

# Intensiva Insatser BUP Värmland

BUP-kongressen 2017

# Värmland

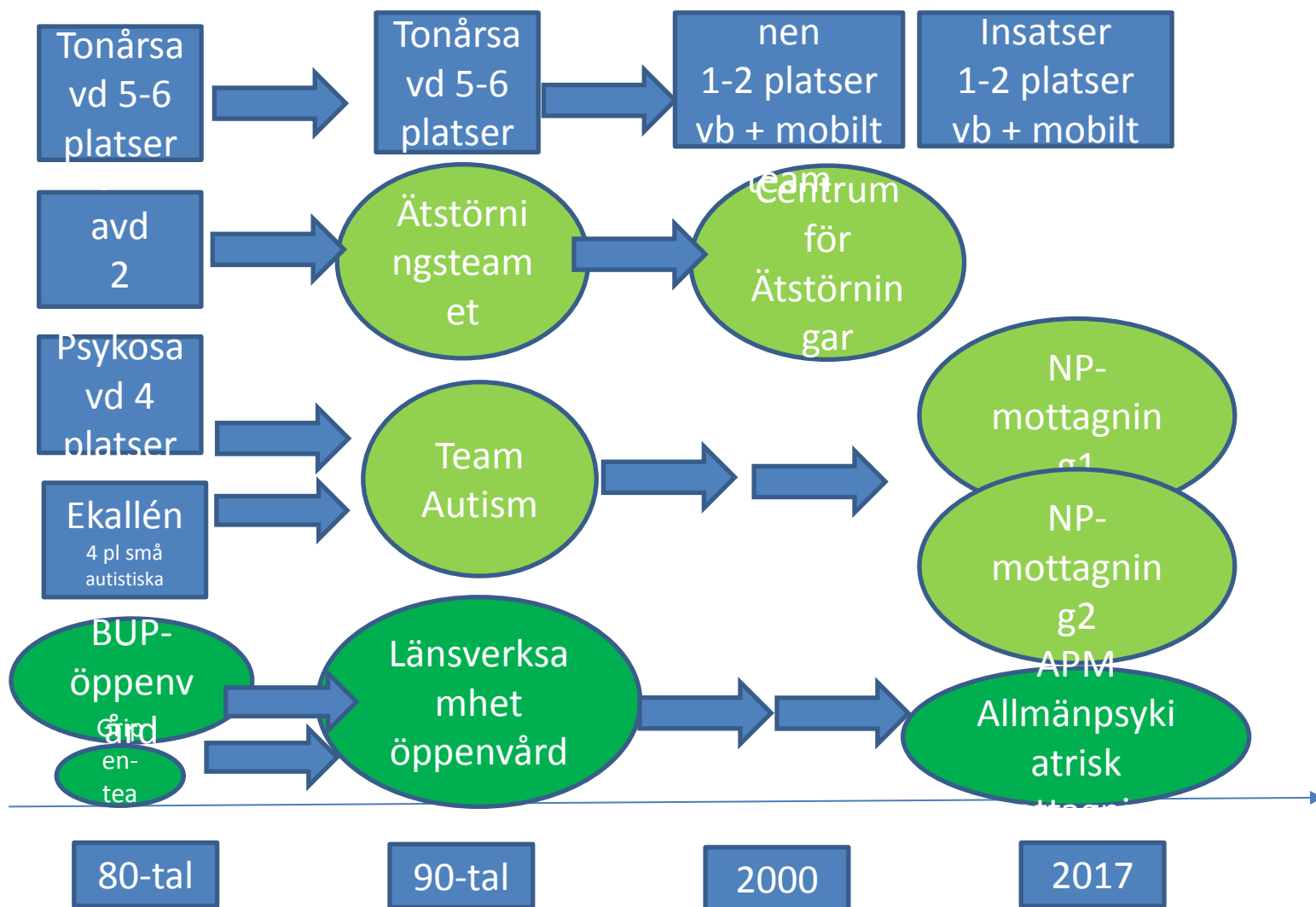
- 56000 barn under 18 år
- 16 kommuner
- All BUP-verksamhet utgår från Karlstad
- 25 mil till norra delarna, 14 mil till norska gränsen

## Intensiva insatser:

- 1-2 platser för slutenvård som öppnas vid behov
- 30-50 vårddygn/år, enstaka "långliggare"
- Ca 20 personal
- 60-80 patienter igång i intensiv öppenvård



# Historik



# Personal

- 1,0 överläkare, ibland ST-läkare
- 2 kuratorer (1,5 tjänst)
- 1, 5 psykolog
- 12 sjuksköterskor
- 4 skötare
- 1 avdelningschef

(inkl 2,8 tjänster i DBT-teamet)



# Vad är vårt uppdrag?

- Ge psykiatrisk högkvalificerad behandling till de ungdomar i Värmland som mår allra sämst psykiskt



- Akut telefonrådgivning dygnet runt, årets alla dagar
- Akutbesök till alla som bedöms behöva samtal inom 24 timmar (dag, natt, helg)



# Vilka tillstånd/diagnoser?

- Psykos (både akut och långtidsuppföljning)
- Svår depression med suicidrisk
- Mycket svåra ångesttillstånd
- Svårt självskadebeteende (DBT-teamet)
- Bipolärt syndrom
- Långvarig ”problematisk skolfrånvaro”
- Asylsökande barn med uppgivenhetssyndrom



# Jourorganisering

- BUP-bakjour dygnet runt (just nu 7 egna öl + hyrlinje). Beredskap B
- Primärjourslinje ibland (1 egen ST, 2 randande ST). Beredskap B
- Akutsjuksköterska kontorstid, Sjuksköterska i beredskap i hemmet övrig tid. Tar alltid första kontakten. Kan ta beslut själv om att sätta upp på akuttid nästa dag. Om akutsamtal nattetid tas det av denna sköterska + aktuell jourläkare. Om avdelningen ska öppnas nattetid bemannar denna sköterska avd samt kallar in ytterligare en sköterska/skötare efter lista.



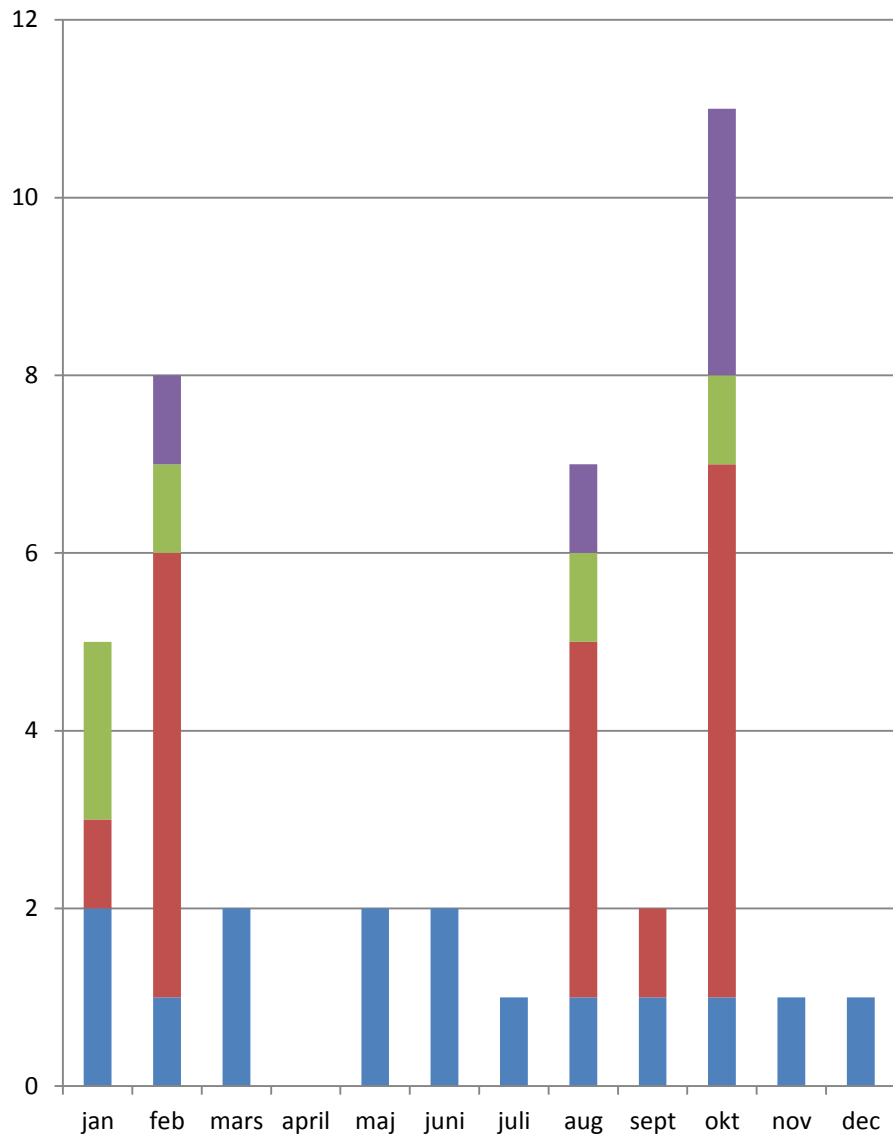
# Inläggningstatistik 2014

23 inläggningstillfällen

20 enskilda patienter

Medelvårdtid 2 dygn  
(median 1)

Totalt 39 vård dygn, varav 14  
LPT







# Tvångsvård

- Har möjlighet till LPT vård, antingen i egna lokaler eller i vuxenpsyks lokaler (BUP-personal bemannar).
- Ca 1/3- 1/2 av vårddygnet är tvångsvård (20 dygn/år?)
- Extremt sällan som andra tvångsåtgärder än "låst dörr" tillämpas. Har ej bältesmöjligheter på BUP. Avskiljning ej aktuellt eftersom vi i princip alltid bara har en patient inneliggande. Tvångsmedicinering ej behövts senaste 5-10 åren.



# Hur jobbar vi?

## Intensiv öppenvård:

- Beredskap för täta hembesök omgående, varvat med mottagningsbesök, SIP mm
- Kontaktpersoner 2-5/ärende (omvårdnadspersonal)
- Alltid omvårdnadspersonal i team med kurator/psykolog/läkare
- Morgonmöte varje dag för planering
- Närteam efter behov
- Behandlingskonferens 1g/v

## Slutenvård:

- samtal varje dag, stärka föräldrar så att de kan klara av situationen utanför avdelningen, tätt samarbete med soc. Basinsatser, hitta struktur och meningsfullhet som kan fortsätta utanför avdelningen.
- Fasta tider för akutbesök varje dag ( motverkar akut inläggning nattetid ibland)

# Akutbesök, inläggning, intensiv öppenvårdsuppföljning på II

- Pojke 17 år. Inkommer med polis kl 01, försökt hoppa från bro. Joursamtal på vuxenpsykakuten (läkare+ssk). Bedöms vara djupt deprimerad, hög su-risk. Sovit mycket dåligt. Ensamstående mamma, som själv har psykiatrisk problematik men som ändå bedöms ha resurser. Ingen våldsrisk. Läggs in på BUP (HSL). Sova! (tillsyn via dörr på glänt)



# (forts)

- Samtal på fm med läkare + kurator + ssk/sköt. Kartlägger stress/sårbarhet, går igenom basinsatser (psykosocial basbehandling). Ställningstagande till medicinering. Plan för närmaste dygnet: Göra schema (meningsfulla aktiviteter, vila, måltider, sömn etc), Hembesök för att vi ska få en bättre helhetsbild, möjlighet att stanna kvar hemma om mamma känner sig redo för det, ev ytterligare en natt på BUP om det bedöms behövas. Om hemma: erbjuder telefonstöd på kvällen, nytt hembesök nästa dag. VAB ("allvarligt sjukt barn"). Fokus på att öka trygghet, minska stress. Öka förälders upplevelse att kunna vara till hjälp, ej vara ensam. Allians.
- Fortsatta insatser enligt vårdplan (sömn, basinsatser, ev medicinering, ev ångesthantering, samarbete med soc/ skola, stödsamtal till ungdom och förälder mm. Undantagsfall fördjupad NP-utredning.)
- Kanske har kontakt ända tills 18år (remiss vuxenspsyk) alt överförs till APM då läget är lugnare.

# Fördelar med öppenvård i stället för slutenvård?

- Fortsätta med det som fungerar (kompisar, van miljö, skola)
- Få det att fungera i den miljö det ska fortsätta att fungera i!
- Stärka föräldrar, minska risk för ännu en ”övergång”, stärka känslan att man inte är beroende av vårdpersonal, kan vara mer delaktig i sitt eget tillfrisknande

# Nackdelar med slutenvård

- Helt ovan miljö, konstgjort
- Tappar kontakt med vanliga livet
- Möter många olika personer (6 personer/dygn, upp emot 20 personer på en vecka), risk att man får olika budskap från olika personer.
- Risk för negativ påverkan av andra inlagda patienter
- Svårt att förbereda för vardag utanför avdelningen



# Vad får vi kritik för?

- Läger över för mycket ansvar på föräldrar, som är slitna

*(men positiv feedback från föräldrar senare i skedet)*

- Socialtjänsten upplever att vi inte tar vårt ansvar fullt ut
- 2 timmars inställetid...





# Patientperspektiv

- Kontinuitet gällande personal som patient/familj möter över tid
- Tillgänglighet dygnet runt, välkänd i hela personalgruppen
- Hög grad av trygghet, brett smörgåsbord som individualiseras
- Stärker patienten i sin hemmiljö, rycks inte bort...
- Förälder involveras, får redskap, ökar delaktigheten och ångesthärbergering

# Personalperspektiv

- Följa förlopp över längre tid, kontinuitet (helhetsperspektiv)
- ”Äger hela kedjan...”
- Teamansvar, känsla av trygghet och hög patientsäkerhet (ser varandra varje dag, delar frustration och framgång, tillåtande klimat i arbetsgruppen)
- Stolthet i att hitta flexibel lösning för varje patient
- Lärande organisation!



# Tre största utmaningarna

1. Ökat behov samtidigt som resurser minskar (hög arbetsbelastning, arbetsmiljöproblem!) Risk att tappa personal, vilket är dyrt.
2. Brist på Läkare, psykologer, specialistutbildade sjuksköterskor på hela BUP
3. Ekonomi/resursbrist medför minskad handledning, utbildning, utveckling

# Tre största styrkorna

1. "Äger hela kedjan själva", möjliggör flexibilitet, individualisering
2. Vår personal!
3. Helhetssyn, försöker se barn och även föräldrar i sitt sammanhang, stärka dem, och har en tro på att vårt arbetssätt är bra för ungdomarna och deras familjer.  
Teamkänsla, jämför DBT, aldrig ensam, delat ansvar.



*”Inte ta över  
och inte överge...”*



lena.isaksen@liv.se  
cecilia.gustafsson@liv.se