket?

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
Å diskutere spørsmål som i all hovedsak er opp til ledere å avgjøre.	Det hendte av og til at vi følte veilederne fra GRUK hadde forventninger til troikaens arbeid som ikke sto i forhold til våre prioriteringer. Når vi var midt i en prosessgjennomgang ble vi penset over på andre områder.	Skulle ønske det hadde vært en motiveringsprosess av de aktuelle deltakerne i troikaen i forkant av prosjektet.	Mer felles problemstillinger skulle blitt tatt opp på erfaringsseminarene. Det som kom opp, ble ikke tatt tak i.

11. Andre kommentarer.

VOP Notodden	VOD Notodden	VOP Seljord	VOD Seljord
	<p>Vi har fått en økt bevissthet i forhold til egen arbeidsplass og det vi jobber med. Gjennomgangene har avdekket områder vi i utgangspunktet trodde fungerte. Involveringen av de ansatte har også fungert som kartlegging av hvem som er engasjert i kontinuerlig forbedringsarbeid, og som kan tjene som ”endringsagenter” i avdelingen. Vi har drøftet oss fram til at avdelingsleder burde ha vært mer direkte deltakende i prosessen, med tanke på det videre arbeidet.</p>	<p>Poliklinikken er et lite team, få å ta av til slike prosjekter. Få å fordele oppgavene på, større belastning på den enkelte. Tilrettelegger kom seint inn i bildet og brukte en del tid på å forstå og sette seg inn i både prosjektet og arbeidet ved poliklinikken samtidig som jeg var nyutdannet og nyansatt ved sykehuset! Vi hadde også nettopp avsluttet et teamutviklingsarbeid, så det ble litt vanskelig å finne motivasjon til å starte på enda et slikt prosjekt.</p>	<p>Det ble vanskelig når datoene for erfaringsseminar ble endret på kort varsel eller avlyst. Synd at et møte ble avlyst til tross for at vi hadde meldt saker som kunne taes opp.</p>

Evalueringen fra de fire enhetene tyder på at hver enkelt av dem har vært gjennom ulike interne prosesser i løpet av tiden læringsnettverket har eksistert. Erfaringene og konklusjonene fra hver enkelt av de fire enhetene ved Notodden / Seljord DPS som kommer fram i oversikten over og i kap. 3 – 6 i denne rapporten tyder likevel på at alle deltakerne i læringsnettverket har vært gjennom et bevisstgjøringsarbeid i forhold til systematisk forbedringsarbeid. De fire enhetene vil, hver for seg og sammen, kunne ta disse erfaringene med i sitt videre arbeid med å forbedre sine tjenester. I denne sammenhengen er den øverste ledelsen ved DPSet sentrale i forhold til videre prioritering av dette arbeidet.

9.0. Konklusjoner og anbefalinger

Dette prosjektet har ført til mange viktige prosesser ved Notodden / Seljord DPS som både pasienter, ansatte og ledere vil ha nytte og glede av. Alle enhetene har utført flott og viktig forbedringsarbeid og har gode resultater å vise til.

Læringsnettverket har vist hvilke ubrukte ressurser som ligger i det å spørre og involvere pasientene sterkere i sin egen behandling. Representanten for pasientene som har sittet i læringsnettverket har bidratt med viktige spørsmål og erfaringer i mange sammenhenger. Alle de fire enhetene ved DPSen har intervjuet pasienter for å avdekke forbedringsområder. Enhetene har fokusert spesielt på informasjon for pasientene, og har utviklet ulike tiltak for å sette dette i system.

De to døgnenhetene har tatt for seg prosessen med å ta imot nye pasienter. Begge har, på ulikt vis, arbeidet med avklaring av bl.a. pasientens egen målsetting for oppholdet. Sentrale problemstillinger, som bevisstgjøring av hva miljøterapi betyr i praksis og riktig bruk av de ulike faggruppene som er tilknyttet enheten, har blitt diskutert som en del av forbedringsarbeidet. Enhetene melder tilbake at dette har virket avklarende i forhold til bl.a. roller i pasientarbeidet og for forholdet mellom miljøpersonale og terapeuter. På sikt vil de to sengeenhetene helt sikkert kunne ha nytte av hverandres arbeid på dette området. Begge døgnenhetene ønsker å bruke prosessforbedring som metode i videre forbedrings- og utviklingsarbeid.

Alle enhetene har også brukt fortellinger for å avdekke systemproblemer. Flere av fortellingene synliggjorde behovet for å få en felles avklaring av sub-akutte innleggelser og felles prosedyrer for dette. En slik prosedyre er nå på plass.

De to poliklinikkene har hatt hovedfokus på pasienttilfredshetsundersøkelsen. Det har blitt utarbeidet informasjonsmateriell og nye standardbrev på bakgrunn av tilbakemeldinger fra pasientene. De to poliklinikkene gir også uttrykk for at felles møteplasser for alle fire enheter har hatt positiv betydning, og at det har bidratt til å forsterke hovedfokuset, som er pasientens behov.

Det konkrete forbedringsarbeidet i de to poliklinikkene har i perioder av læringsnettverket blitt vanskeliggjort av sykemeldinger og andre personalforhold. Ubesatte stillinger over tid har gjort teamene sårbare og tiden for arbeidsgruppene knapp. Tilretteleggerne ved begge poliklinikkene har vært sekretærer som ikke er involvert i det direkte pasientarbeidet. Dette har stilt ekstra store krav til de andre deltakerne i arbeidsgruppene, og sårbarheten har derfor blitt tydelig i perioder der teamene ikke har vært fullt bemannet.

Gjennom arbeidet i læringsnettverket har det blitt tydelig at det er viktige ulikheter mellom poliklinikkene og døgnenhetene. Det ser ut som om dette henger sammen både med organisering av arbeidet og fokus for arbeidet. I døgnenhetene samarbeider flere personer og faggrupper rundt hver pasient. Det at pasienten oppholder seg i avdelingen over tid synes også å bidra til at mange prosesser blir lettere å tydeliggjøre. Videre synes personalets direkte deltaking i arbeidet rundt den enkelte pasient å gjøre det lettere å få en felles oppfatning av hvordan prosessene ser ut i dag, og av hvordan de kan forbedres. På poliklinikkene er pasientarbeidet i stor grad konsentrert om relasjonen mellom den enkelte pasient og dennes terapeut. Disse møtes til avtalte tider og har samtalen og kontaktforholdet seg imellom som et

hovedredskap i arbeidet. Det ser ut som om denne rammen kan gjøre det vanskeligere å få øye på felles prosesser som kan synliggjøres og forbedres ved hjelp av prosessforbedringsmetoden. Det arbeidet poliklinikkene har gjort i løpet av prosjektperioden viser imidlertid at prosessforbedring også er nyttig i en slik organisatorisk ramme.

Ledelsen har fått et godt verktøy for å utvikle og lede enhetene sine. Erfaringene viser at det er nødvendig at lederne involverer personalet sitt i størst mulig grad, slik at alle får et eierforhold til de nye prosessene.

Vi som er opptatt av kvalitetsforbedring venter på Sosial- og helsedirektoratets nye nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...og *bedre skal det bli!* De viktigste strategiske grepene i planen er å

- Fokusere på møtet mellom bruker og utøver
- Peke ut tjenesteutøvere og ledere som de viktigste aktørene
- Styrke det faglige innholdet i tjenestene
- Evaluere og forbedre tjenestene kontinuerlig
- Invitere til medvirkning fra brukere og utøvere i alle ledd
- Konkretisere kvalitetsbegrepet for praksisfeltet

Erfaringene fra dette læringsnettverket forteller at prosessforbedring er et godt redskap for å få til kontinuerlig forbedringsarbeid med fokus på pasienten og tjenesteyterne.

For å videreføre forbedringsarbeidet ved Notodden / Seljord DPS er det viktig at ledelsen sikrer rammene. Man bør fokusere på prosessforbedring i virksomhetsplanene både for DPSet og for de enkelte enhetene. Det bør settes mål for hva man vil forbedre for det neste året. Ledelsen bør etterspørre og oppmuntre denne type arbeid.

Hver enhet bør fortsatt ha minst en person som har et spesielt ansvar for dette arbeidet, og det bør sikres rammer i det neste året for virkelig å integrere dette i enhetenes daglige liv.

De som har fungert som tilretteleggere har fått viktig kompetanse som det er viktig å ta vare på og spre til flere. Det bør opprettes et forum for dette arbeidet ved DPSet, der tilretteleggerne og ledere fra enhetene deltar og der man får fram hva den enkelte enhet trenger for å videreføre arbeidet.

En av tilretteleggerne, Gunn Karin Rørvik, har i løpet av prosjektperioden tatt en videreutdanning i ledelse. I den forbindelse har hun, sammen med en medstudent, skrevet en prosjektoppgave om prosessforbedring som ledelsesverktøy. Oppgaven inneholder bl.a. en undersøkelse av hvilke erfaringer lederne i læringsnettverket har fått gjennom arbeidet med prosessforbedring i 18 måneder. Hennes konklusjoner samsvarer godt med anbefalingene i vår rapport. Ledernes involvering i forbedringsarbeidet er en kritisk suksessfaktor, og betydningen av informasjon om hva og hvorfor tiltak prioriteres kan ikke understrekes sterkt nok.

Sist - men ikke minst - vil vi peke på den store utfordringen som fortsatt gjenstår; nemlig å trekke kommunene sterkere inn i arbeidet for å forbedre hele pasientenes tjenestetilbud og for å virkeliggjøre intensjonene i Forskrift om individuell plan (1.juli 2001). Denne utfordringen håper vi DPSets ledelse vil arbeide videre med.

Oversikt over vedlegg

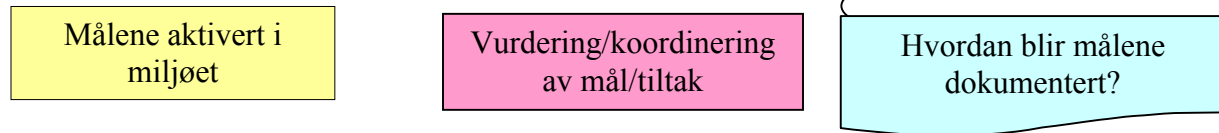
1. Flytskjema over pasientenes målsettingsprosess, VOD Notodden (2 sider)
2. Pasientstyrt forbedringsarbeid: Spørreskjema for å undersøke pasienttilfredshet ved sengeavdelingene (12 sider)
3. Informasjonsbrosjyre, poliklinikken i Notodden (2 sider)
4. Pasientstyrt forbedringsarbeid: Spørreskjema for å undersøke pasienttilfredshet ved poliklinikkene (11 sider)
5. Standardbrev til fastlegene fra poliklinikken i Seljord
6. Innkallingsbrev fra poliklinikken i Seljord
7. Informasjonsbrosjyre, poliklinikken i Seljord (2 sider)
8. Informasjonsperm, poliklinikken i Seljord (6 sider)
9. Flytskjema over inntaksprosessen, døgnavdelingen i Seljord
10. Avslag på søknad om plass til døgnavdelingen i Seljord
11. Standardbrev til fastlegene fra døgnavdelingen i Seljord
12. Melding til pasienter om plass i avdelingen fra døgnavdelingen i Seljord
13. Oversikt over pasientrettigheter fra døgnavdelingen i Seljord

Tema –pasientenes målsettinger VOD Notodden

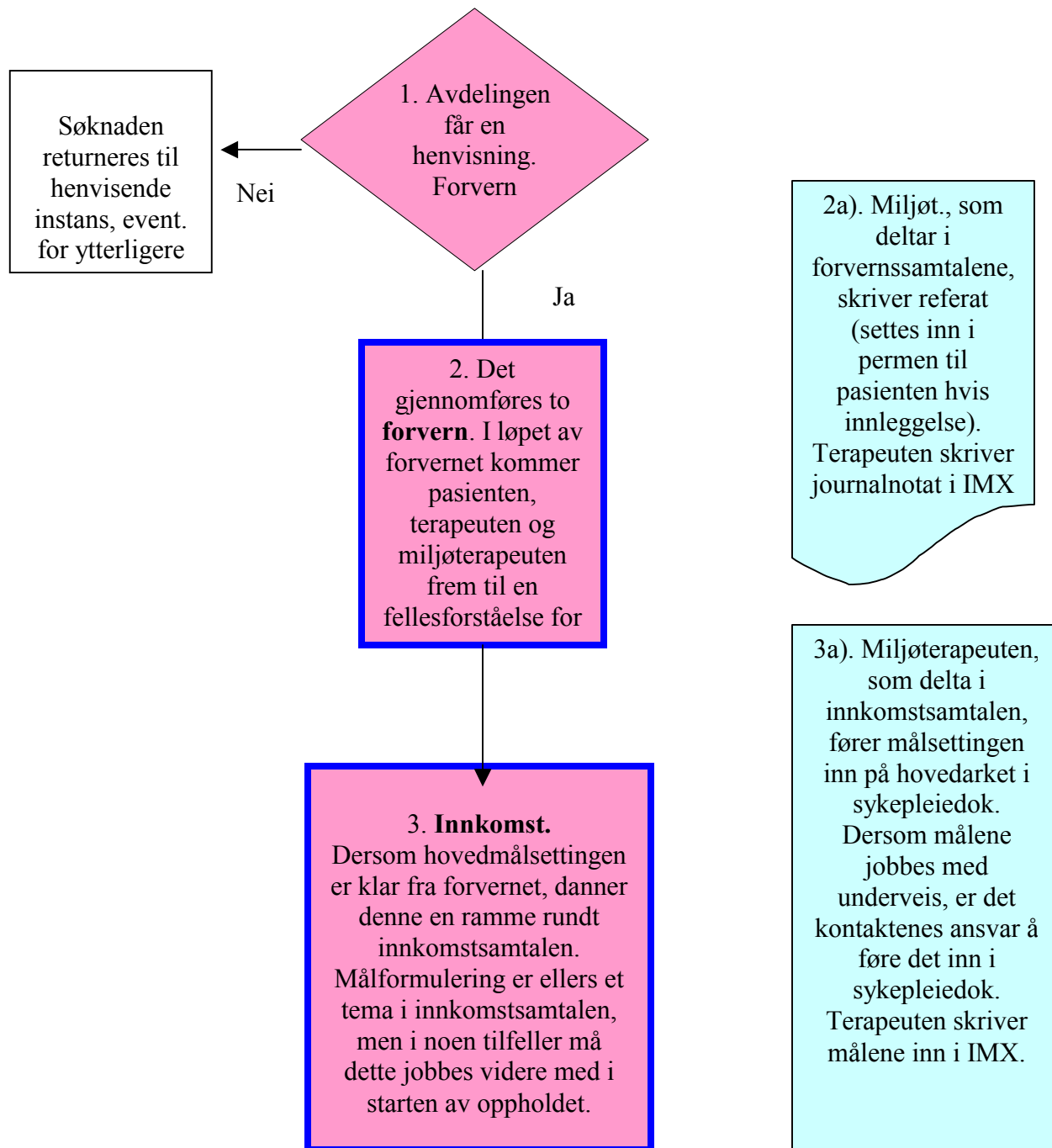
febr.04

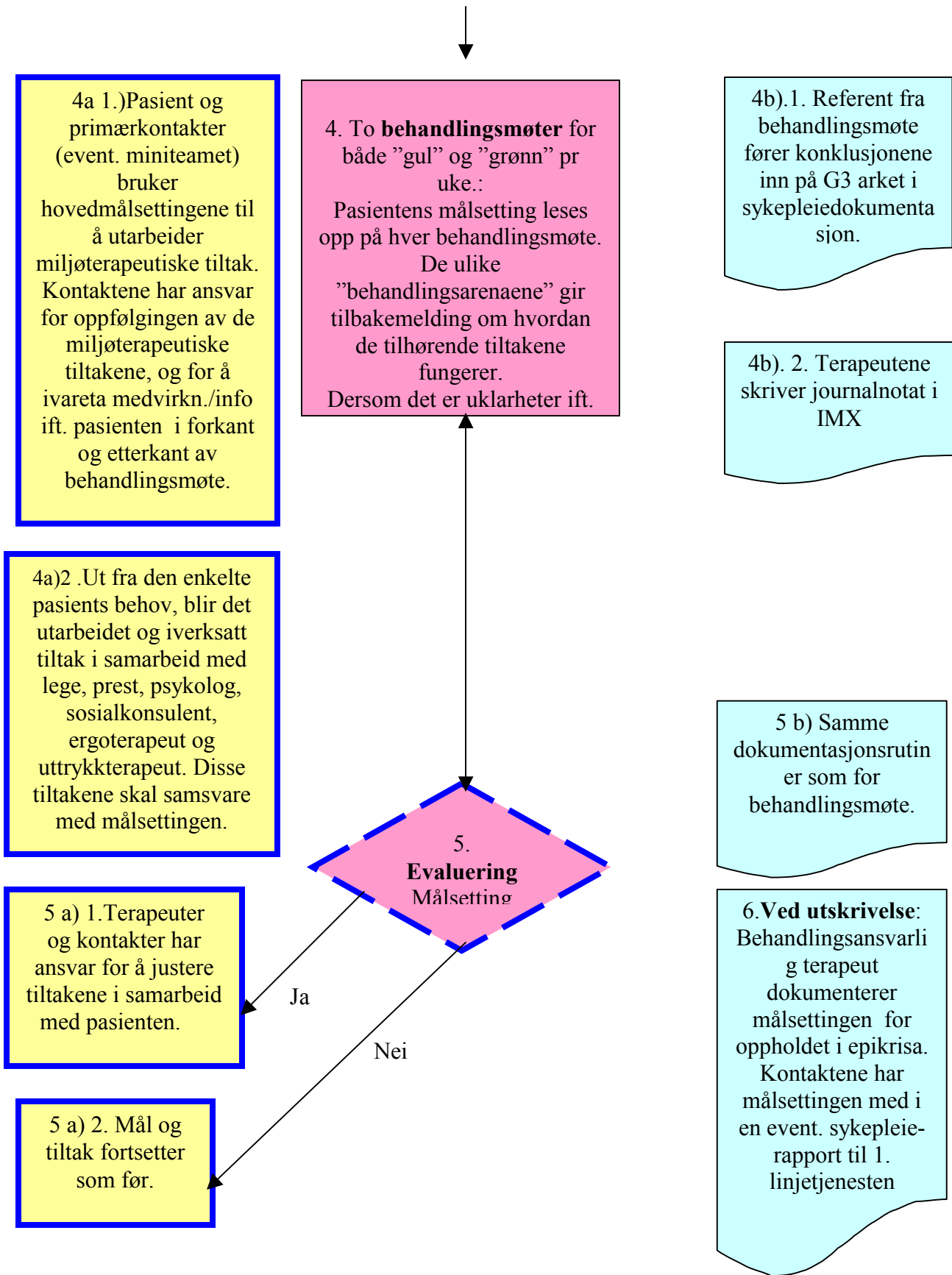
Målsetting for prosessen: Pasientens målsettinger skal kunne følges som en rød tråd gjennom alle behandlingsaktivitetene

Klarer vi å holde fokus? Går målsettingene som en "rød tråd?"



NB: Blå ramme indikerer at pasienten deltar i aktiviteten.





4a 1.) Pasient og primærkontakter (event. miniteamet) bruker hovedmålsettingene til å utarbeider miljøterapeutiske tiltak. Kontaktene har ansvar for oppfølgingen av de miljøterapeutiske tiltakene, og for å ivareta medvirkn./info ift. pasienten i forkant og etterkant av behandlingsmøte.

4. To **behandlingsmøter** for både "gul" og "grønn" pr uke.:
Pasientens målsetting leses opp på hver behandlingsmøte. De ulike "behandlingsarenaene" gir tilbakemelding om hvordan de tilhørende tiltakene fungerer.
Dersom det er uklarheter ift.

4b).1. Referent fra behandlingsmøte fører konklusjonene inn på G3 arket i sykepleiedokumentasjon.

4b). 2. Terapeutene skriver journalnotat i IMX

4a)2 .Ut fra den enkelte pasients behov, blir det utarbeidet og iverksatt tiltak i samarbeid med lege, prest, psykolog, sosialkonsulent, ergoterapeut og uttrykkterapeut. Disse tiltakene skal samsvare med målsettingen.

5. **Evaluering**
Målsetting

5 a) 1. Terapeuter og kontakter har ansvar for å justere tiltakene i samarbeid med pasienten.

5 a) 2. Mål og tiltak fortsetter som før.

5 b) Samme dokumentasjonsrutiner er som for behandlingsmøte.

6. **Ved utskrivelse:** Behandlingsansvarlig terapeut dokumenterer målsettingen for oppholdet i epikrisa. Kontaktene har målsettingen med i en event. sykepleierapport til 1. linjetjenesten

Pasientstyrt forbedringsarbeid

ved

Blefjell sykehus HF

DPS Notodden/Seljord

Voksenpsykiatrisk avdelinger

Kartlegging av pasientenes erfaringer

	Under 25år	26-35år	36-50år	51-65 år	Over 66år
Alder					

Kvinne.....(sett kryss)

Mann.....(sett kryss)

Hvor lenge har du vært innlagt i avdelingen?

Dato for utfylling:

A. Respekt fra personalet.

(sett kryss)

1. Ble du tatt imot på en god måte da du ble innlagt i avdelingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
2. Var personalet høflig og interessert i forhold til deg?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
3. Respekterte personalet dine meninger?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
4. Var personalet tilgjengelig når du trengte det?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
5. Hadde du tillit til personalet?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	

B. Støtte fra personalet (sett kryss)

1. Brydde personalet seg om deg?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
2. Kunne du snakke med personalet om dine personlige bekymringer?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
3. Forsto personalet problemene dine?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
4. Ble du oppmuntret av personalet til å arbeide med dine problemer?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
5. Trodde personalet på deg?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	

C. Sosialt miljø på avdelingen (sett kryss)	
1. Hadde du mulighet til å få være for deg selv når du trengte det?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
2. Hadde du muligheter for meningsfulle aktiviteter i avdelingen?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
3. Kunne du ta i mot familie eller venner på besøk når du ville?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
4. Følte du deg trygg i avdelingen?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
5. Følte du deg ensom i avdelingen?	0. Ja
	1. Delvis
	2. Nei
	Kommentarer:

D. Medvirkning i egen behandling (sett kryss)	
1. Tok personalet hensyn til dine meninger om behandlingen?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
2. Var det et godt samarbeid mellom deg og personalet om behandlingen?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
3. Var du med på å planlegge din egen behandling	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
4. Hendte det at beslutninger om behandlingen ble tatt over hodet på deg?	0. Ja
	1. Delvis
	2. Nei
	Kommentarer:
5. Spurte personalet deg om hva du mente om behandlingen?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:

E. Informasjon (sett kryss)

1. Opplevde du at avdelingen var slik du hadde fått informasjon om på forvernet?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
2. Fikk du forståelig informasjon om praktiske rutiner i avdelingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
3. Fikk du forståelig informasjon om ditt behandlingsopplegg?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
4. Fikk du forståelig informasjon og tilbakemeldinger om ulike prøver/utfyllingsskjemaer tatt under oppholdet?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
5. Fikk du forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av de medisinene du bruker/bukte?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	

6. Fikk du vite at du kunne lese journalen din?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
7. Stolte du på at du fikk korrekt informasjon fra personalet?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
8. Fikk du så mye informasjon som ønsket?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
9. Hendte det at du fikk motstridende informasjon?		0. Ja
		1. Delvis
		2. Nei
	Kommentarer:	
10. Fikk du vite at du kunne klage over behandlingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	

F. Planlegging ved utskriving (sett kryss)	
1. Ble du informert i god tid om når du skulle utskrives?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
2. Har du avtale med en fagperson om oppfølging etter utskrivningen?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	9. Ikke aktuelt
Kommentarer:	
3. Hvis ja,- har du møtt denne fagpersonen?	2. Ja
	0. Nei
	9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:
4. Har personalet ved avdelingen snakket med denne fagpersonen?	2. Ja
	0. Nei
	9. Ikke aktuelt/Vet ikke
	Kommentarer:
5. Har du fått tilbud om individuell plan?	2. Ja
	0. Nei
	Kommentarer:

(sett kryss)

6. Fikk du informasjon om tegn som kan tyde på tilbakefall av dine problemer?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
7. Vet du hva du kan gjøre ved tegn på tilbakefall?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
8. Fikk du beskjed om tegn som kan tyde på bivirkninger av medisinene du bruker?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
9. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på bivirkninger av medisiner?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
10. Har du vært med på å lage planer for din oppfølging etter utskrivningen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	

G. Samarbeid med pårørende		(sett kryss)
1. Spurte personalet om du ville at dine pårørende skulle involveres i behandlingen i avdelingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
2. Fikk du den hjelpen du trengte for å involvere dine pårørende i behandlingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
3. Fikk dine pårørende tilbud om samtaler med deg og din kontaktperson/ behandler i avdelingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
4. Har dine pårørende fått informasjon om hva som kan forebygge at du får tilbakefall?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
5. Har dine pårørende fått informasjon om dine tiltaksplaner for tiden etter utskrivingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
		9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	

H. Opplevd nytte av behandlingen. (sett kryss)

1. Har du hatt nytte av behandlingen til å mestre dine psykiske problemer?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
2. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å mestre dine daglige gjøremål?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
3. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til samvær med andre mennesker?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
4. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å forstå problemene dine?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
5. Dersom noen fikk de samme problemene som du har hatt, ville du råde dem til å legge seg inn ved denne avdelingen?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	

Avsluttende spørsmål:

1. Hva var du mest fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

.....
.....
.....

2. Hva var du minst fornøyd med under oppholdet på avdelingen?

.....
.....
.....

3.a) Hva forstår du med begrepet miljøterapi?

.....
.....
.....

b). Har du fått miljøterapi?

.....
.....

4. Hvis oppholdet har vært nyttig for deg. - Hva var det som hjalp?

.....
.....

5 a). Vet du hva som har vært målsettingen(e) for oppholdet?

.....

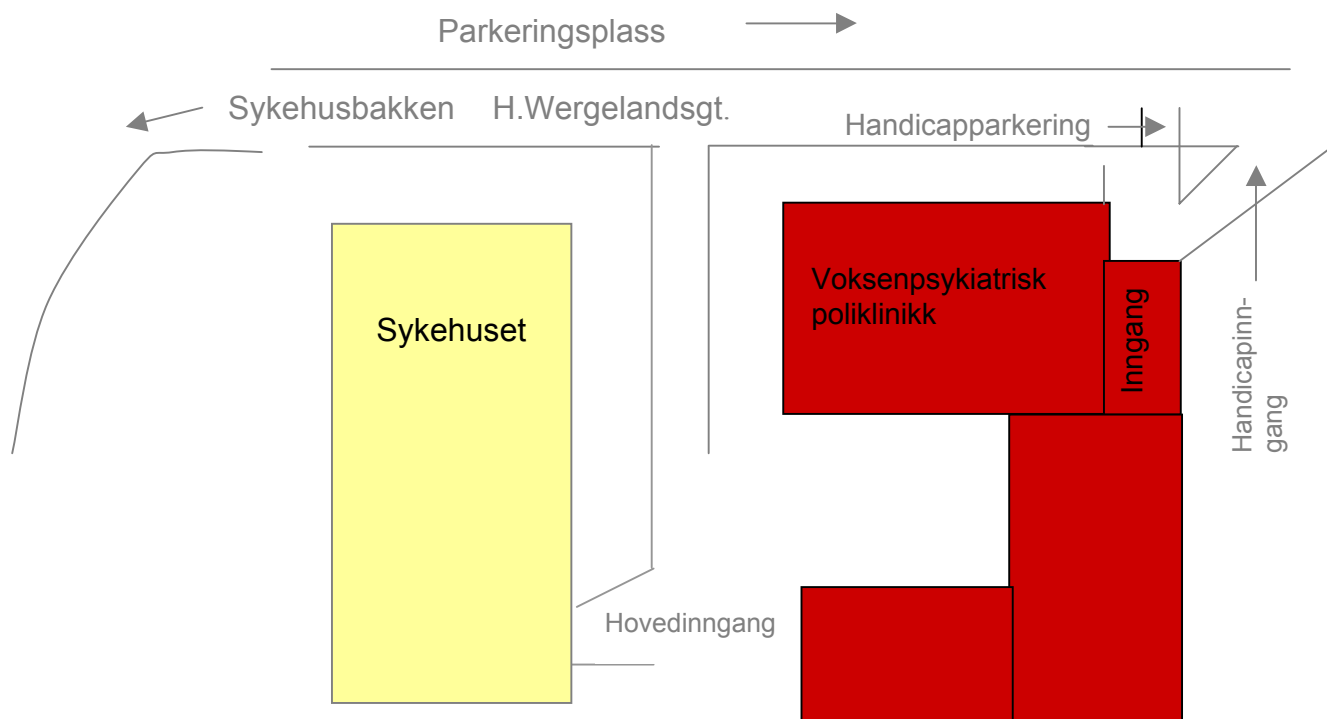
b). På hvilke måte opplever du at det har blitt jobbet med målsettingen din?

.....
.....

6. Andre kommentarer:

.....

Kart:



Slik finner du fram:
Timebussen Anundskås/Sykehuset kjører fra bussterminalen en gang pr. time 25 min over hel. (feks. 10.25, 11.25 osv). Fra sykehuset en gang pr time 40 min over hel (feks .10.40, 11.40 osv)

Adresse:
H. Wergelandsgt. 9
3675 Notodden.

Telefoner

Sentralbord: 35 02 14 00

* * * * *

Vi ønsker at våre verdier
gjenskjennes i vår faglige
dyktighet, respekt
og tilgjengelighet.

* * * * *

BLEFJELL SYKEHUS

Notodden

Velkommen

til
Voksenpsykiatrisk
Poliklinikk
NOTODDEN



Vennligst henvend deg ved vår
ekspedisjon når du møter til
poliklinisk konsultasjon



Gi beskjed dersom du har frikort, dette viser du i ekspedisjonen.

VISSTE DU AT DU HAR RETT TIL:

- Innsyn i journalen din
- Klage på behandling



Her kan du betale med bankkort.



Sykehuset har gratis parkering.



Vi har også handikapparkering –



Du finner kaffe og drikke i poliklinikkens venterom

Er det noe du lurer på vedr. medisiner eller annet i forbindelse med terapi, spør din behandler.



Ekspedisjonens ansatte er behjelpelig med bestilling av drosje fra taxisentral/kjørekontor.

Vi ønsker at du deltar i en brukerundersøkelse når behandlingen er avsluttet, dine synspunkter vil hjelpe oss til å bedre.

Åpningstider ekspedisjon:

Hverdager: kl. 0800 – kl. 15.30

Telefon: 35 02 14 00



Alle polikliniske pasienter skal henvende seg i vår ekspedisjon for fremmøte-registrering.
Bygg C, inngang F (se kartet)

Er du tilfreds med behandlingen din ?

Pasientundersøkelse Ved Blefjell sykehus Notodden og Seljord Voksenpsykiatrisk poliklinikk

Kartlegging av pasientenes erfaringer

Dato: _____

(Kryss av)

Mann:	<input type="checkbox"/>	Kvinne:	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	---------	--------------------------

Alder:	0-20	<input type="checkbox"/>	21-24	<input type="checkbox"/>	25-40	<input type="checkbox"/>	41-50	<input type="checkbox"/>	51-60	<input type="checkbox"/>	61-	<input type="checkbox"/>
--------	------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-------	--------------------------	-----	--------------------------

Behandlingen er tilknyttet	Psyk. poliklinikk	<input type="checkbox"/>	Psyk. ungd.team (PUT)	<input type="checkbox"/>
----------------------------	-------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Varighet av behandling	Inntil 3 mnd:	<input type="checkbox"/>	3 mnd- 1 år:	<input type="checkbox"/>	1 år- 3år	<input type="checkbox"/>	Over 3år	<input type="checkbox"/>
------------------------	---------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------

Hva slags behandling har du fått?	Individuell	<input type="checkbox"/>
	Gruppe	<input type="checkbox"/>
	Familieterapi	<input type="checkbox"/>

A. Respekt fra personalet.

(sett kryss)

1. Ble du tatt imot på en god måte da du møtte til første timen av kontorpersonalet?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
2. Var terapeuten høflig og interessert i forhold til deg?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
3. Respekterte terapeuten dine meninger?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
4. Var terapeuten tilgjengelig når du trengte det?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
5. Hadde du tillit til terapeuten?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	

B. Støtte fra terapeuten

(sett kryss)

1. Brydde terapeuten seg om deg?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
2. Kunne du snakke med terapeuten om dine personlige bekymringer?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
3. Forsto terapeuten problemene dine?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
4. Ble du oppmuntret av terapeuten til å arbeide med dine problemer?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
5. Trodde terapeuten på deg?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	

c. Medvirkning i egen behandling	
(sett kryss)	
1. Tok terapeuten hensyn til dine meninger om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	Kommentarer:
2. Var det et godt samarbeid mellom deg og terapeuten om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	Kommentarer:
3. Var du med på å planlegge din egen behandling?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	Kommentarer:
4. Hendte det at beslutninger om behandlingen ble tatt over hodet på deg?	<input type="checkbox"/> 0.Ja
	<input type="checkbox"/> 1.Delvis
	<input type="checkbox"/> 2.Nei
	Kommentarer:
5. Spurte terapeuten deg om hva du mente om behandlingen?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0.Nei
	Kommentarer:

D. Informasjon		
	(sett kryss)	
1. Fikk du forståelig informasjon om praktiske rutiner i psyk.pol feks. betaling, frikort, reiseutgifter åpningstider osv?	<input type="checkbox"/> 2. Ja	
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis	
	<input type="checkbox"/> 0. Nei	
	Kommentarer:	
2. Fikk du forståelig informasjon om mulige årsaker til dine psykiske problem?	<input type="checkbox"/> 2. Ja	
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis	
	<input type="checkbox"/> 0. Nei	
	<input type="checkbox"/> 9. Ikke aktuelt	
	Kommentarer:	
3. Fikk du forståelig informasjon om ditt behandlingsopplegg?	<input type="checkbox"/> 2. Ja	
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis	
	<input type="checkbox"/> 0. Nei	
	Kommentarer:	
4. Fikk du forståelig informasjon om dine framtidsutsikter, med de problemene du har?	<input type="checkbox"/> 2. Ja	
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis	
	<input type="checkbox"/> 0. Nei	
	Kommentarer:	
5. Fikk du forståelig informasjon om virkninger og bivirkninger av de medisinene du brukte?	<input type="checkbox"/> 2. Ja	
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis	
	<input type="checkbox"/> 0. Nei	
	<input type="checkbox"/> 9. Ikke aktuelt	
	Kommentarer:	

6. Fikk du vite at du kunne lese journalen din?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
7. Fikk du vite at du kunne klage over behandlingen?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
8. Fikk du så mye informasjon som ønsket?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	
9. Hendte det at du fikk motstridende informasjon?		0. Ja
		1. Delvis
		2. Nei
	Kommentarer:	
10. Stolte du på at du fikk korrekt informasjon fra terapeuten?		2. Ja
		1. Delvis
		0. Nei
	Kommentarer:	

E. Informasjon til pårørende	
(sett kryss)	
1. Spurte terapeuten om du ville at dine pårørende skulle få informasjon om dine problemer ev. tilbud om familiesamtaler?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	<input type="checkbox"/> Ikke aktuell
	Kommentarer:
2. Fikk du den hjelpen du trengte for å informere dine pårørende om dine problemer?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	<input type="checkbox"/> 9. Ikke aktuell
	Kommentarer:
3. Fikk du tilbud om at du kan ha med deg pårørende til samtaler?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	<input type="checkbox"/> 9. Ikke aktuell
	Kommentarer:
4. Har dine pårørende fått informasjon om hva som kan forebygges at du får tilbakefall?	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	<input type="checkbox"/> 9. Ikke aktuell
	Kommentarer:
5. Har dine pårørende fått informasjon om hva du skal gjøre etter at kontakten er avsluttet her.	<input type="checkbox"/> 2. Ja
	<input type="checkbox"/> 1. Delvis
	<input type="checkbox"/> 0. Nei
	<input type="checkbox"/> 9. Ikke aktuell
	Kommentarer:

F. Planlegging ved avslutning

(sett kryss)

0. Skal du ha videre behandling?	<input type="checkbox"/>	Kommunehelsetjenesten
	<input type="checkbox"/>	Sengeavdeling her
	<input type="checkbox"/>	Annen institusjon
	<input type="checkbox"/>	Nei
	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuell
	Kommentarer:	
1. Ble du informert i god tid om når kontakten skulle avsluttes?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	
2. Har du avtale med en fagperson (f. eks. lege eller sykepleier) om oppfølging etter at du er ferdig behandlet ved poliklinikken?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	9. Ikke aktuelt
	Kommentarer:	
3. Har du møtt denne fagpersonen?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuell
	Kommentarer:	
4. Har terapeuten ved poliklinikken snakket med denne fagpersonen?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	Ikke aktuell
	Kommentarer:	
5. Har du fått informasjon om hvilke tilbud som finnes for deg i din egen kommune?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	Kommentarer:	

(sett kryss)

6. Fikk du informasjon om tegn som kan tyde på tilbakefall av dine problemer?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	9. Ikke aktuell
	Kommentarer:	
7. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på tilbakefall?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	9. Ikke aktuell
	Kommentarer:	
8. Fikk du beskjed om tegn som kan tyde på bivirkninger av medisinene du bruker?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	9. Ikke aktuell
	Kommentarer:	
9. Fikk du råd om hva du bør gjøre ved tegn på bivirkninger av medisiner?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	9. Ikke aktuell
	Kommentarer:	
10. Har du vært med på å lage planer for din oppfølging etter at kontakten er avsluttet?	<input type="checkbox"/>	2. Ja
	<input type="checkbox"/>	1. Delvis
	<input type="checkbox"/>	0. Nei
	<input type="checkbox"/>	9. Ikke aktuell
	Kommentarer:	

G. Opplevd nytte av behandlingen.	
(sett kryss)	
1. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å mestre problemene dine?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
2. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å mestre dine daglige gjøremål?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
3. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til samvær med andre mennesker?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
4. Har du hatt nytte av behandlingen i forhold til å forstå problemene dine?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:
5. Dersom noen fikk de samme problemene som du har hatt, ville du råde dem til å få behandling her ved psykiatrisk poliklinikk?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	Kommentarer:

Avsluttende spørsmål:

1. Hva var du minst fornøyd med under behandlingen?

.....

.....

.....

2. Hva var det du synes hjalp i behandlingen?

.....

.....

.....

3. Kunne du eventuelt tenke deg å gå i gruppebehandling sammen med andre med lignende problemer som deg isteden for individuell behandling?	2. Ja
	1. Delvis
	0. Nei
	9. Ikke aktuelt

4. Andre kommentarer:

.....

.....

.....

.....

Standard foreløpig melding til fastlege/henvisende lege:

Hr. Lege
Legeveien 999
9999 Legeland

Seljord 02.06.04.

Henvisning vedr Kari Normann 123456 78910, mottatt 01.05.04.

Pasienten møtte til førstegangssamtale 28.05.04.

Pasienten er motivert for fortsatt behandling og vil bli innkalt til kartleggingssamtaler her ved poliklinikken.

Nærmere informasjon om diagnose og behandlingsopplegg sendes ut når nødvendig utredning er gjort, etter førstegangsevaluering med teamet her.

Ta gjerne kontakt på tlf 35 06 55 30, der som ytterligere informasjon er ønskelig.

Vennlig hilsen

Ella Kaasa Harkiolaki
Overlege

Hr. Pasient
Pasientvegen 10
1234 Pasientstad

Notodden 28.11.03.

TIMEAVTALE – VOKSENPSYKIATRISK POLIKLINIKK, SELJORD

Vi har mottatt en henvisning ved psykiatrisk poliklinikk for deg.
Du er velkommen til en samtale:

FREDAG 01.08.03. KL 13.30.

Herfra møter psykiatrisk sykepleier Kari Øverbø.
Timen er på Voksenpsykiatrisk poliklinikk, som er en del av Distriktpsikiatrisk senter i Seljord.

Vennligst fyll ut vedlagte skjema og ta det med til første samtale.
Ta gjerne med deg en person du er fortrolig med.

Dersom dette ikke passer, ber vi deg ta kontakt på tlf 35 06 55 30.

Med vennlig hilsen

Voksenpsykiatrisk poliklinikk
DPS Seljord

Konsultasjonen koster for tiden kr. 245,-
Hvis du uteblir fra timen uten å gi beskjed, blir du belastet med en egenandel på kr. 100,-
Avbestilling må skje senest 24 timer i forveien.

Dersom du uteblir sender vi melding til henvisende instans.

Kopi: Henvisende instans.

BLEFJELL SYKEHUS

Notodden

VELKOMMEN

til

Voksenpsykiatrisk
poliklinikk

SELJORD



Vennligst henvend deg ved vår
ekspedisjon når du møter til
poliklinisk konsultasjon

Slik finner du fram:

Følg skilting fra Brøløsvegen/
Nordbygdivegen i Seljord sentrum.
(Se kart)

Adresse:

Blefjell sykehus
Seljord DPS
Voksenpsykiatrisk poliklinikk
3840 Seljord



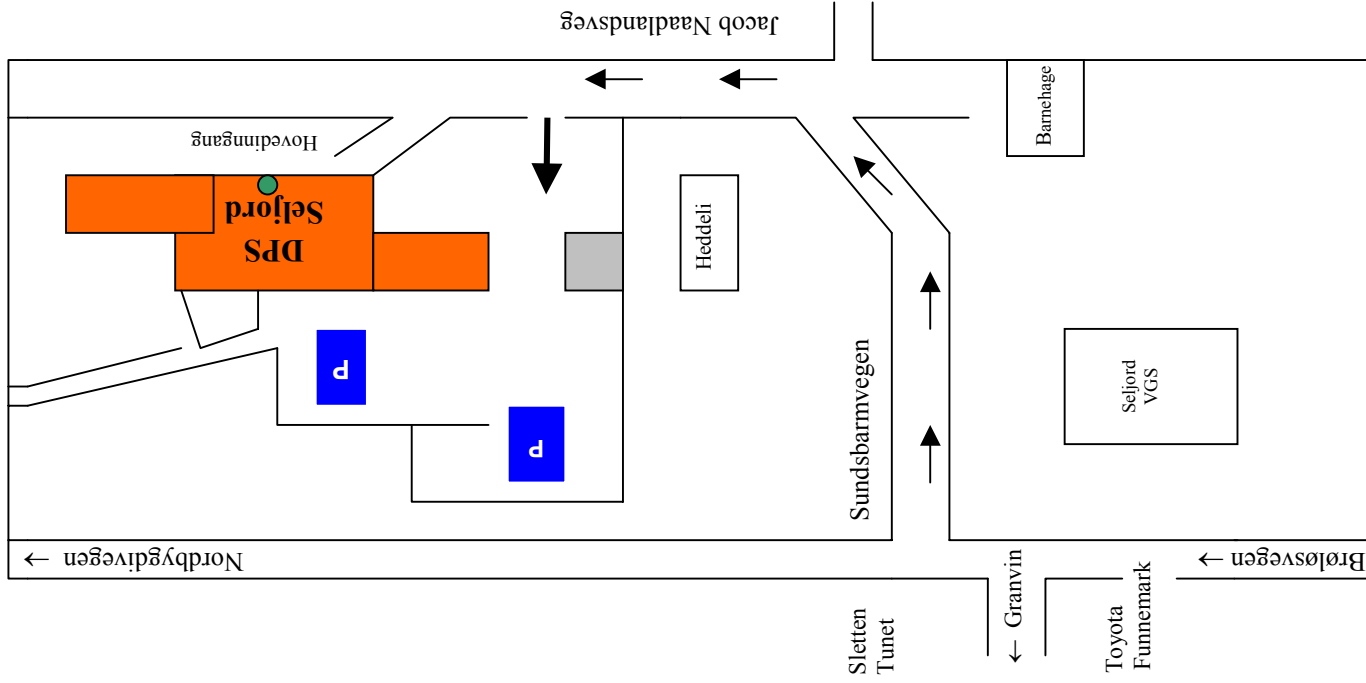
Telefoner:

Sentralbord 35 06 55 00
Poliklinikken 35 06 55 30

* * * * *

Vi ønsker at våre verdier
gjenskennes i vår faglige
dyktighet, vennlighet
og tilgjengelighet.

* * * * *



Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Seljord, er en egen avdeling tilknyttet Blefjell sykehus Notodden, Notodden/Seljord DPS (Distrikts- psykiatrisk senter)

Åpningstider ekspedisjonen:

Hverdager: 08.00 –15.30
(Sommer tid 15. mai – 15. sept: 08.00 - 15.00)



Telefon 35 06 55 30



Alle polikliniske pasienter skal henvende seg i vår ekspedisjon for fremmøtere registrering.

Nyttig informasjon

 Gi beskjed dersom du har frikort, dette viser du i ekspedisjonen.



Her kan du betale kontant eller med bankkort.



Seljord DPS har gratis parkering.
- Se kart for anvist pasientparkering



Du finner kaffe og te i poliklinikkens venterom, samt en brusautomat ved ekspedisjonen ved hovedinngangen



Ekspedisjonens ansatte er behjelpelig med bestilling av drosje fra taxisentral/kjørekontor.



Alle som jobber på sykehuset har taushetsplikt.

Nyttig informasjon

VISSTE DU AT DU HAR RETT TIL:

- Innsyn i journalen din
- Klage på behandling
- Hos oss finner du heftet: "Til Deg som er pasient eller pårørende", her kan du lese mer om rettighetene dine.

For øvrig viser vi til informasjonsspermen, som ligger på venterommet vårt.

Er det noe du lurer på vedr. medisiner eller annet i forbindelse med terapi, spør din behandler

Vi ønsker at du deltar i en brukerundersøkelse når behandlingen er avsluttet, dine synspunkter vil hjelpe oss til å bli bedre. Terapeuten din informerer deg mer om dette.

VELKOMMEN TIL VOKSENPSYKIATRISK POLIKLINIKK SELJORD



*Notodden/Seljord DPS
(Distriktpsikiatrisk senter)*

✓ *Presentasjon*

Voksenpsykiatrisk poliklinikk, Seljord, er en egen avdeling tilknyttet Blefjell sykehus Notodden, Distriktpsikiatrisk senter (DPS) Notodden/Seljord. Poliklinikken gir tilbud om psykiatrisk behandling til mennesker over 18 år som er i psykisk krise, eller som plages med psykiske lidelser. Nedslagsfeltet vårt omfatter 20 000 innbyggere i de 7 kommunene Bø, Seljord, Kviteseid, Fyresdal, Nissedal, Tokke og Vinje.

✓ *Bemanning*

Poliklinikken utgjør et tverrfaglig team som består av psykiater, psykiatrisk sykepleiere, psykologer og enkelte andre yrkesgrupper med spesialkompetanse.

✓ *Taushetsplikt*

Alle som arbeider ved poliklinikken har taushetsplikt i henhold til gjeldende lovverk.

✓ *Henvisning*

Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Seljord er en spesialisthelsetjeneste. Det vil si at det kreves henvisning fra lege/psykolog. Alle nye henvisninger vurderes ukentlig på inntaksmøtet.

✓ *Behandlingen*

I et tverrfaglig samarbeid forsøker vi å tilrettelegge et tilbud, som best mulig kan imøtekomme pasientens behov. I løpet av den første tiden gjør pasient og behandler nærmere avtale om behandlingens form, lengde og hyppighet.

Behandlingen kan foregå i ulike former, utfra den enkeltes behov og ønske. De ulike formene er; individuelle samtaler, par- eller familiesamtaler, pårørendesamtaler, gruppebehandling og medisinerings.

I samråd med pasienten kan det være aktuelt å samarbeide med andre instanser. Eksempelvis Aetat, psykiatritjenesten i kommunen, sosialkontor, trygdekontor, skole eller annen behandlingsinstitusjon.

✓ *Egenandel*

Egenandelen er den samme som ved andre spesialisthelsetjenester i helsevesenet, for tiden kr 245,- inntil oppnådd frikort. Dersom du uteblir uten å gi beskjed innen 24 timer i forveien, belastes du med en egenandel på kr 100,-

✓ *Rettigheter*

- **Rett til helsehjelp:** Loven gir deg rett til nødvendig helsehjelp fra psykiatrien - *dersom* manglende behandling kan gi redusert livslengde og/eller sterkt nedsatt livskvalitet, *om* du kan ha forventet nytte av hjelpen og *om* kostnadene står i rimelig forhold til effekten av behandlingen. Om disse kriteriene er oppfylt, har du rett til tilbud om behandling innen den tid medisinsk forsvarlighet krever.
- **Rett til medvirkning:** Du har rett til medvirkning ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder.
- **Retten til informasjon:** Du har rett til fullverdig informasjon om sykdommens art, behandlingsmetoder, om omfang og varighet av behandlingen, dens antatte effekt og mulige komplikasjoner.

- **Innsynsrett:** Det føres journal og du har rett til innsyn i denne. Du har også rett til å få en kopi av journalen din mot gjeldende takst, fastsatt av Rikstrykdeverket (for tiden kr 70,-). I spesielle tilfeller kan legen nekte en pasient innsyn i journalen. Det er egne regler for rettelse og sletting av journal.
- **Rett til individuell plan:** Denne rettigheten gjelder alle pasienter som har behov for langvarig og koordinert helsehjelp. Formålet med individuell plan innebærer å sikre pasienten et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud. (Du kan lese mer om dette i informasjonsbrosjyren - "Individuell plan", som finnes her på poliklinikken).
- **Klagerett:** Dersom du mener at noen av rettighetene dine er brutt, kan du be om at de blir oppfylt. Dersom dette blir nektet, kan du klage til fylkeslegen. Klagen må være skriftlig. Du har også muligheten til å henvende deg til pasientombudet i fylket, enten skriftlig eller muntlig.
- Ellers viser vi til brosjyren "Til deg som er pasient eller pårørende", hvor du kan lese mer om rettighetene dine. Alle våre informasjonsbrosjyrer finner du i hyllen som henger på veggen utenfor poliklinikkens venterom
- Dersom du har tilgang til Internett, kan du lese alle lover og forskrifter på www.lovdatab.no.

✓ *Ekspedisjonen*

➤ Åpningstider:

Hverdager: kl 0800 - 1530
(Sommertid 15 mai - 15 sept: 0800 - 1500)



Telefon: 35 06 55 30
Telefaks: 35 05 03 87

Vi ber om at alle pasienter, også de med frikort, henvender seg i ekspedisjonen for fremmøtere registrering 😊

✓ *Annen praktisk informasjon*



Gi beskjed dersom du har fått frikort, dette viser du i ekspedisjonen



Her kan du betale kontant (gebyrfritt) eller med bankkort



Ute i gangen ved ekspedisjonen ved hovedinngangen finner du en brusautomat. (Kr 10,- pr flaske)



På poliklinikkens venterom kan du forsyne deg med kaffe og te



Det er ikke lov å røyke inne på sykehuset

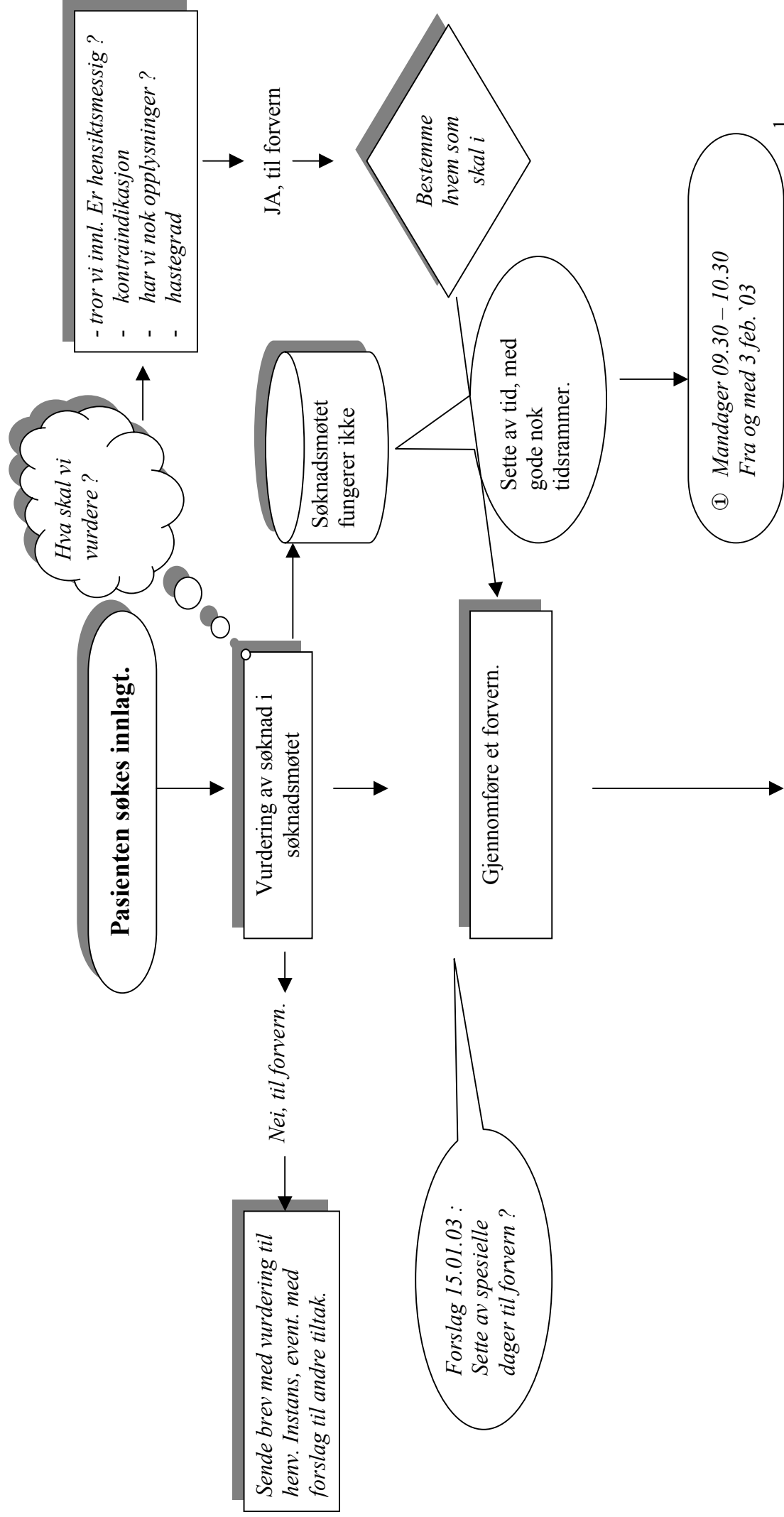


Ekspedisjonens ansatte er behjelpelig med bestilling av drosje fra drosjesentralen

✓ *Brukerundersøkelse*

Vi som arbeider ved DPS Seljord er opptatt av å forbedre tilbudet vårt. I den sammenheng er det viktig for oss å høre hvordan du har opplevd behandlingen. Derfor setter vi pris på om du vil være med i en brukerundersøkelse i form av å fylle ut et spørreskjema, når du er ferdigbehandlet ved poliklinikken. Du skal ikke oppgi navn, og svarene vil bli behandlet anonymt. Terapeuten din vil orientere deg nærmere om dette.

Inntak av pasienter VOD Seljord



Brev sendes til pasient og henvisende instans, med vurdering for *mve/Ina*

NEI, til innleggelse

Vurdering etter forvern **Inntaksmøte**

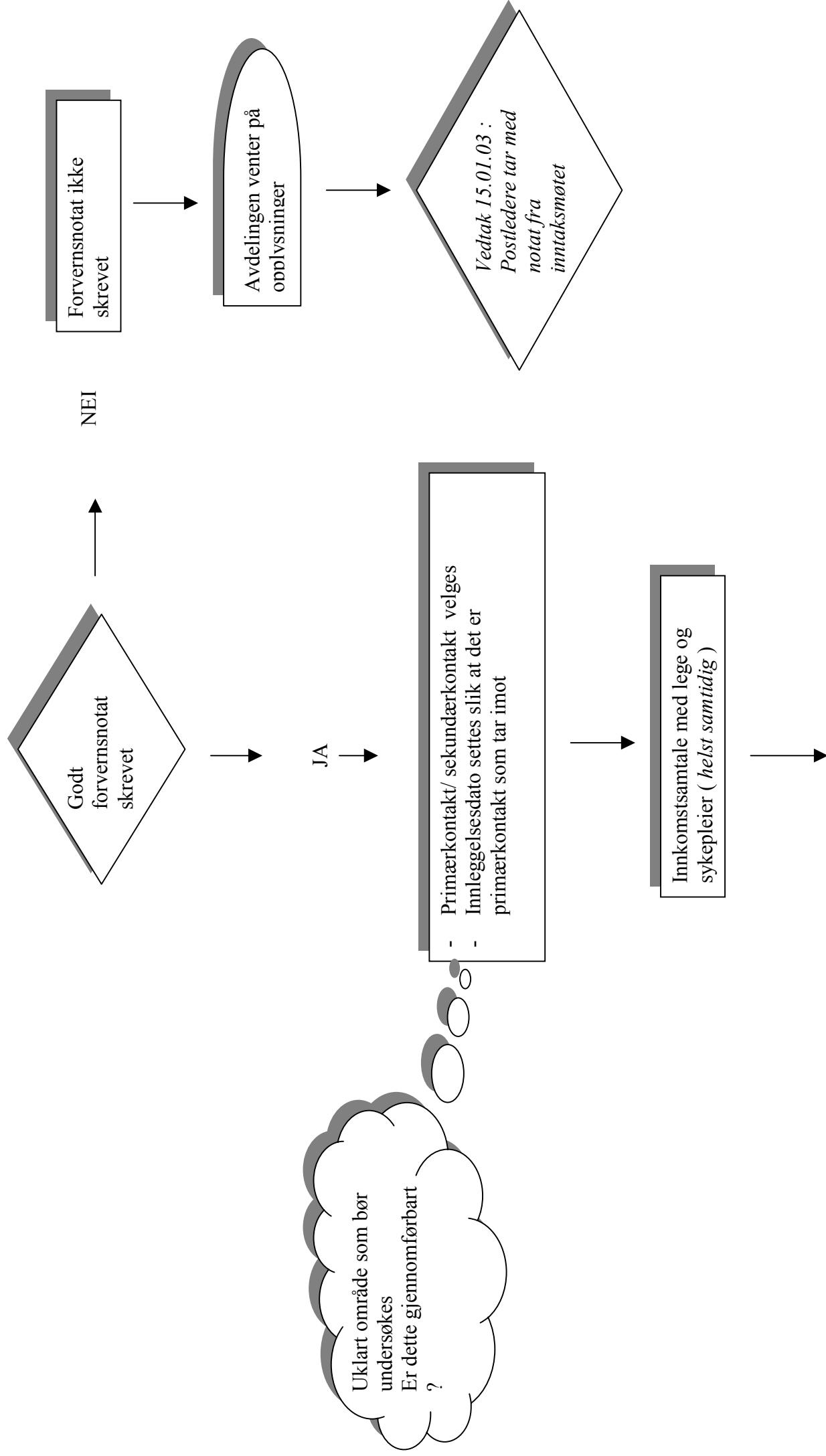
Sende brev til :
- pasient
- primærlege

JA, til innleggelse

Pasienten innlegges

Uklart område, hva trenger legene av informasjon ?

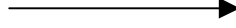
Forslag 15.01.03 : Spørreunders. Til legene ; ” Hva trenger de å få av info ?



Her ser vi
for oss nye
løsninger.

Klargjøring av de
enkelte ressursgruppe-
medlemmers
rolle/oppgave ifht.
pasienten

Førstegangs presentasjon, 15 min.
Danner intern ressursgruppe



*Ressursgruppemøte med
målarbeid. Pasienten er med.*

Peder Aas
Epleveien 10
9999 Hjemby

Att: xxxx

Seljord DPS

Saksbeh.

Dir. tlf. 35065500

Vår dato XxxX

Vår ref. XxxX

Deres dato

Deres ref.

Vedr. søknad om innleggelse

Vi har mottatt søknad om innleggelse for deg fra dr. Lege datert xxxx

Vi har vurdert at innleggelse hos oss ikke er hensiktsmessig. Vi har også informert din lege om dette.

Vi oppfordrer deg til å drøfte situasjonen din videre med fastlege/terapeut, og håper at dere sammen kan finne fram til en god løsning for deg.

Med hilsen

Ragnhild Aarrestad
Overlege

Kopi: Dr. Lege

Dr. Lege
Sykehusveien 10
9999 Doktorland

DPS Seljord

Saksbeh.
Dir. tlf. xxxx
Vår dato xxxx
Vår ref. Ansv. Terapeut
Deres dato
Deres ref.

— **Vedrørende henvisning: Kari Normann, f.nr. 123456 78910 - mottatt 31.07.2003**

Forvernssamtale er gjennomført 20.05.2003. Pasienten har fått tilbud om innleggelse fra 27.05.2003.

Foreløpig målsetting for oppholdet er

Antatt varighet av oppholdet

Ta gjerne kontakt på telefon 35 06 55 00 dersom ytterligere informasjon er ønskelig

Med hilsen

Reidun Erikstein
Avd.leder

Peder Aas
Epleveien 10
9999 Hjemby

DPS Seljord

Saksbeh.

Dir. tlf.

Vår dato xxxx

Vår ref. xxxx

Deres dato

Deres ref.

Etter forvernssamtale gjennomført dato tilbyr vi deg et opphold på avdelingen.

Dato for innleggelse er Vi ber deg møte på post ... kl ankomstdagen.

Foreløpig målsetting for ditt opphold er

Antatt varighet av oppholdet.....

Til frammøtet ankomstdagen må du gjerne ha følge av pårørende eller andre hvis du måtte ønske det.

Ved ankomst i avdelingen vil du bli tatt imot av en fra personalet.

Ta gjerne kontakt på telefon 35 06 55 00 dersom du har spørsmål.

Med hilsen

Reidun Erikstein
Avd. leder

Dine rettigheter som pasient

Rett til journalinnsyn

Alle pasienter har rett til innsyn i egen journal. Dersom du ønsker innsyn, tar du kontakt med din terapeut.

Rett til informasjon

Som pasient har du rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i din helsetilstand og innholdet i den helsehjelp du får. Du har rett til informasjon om mulige risikoer og bivirkninger av medisiner.

Når du gir samtykke til det eller forholdene gjør det nødvendig, har også dine nærmeste pårørende rett til informasjon om din helsetilstand og den helsehjelp du får under oppholdet.

Rett til Individuell plan

Denne retten gjelder alle pasienter som har behov for langvarig og koordinert helsehjelp både fra sin kommune og fra spesialisthelsetjenesten. Formålet med individuell plan innebærer å sikre pasienten et helhetlig og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

Behandlingspersonalet kan gi deg nærmere informasjon, og ved behov yte bistand til å få individuell plan utarbeidet.

Klage på behandling

Hvis du synes at du ikke får riktig behandling bør du ta opp dette med behandlingspersonalet. Dersom personalet avviser din anmodning eller mener at dine rettigheter er oppfylt, kan du rette en skriftlig klage over behandlingen til Fylkesmannen i Telemark. Klagen skal være undertegnet av deg eller en person som har fullmakt til å representere deg.

Kontrollkommisjonen skal føre tilsyn med at pasientenes velferd er tilfredsstillende, og at bestemmelsene i lov om psykisk helsevern er fulgt. Har du klager i forhold til dette kan Kontrollkommisjonen kontaktes.

Personalet har plikt til å hjelpe deg i arbeidet med å fremme klage.

Kontrollkommisjonen skal besøke avdelingen en gang i kvartalet. Ved forhånds- avtalte besøk settes oppslag på oppslagstavle. Det er mulig for pasienter å møte kontrollkommisjonens medlemmer ved besøket. Kontrollkommisjonens formann er lagdommer Steinar Thomassen, Statens Hus, 3708 Skien. Tlf. 35 54 05 00.

Du kan også søke råd og hjelp hos Pasientombudet i Telemark, tlf. 35548720.