

# Rapport om SAMRUS prosjektet

Pål Ager-Wick

August 2, 2013

## Oppsummering

Prosjektet hadde som mål å få en oversikt over hvordan kommunene Nedre- og Øvre Eiker samarbeider med spesialisthelsetjenesten i dag. Videre skulle vi se hvor skoen trykket om det er noen områder som burde prioriteres når samhandlingsreformen implementeres også i psykisk helse. Dette oversiktsarbeidet skulle munne ut i å beskrive noen arbeidsmodeller som kunne forbedre og forberede psykiatritjenesten på kommende utfordringer.

- Beskrive organisering (ansvar rollefordeling), helhetlig behandlingsmodell og pasientflyt i kommunal psykiatri- og rustjenesten, andrelinjetjenesten, fastleger og NAV
- Tiltak for bruk av IP aktivt ovenfor alle pasienter
- Utarbeide prosedyre for hvem og hvordan somatisk helse sikres hos pasientgruppen
- Lage system for at alle pasienter skal ha arbeid og aktivitetsplan
- Definere roller og ansvar slik beskrevet i resultatmålene
- Lage et system for systematisk å motta, bearbeide og videreformidle bekymringsmeldinger til rette instans
- Tilpasse veilederen for internkontroll til driften i de respektive kommunale tjenester

Det lot seg ikke gjøre å gjennomføre alle hovedtiltakene innenfor prosjektperioden. Det skyldes at jobben med kartlegging og eksisterende samhandling mellom de forskjellige tjenestene var mye mer omfattende enn først antatt. Det finnes i dag få prosedyrer i psykisk helse og etter styringsgruppens mandat valgte vi å fokusere på beskrivelsen av dagens system. Vi ser for oss at dette kan være verdifull informasjon å bygge tjenestene videre på for kommunen og gi andrelinjetjenesten en oversikt over kommunens tilbud i dag. Det er enighet i gruppa om at utviklingsarbeid av tjenestene i dag har en liten plass i arbeidshverdagen og at det er et behov for å videreføre denne typen arbeid. Det kan gjerne følge opp hovedtiltakene som ble gitt denne gruppen.

# Contents

<b>1</b>	<b>Oversikt og bakgrunn</b>	<b>2</b>
1.1	Utfordringer . . . . .	2
1.2	Bakgrunn . . . . .	2
<b>2</b>	<b>Arbeidsmetode</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Slik er organiseringen av tilbudet</b>	<b>6</b>
3.1	Øvre Eiker . . . . .	6
3.1.1	NAV . . . . .	6
3.1.2	Rus- og Psykiatritjenesten . . . . .	6
3.2	Nedre Eiker . . . . .	7
3.2.1	NAV . . . . .	7
3.2.2	Psykiatritjenesten . . . . .	7
<b>4</b>	<b>Møtene</b>	<b>8</b>
4.1	Møteformat og gjennomføring . . . . .	8
4.2	Styringsgruppen . . . . .	8
4.2.1	Styringsgruppens første møter . . . . .	8
4.2.2	Styringsgruppens andre møte . . . . .	8
4.3	Arbeidsgruppen . . . . .	8
4.3.1	Arbeidsgruppens første møter . . . . .	8
4.3.2	Arbeidsgruppens andre møte . . . . .	8
4.3.3	Arbeidsgruppens tredje møte . . . . .	8
4.3.4	Arbeidsgruppens fjerde møte . . . . .	8
4.3.5	Arbeidsgruppens femte møte . . . . .	8
4.3.6	Arbeidsgruppens heldagsmøte . . . . .	8
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>9</b>
5.1	Største utfordringer for oss per i dag . . . . .	9
5.2	Forslag til løsninger . . . . .	9

<b>6</b>	<b>Veien videre</b>	<b>10</b>
6.1	Forslag til konkrete prosjekter . . . . .	10
6.2	Prosjektgruppens anbefalinger . . . . .	10
6.3	Søknad om midler til videre prosjekter . . . . .	10
	<b>Kilder:</b>	<b>11</b>

## Del 1

# Oversikt og bakgrunn

### 1.1 Utfordringer

Det mye som fungerer godt i dagens system, men det er preget av ineffektive pasientløp, tidvis vanskelig kommunikasjon og tilfeldigheter som avgjør om pasienter får tilbud de skal ha. Det er lite systematikk i bruk av IP og ofte utelates det helt. IP er ikke i alle tilfeller egnet, men at pasienter bør ha en plan og et forløp er det enighet om.

Måten psykiatrien er organisert på er et bilde av hva som er godt med det kommunale helsetilbudet: Det er en stor omsorg og evne til å løse ting og tidvis manglende organisering og faglige begrunnede behandlingsløp. Dette gjør at enkeltindivider får god oppfølging mens andre ramler utenfor.

Fra helseforetakets side er stadige endringer med fokus på effektivisering, flytting og endring av ansvarsområder.

### 1.2 Bakgrunn

Som i mange andre prosjekter starter vi også her med Stortingsmelding nummer 47, Samhandlingsreformen [1]. Budskapet til reformen og forarbeidene har vært at ved å bli bedre på samarbeid, ikke jobbe på hver vår tue, kan vi gi bedre pasientbehandling(alibiet) og spare penger(det virkelige målet).

Mens de ikke sjelelige sykdommer allerede er 1,5 år i denne reformen, kommer det signaler om at psykiatrien også vil bli inkludert. Det er vel og bra men det er en del nasjonale og lokale utfordringer i disse sykdomsgruppene som foreløpig er uavklart.

Det er ingen enighet om hva som er definert som behandling av psykiatripasienter i kommunen. Det mangler avgjørende kompetanse for å avgrense behandlingsløp. Det synes å være problemer med å skille kurative og kroniske pasientforløp. Det er også motstand mot å bruke IP da dette er sett på som et statisk og i mange tilfeller lite egnet verktøy.

Likevel synes det at mange spennende samarbeidsmodeller vokser fram organisk omkring pasienter på enkeltpersonnivå. Vi er blitt gode til å finne løsninger som på tross

av systemet i stedet for på grunn av systemet. Det er også en sterk vekst i etterspørselen av tjenester fra kommunal psykiatri. Tjenestene i begge kommuner rapporterer om at de operer tett oppunder hva som er maksimalt utnyttelse av tjenestene sine og at dette går ut over nye søkere og tilbudet som forventes i befolkningen. Det har også de siste 40 årene vært en sterk nedbygging av statlig psykiatriske institusjoner, både nasjonalt og regionalt [2]. Det er halvert antall heldøgns plasser siden 1990. Disse bor nå i kommunene og skal ha tilbud herfra.

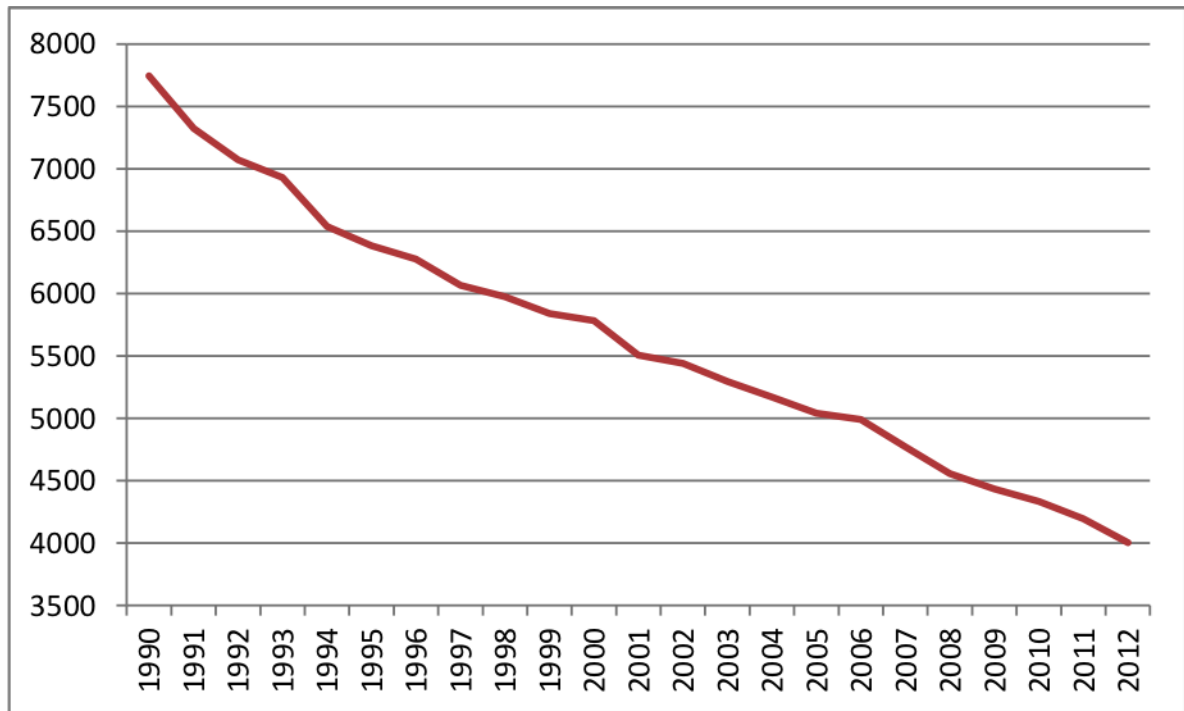


Figure 1.1: Denne oversikten er basert på et uttrekk fra SSB *heldøgns plasser*. Det er en sterk reduksjon i disse plassene siden tidlig 90-tall. Det er vanskelig å forstille seg hvordan kommunen alene skal håndtere alle disse uten hjelp av innleggelses.

Kommunene har ikke ansatte psykiatere og i liten grad ansatt psykologer slik at det meste av arbeidet utføres av sykepleiere med eller uten spesialisering i psykiatri og fastlegene. Selv sykepleiere med spesialkompetanse er ikke i stand til å handle ut over sin faglige kompetanse. Det innebærer, ikke endre- eller iverksette ny behandling, ikke iverksette- eller endre medisiner. Dette er en stor utfordring fordi de færreste pasienter har behandlingsopplegg definert av spesialisthelsetjenesten eller fastlegen. Fastlegene kan ha manglende kompetanse på psykiatriske pasienter, særlig alvorlig psykiatri. Sykepleierne i psykiatritjenesten havner daglig ut for situasjoner hvor de må ta avgjørelser som grenser opp mot deres lovpålagte begrensinger i helsepersonellovens §4, noe som i sin tur bryter den kommunale helse og omsorgstjenesteloven [3]. Dette er store nasjonale utfordringer, som forplanter seg ned til kommunene. Utfor-

dringer vi ikke er rustet til å møte med dagens organisering.

## Del 2

# Arbeidsmetode

Møtene har vært strukturert rundt målene som ble angitt i prosjektbeskrivelsen [4]. Det har vært lagt mest ressurser i kartlegging av den nåværende situasjonen. Det er umis-  
telig viktig å forstå hvordan tjenestene fungerer sammen i dag for å kunne forbedre og  
endre dem.



## Del 3

# Slik er organiseringen av tilbudet

Her følger en beskrivelse av de enkelte møtene, med mål for møtet og hva som ble diskutert. Det ble tidlig viktig å bruke mye tid på diskusjon hva som er status per i dag. For eksempel å lage en konkret modell for implementering av IP som arbeidsverktøy er ikke lett dersom vi ikke er ferdige med å diskutere hvordan arbeidet vårt er organisert. Oversikt over tjenestene:

### 3.1 Øvre Eiker

#### 3.1.1 NAV

- Har ingen registrering av pasienter med rus- og eller psykiatriske problemer. Det er svært varierende hvor mye oppfølging forskjellige pasienter får. Det er ingen formaliserte samarbeidsrutiner

#### 3.1.2 Rus- og Psykiatritjenesten

- Jobber mest ambulerende. Har omlag 300 registrerte brukere eller pasienter. Det er ingen oversikt over hvilke pasient løp som følges. Ingen registrering av pasienter etter diagnoser. Ingen fastlagte behandlingsløp for grupper eller enkltpasienter. Det meste av arbeidet brukes oppsøkende.
- Det tilbys omlag to "Kurs i Depresjonsmestering"(KID) per år. Det er ingen formaliserte samarbeidsavtaler med Nedre Eiker. Samarbeidet med DPS i Kongsberg beskrives som nær og godt og uten forbedringspotensial. Det vanskeligste er den store pågangen av pasienter som også er vanskelige å avslutte. Det kan også være frustrerende med den store mengde akutte hendelser som stjeler tid fra andre oppgaver. Rustjenesten følger opp XXX LAR brukere og andre rusmisbrukere. De tilbyr ADDIS kartlegging og veileder i daglige oppgaver, søker inn til rehabilitering og følger opp kommunens ansvar.

- Det foreligger ingen tall på hvor mange henvisninger som kommer eller blir avvist. Det er laget en mal for henvising fra fastlegene.
- Tjenesten er organisert med tjenesteleder og har ellers flat struktur. Det er også et dagtilbud hvor pasienter kan møte på et dagsenter for lavterskel aktivitet.
- Tjenesten følger også opp pasienter i boliger, samt kjøpte tilbud for pasienter med særlig store hjelpebehov.

## 3.2 Nedre Eiker

### 3.2.1 NAV

- Jobber tre ruskonsulenter i totalt 2,5 stillinger. Integreringen bidrar til godt samarbeid og integrasjon med NAV-tjenester, men veien til andre kommunale tjenester oppleves som lang noen ganger.

### 3.2.2 Psykiatritjenesten

- Jobber også mest ambulerende, men har også pasienter på kontoret.
- Boliger og dagtilbud er underlagt psykiatritjenesten.
- Ungdomstilbud?
- KID kurs to ganger per år.
- Jobber med å utvikle et eget oppfølgingsteam for særlig behovskrevende brukere.
- Administrerer oppfølging med urinprøver av metadonbrukere.
- Oppfølging fra DPS månedlig.

## Del 4

# Møtene

### 4.1 Møteformat og gjennomføring

Det ble gjennomført 7?? møter i arbeidsgruppen og to møter i styringsgruppen.

### 4.2 Styringsgruppen

#### 4.2.1 Styringsgruppens første møter

#### 4.2.2 Styringsgruppens andre møte

### 4.3 Arbeidsgruppen

#### 4.3.1 Arbeidsgruppens første møter

#### 4.3.2 Arbeidsgruppens andre møte

#### 4.3.3 Arbeidsgruppens tredje møte

#### 4.3.4 Arbeidsgruppens fjerde møte

#### 4.3.5 Arbeidsgruppens femte møte

#### 4.3.6 Arbeidsgruppens heldagsmøte

## Del 5

# Diskusjon

5.1 Største utfordringer for oss per i dag

5.2 Forslag til løsninger

## Del 6

### Veien videre

- 6.1 Forslag til konkrete prosjekter
- 6.2 Prosjektgruppens anbefalinger
- 6.3 Søknad om midler til videre prosjekter

## Kilder:

- [1] Helse- og Omsorgsdepartementet, *Stortingsmelding 47, 06/2009, Samhandlingsreformen*. Hansen, Bjarne Haakon(Minister)
- [2] Statistisk Sentralbyrå, uttrek basert på online database, *SSB 2013, aggregerte data*.
- [3] Helse- og Omsorgsdepartementet, *Helse- og Omsorgstjenesteloven, 2012*. Regjeringen Stoltenberg II
- [4] Prosjektbeskrivelse, *Helse- og Omsorgsseksjonene i Øvre- og Nedre Eiker*. Styringsgruppen: Tor Erik Befring (*Leder*), Lisbeth Nymo m. fl.

# List of Figures

1.1	Oversikt over reduksjon i <i>heldøgnsplasser</i> . . . . .	3
-----	--	---

## List of Tables