

Tilbakemelding angående DPS Skien fra fastlege kolleger i Skien, Siljan og Nome:

Positive tilbakemeldinger:

Det er flott at DPS Skien har begynt å sende ut inntaksnotat til fastlegene.

Det oppleves slik av noen fastleger at det er færre avvisninger enn før fra allmennpoliklinikken

Det er fint med dialog og kontakt underveis i behandlingen.

Godt samarbeid med alderpsykiatrisk. Overlege/behandlere der ringer.

Det ringes mer enn før fra allmennpoliklinikken og det er positivt.
Ambulant team fungerer bra og skriver gode epikriser.
Bra med møter og kontakt er stabiliserende for pasienten

Det er veldig positivt når DPS ringer til fastlegene for supplerende opplysninger til henvisning eller generelt i forhold til behandling.

En kollega mener det kan være ok å avvise noen ganger slik at pasienten forstår at det må brukes mer tid på utredning av problemene i allmennpraksis. Skriv da tydelig at det er dette det gjelder og evt forslag til utredning og utredningsverktøy med mer.
Pasientene godtar ofte dette, men det skaper mer arbeid for fastlegene.
Dette er også en form for samhandling, men ny henvisning må da godtas.
Telefon kontakt rundt slike ting er bra.

Akutt teamet gjør gode vurderinger og sender gode tilbakemeldinger til fastlegene.
Også god oppfølging for de pårørende som inkluderes på en god måte.
Akutt teamet er også flinke til å ringe og tilbakehenvise med råd til fastlegen.

Nome legene opplever godt samarbeid rundt flyktninge-tjenesten i samarbeid med resten av 1 linjen og DPS Skien

Angående henvisninger og inntak:

DPS har en forvirrende organisasjonsmodell med stadige endringer som det er vanskelig å følge med på. Blir da vanskelig å vite hvor en skal henvise og ta kontakt.

Det er et problem med sentrale myndigheters dårlige regulering av privatpraktiserendes psykologers drift. Hva slags avtale har STHF med de private?
Fastlegene ønsker informasjon om dette. Det er ofte vanskelig å få pasienten inn til privatpraktiserende. Liten turnover av pasienter?

De privatpraktiserende tar ikke inne de dårligste og det er lang ventetid generelt.

Henvisninger må ikke avslås med unntak av de som klart er for mangelfulle.
Dårlige henvisninger må sendes i retur og det må bes om supplerende /ytterligere opplysninger.

Det er ofte vanskeligere for fastleger med nye og åpne lister da de ukjente pasienter med problematikk som fastlegen ikke kjenner. De vil ofte ha større behov for å henvise mange.

Det oppleves som veldig personavhengig hvor mye initiativ til kontakt det er fra terapeuter ved DPS. Noen utmerker seg som flinke til å ta kontakt med fastlegen.

Vedrørende henvisninger. Vi gjør så godt vi kan! ?

Ved fornyet /utfyllende henvisning skjerper vi oss litt mer.

Men ved pasient som er kjent ved DPS/psykiatrien og har journal pga tidligere kontakt oppleves det ofte ikke så nøye/evt usikkert hvor mye man skal skrive

Noen henvisninger avvises med forslag til hva fastlegen kan gjøre. Som regel er dette gjort allerede.

Det oppleves da ofte at avvisningen skjer pga liten kapasitet ved DPS og dette er ikke grunn god nok. Kan oppfattes som for enkelt å bare foreslå oppstart av medisiner med antidepressiva.

Noen fastleger opplever også at inntak kan være tilfeldig og uavhengig av fastlegens opplevelse av alvorlighetsgrad.

Kravene i forhold til henvisning kan oppleves for oppfattende og vanskelig i forhold til tidsbruk i allmennpraksis. Pasientene har ofte en klar bestilling på henvisning og er utålmodige mhp at henvisning skal sendes? Kanskje det hadde vært best med en mal for utfylling allikevel? (en kollegas tilbakemelding)

Angående egensøknadsskjema som DPS Porsgrunn har utarbeidet:

Kan være vanskelig for pasienter som er veldig dårlige/fremmedkulturelle/dysleksipasienter med mer. Må brukes med skjønn da det er veldig omfattende.

Lettere å be pasientene skrive om sine egen problemer og bestilling samt egen historie på vanlig ark?

Men kan brukes på noen. Burde det oversettes til fremmedspråk? I alle fall engelsk?

Ikke avvis konsekvent pga bruk av B preparater. For noen pasienter er det ikke mulig eller riktig å kreve full B preparatfrihet.

Noen fastleger bruker /etablerer kontakt med noen få psykologspesialister og har mest nytte av dette for sine pasienter.

Vet da hva slags behandling pasienten får og hvem pasienten kommer til.

Vanskelig å få riktig behandler ved DPS. Kan i større grad håndplukke privatpraktiserende?

Vedrørende samhandling generelt

Det bør være et ønske om å gi de dårligste den beste behandlingen og holde frem det faglige og ikke alltid ressursene.

Å avklare diagnose er viktig, men like viktig å avklare hovedproblem områder som hindrer pasientfunksjon. DPS ene bør være oppmerksomme på flere diagnoser hos pasientene fks vedvarende /grunnleggende diagnoser og ikke bare symptomdiagnoser

Fastlege kan støtte og evt hjelpe til med å sikre oppmøte hos unnvikende pasient. Ta kontakt ved slik problematikk.

Viktig at det lages et godt miljø ved DPS Skien og spesielt allmennpoliklinikken slik at det er attraktivt å jobbe der. Eventuelt flytte behandlere internt? Det er et problem med pasienten som trenger langvarig behandling hos en terapeut pga manglende kontinuitet ved poliklinikken.

Lege ved allmennpoliklinikken må i større og hyppigere grad kobles inn ved medisin og suicidal vurderinger. Spesielt ved kronisk suicidalitet og ved snakk om innleggelse på tvang. Det oppleves bakvendt ved tett kontakt i allmennpoliklinikken at fastlegene skal gjøre dette.

Dårlige pasienter blir ikke alltid bedre og oppleves å ikke få god nok hjelp. Avbrytes og avsluttes for fort. Det hender også at pasienten avsluttes for tidlig fordi terapeut slutter. Fastlegene opplever også at at drop-out pasientene og ikke- møtt pasientene er de dårligste.

Vanskeligere enn før å få time på akutt-teamet samme dag enn ved oppstart av dette tilbudet. Men som regel tilstrekkelig med kontakt dagen etter.

Kan være vanskelig å få lagt inn pasienter akutt. Fastlegene må diskutere og krangle med vakthavende. Suicidal vurderinger kan være vanskelige og ved tvil bør det gjøres en vurdering i mottak og heller avvise der.

Ofte må fastlege/henviser snakke med bakvakt fordi det er varierende erfaringer hos forvakt. Det blir mange telefoner og unødvendig mye tidsbruk. Dette blir et stort problem på legevakt pga tidspress og ventetid for de andre pasientene.

Manglende ledig plass er ikke argument for å ikke ta inn.

Behov for observasjonspost innen psykiatrien slik som på medisinsk avdeling.

Akuttavdelingen har ofte veldige korte opphold. Pasienter blir ofte kasteballer og er ikke ferdig behandlet. Blir et vakuum med økt sykkelighet igjen i ventetid før de får oppfølgende behandling ved DPS.

PUT oppleves ikke å ivareta den psykiatriske biten av problemet til pasienten og fokuserer kun på rus? De må i større grad viderehenvise internt og samarbeide med annen poliklinikk parallelt hvis de selv ikke har kompetanse.

Kriseteamet /akutt teamet har i større grad nye terapeuter som pasientene møter hver gang. Dårligere ansvarsklarering og oppfølging enn tidligere? De gjør ellers veldig gode vurderinger og er flinke med tilbakemeldinger.

Bør være en tydeligere oppsummering intern etter fks gjennomført angstgruppe. Har det hatt effekt eller trenger de videre tilbud ved DPS? Opplever noen ganger som de avsluttes tilfeldig.

Nyttig med samarbeidsmøter og overføringsmøter og spesielt ved utskrivning.
Det er et ønske fra fastlegene om større grad av felleskonsultasjon og overføringsmøter.

Enkelte av disse kollegene opplever frustrasjon i forhold til DPS Skien og har "resignert" da de opplever at kvalitet på behandling ikke er god nok ved DPS.
Savner at hovedbehandler er navngitt og at profesjon er oppgitt.
Opplever at behandlingen og helhet ikke alltid er god nok.
Tilfredsstillende ikke alltid "2 linje tjeneste nivå" og fastlegene kan selv etter mange år arbeid ha større erfaring og kompetanse i psykiatri enn en del behandlere ved DPS.
Noen behandlere har liten kunnskap om hvordan fastleger og 1 linjen jobber.

Det oppleves slik at DPS Porsgrunn i større grad ringer mer tilbake og har et større engasjement for samarbeid fks ved felleskonsultasjoner.
De har også ved allmennpoliklinikken mer utadrettet og fleksibel praksis med fks hjemmebesøk med mer til unntakende pasient og manglende oppmøte.

Noen avsluttes fordi "DPS ikke har noe å tilby denne pasienten".
Dette er ofte dårlige pasienter som er plaget av isolasjon, somatoforme lidelser, kompleks psykiatri.
Disse bør i større grad overføres til ambulant team og et tydelig samarbeid for dette er pasienter som ingen greier alene og heller ikke 1 linjen/fastlegen.
Det samme gjelder retur av pasienter med tung psykiatri og pasienter med kombinert rus og psykiske problemer.

Det er et ønske fra fastlegene om et tydeligere samarbeid mellom STHF og Borgestad og igjen mot fastlegene. Noen pasienter passer ikke verken på Borgestad eller DPS og fremtvinger et samarbeid rundt behandling.
Generelt er det et ønske om økt ruskompetanse ved DPS/psykiatrien.

Ruspasienter behandles fremdeles som andregrads pasienter.
DPS vil ikke ha heroinmisbrukere /aktive rusmisbrukere og 1 linjen /fastlegene greier ikke å holde dem rusfrie i 3 mnd for rene prøver.

Det er ønskelig at det er større kontakt mellom fastlege og DPS om B preparat foreskriving.
Gjelder også avdelingene/sengepostene som ofte har en mer liberal holdning til utskrivning enn poliklinikkene.

DPS Skien oppleves mer "anonym" og fastlegene har mindre eierforhold til denne. Det er liten kontakt og kjennskap til behandlere der og fastlegene er usikre på hvem en skal spørre etter. Kan ofte treffe vakthavende leger med liten erfaring.
Det ville vært fint med en liste over navn og personer man kan ringe til. Legge ut fks oppdatert liste på nett og sende ut på PKO nytt?
Tilgjengeligheten oppleves til dels dårlig på telefon.

En fastlege hevder å ha pasienter som har gått til en terapeut ved DPS i over 20 år. Riktig bruk av tid?

Gode epikrise er viktig. Ikke for lange, men med klar anbefaling i forhold til oppfølging i allmennpraksis. Det kan være liten tydelighet i epikrise om diagnostikk og hva som er gjort.

Det kan være vanskelig å få gode telefonsamtaler når en har pasient inne og fastlegen har det travelt. Det er bedre da at DPS og fastlege avtaler ny oppringing fks på mobilnummer.

Fremdeles mangel på eller dårlige midlertidige epikriser fra Psykiatrisk ungdomsteam og de er noen ganger kun på en linje. Opplevs som tause og fastlegen får lite innblikk i behandling underveis, men dette mulig noe bedre i det siste? Fastlegen vet for eks ikke om pasienten møter og dette skaper usikkerhet ved parallell behandling hos fastlege. PUT bør sende ut journalnotater..

Det er økende mange pasienter som har PTSD og mange med tillegg av somatoform lidelse med sterkt medikaliserings-ønske fra pasientene.

Det er ønskelig at disse pasientene tas inn til utredning og at det sikres enn felles forståelse av problemet hos 1 og 2 linjen og pasienten. Kommunikasjonen kan også være vanskelig pga fremmedspråk. Finnes det gode brosjyrer /informasjon på div språk om dette?

Det er ønskelig at noen ved DPS ene skaffer seg spesialkompetanse på fremmedkulturelles problemer, PTSD og traumebehandling.

En del PTSD pasienter avsluttes for tidlig da ”DPS har ikke mer å tilby”, men mange av disse pasientene burde ha en link inn mot DPS f.eks ved ambulant teams deltagelse i ansvarsgruppemøter eller felleskonsultasjoner som ved andre kroniske psykiatriske pasienter. Disse pasientene kan ha like stort symptomtrykk og lidelse som for .eks borderline pasienter. Ønskelig med tentativ diagnose i inntaksnotat og eventuelt andre notat som sendes ut og i midlertidig epikrise. Kan være lenge å vente på diagnose til epikrisetidspunkt.

Det er også ønskelig at noen skaffer seg spesialkompetanse i forhold til psykiske utviklingshemmede og psykiske lidelser.

Sykehuset Telemark, praksiskonsulentordningen psykiatrisk klinikk,

Dette er innhentet ”sitater” fra fastlegene i oppland til DPS Skien innsamlet i møter med praksiskonsulenten våren 2009. Dette er levert til DPS og klinikk ledelse som viktige tilbakemeldinger angående problemområder i samhandlingen sett fra fastlegenes side.

Praksiskonsulenten opplever at disse møtene er veldig nyttige som arenaer for å formidle informasjon til fastleger fra DPS/praksiskonsulenten og for innhenting av tilbakemeldinger fra fastlegene til DPS/psyk.klinikk.

Praksiskonsulent Astrid Emhjellen

