

Rapport om SAMRUS prosjektet

Pål Ager-Wick

September 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

1	Oversikt og bakgrunn	2
1.1	Utfordringer	2
1.2	Bakgrunn	2
2	Arbeidsmetode	5
3	Slik er organiseringen av tilbudet	6
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
4	Møtene	8
4.1	Møteformat og gjennomføring	8
4.2	Oppsummering	8
4.3	Styringsgruppen	8
4.3.1	Styringsgruppens første møter	8
4.3.2	Styringsgruppens andre møte	9
4.4	Arbeidsgruppen	10
4.4.1	Arbeidsgruppens første møte	10
4.4.2	Arbeidsgruppens andre møte	10
4.4.3	Arbeidsgruppens tredje møte	11
4.4.4	Arbeidsgruppens fjerde møte	13
4.4.5	Arbeidsgruppens femte møte	13
4.4.6	Arbeidsgruppens heldagsmøte	13
5	Diskusjon	14
5.1	Største utfordringer for oss per i dag	14
5.2	Forslag til løsninger	14

6	Veien videre	15
6.1	Forslag til konkrete prosjekter	15
6.2	Prosjektgruppens anbefalinger	15
6.3	Søknad om midler til videre prosjekter	15
	Kilder:	16

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.

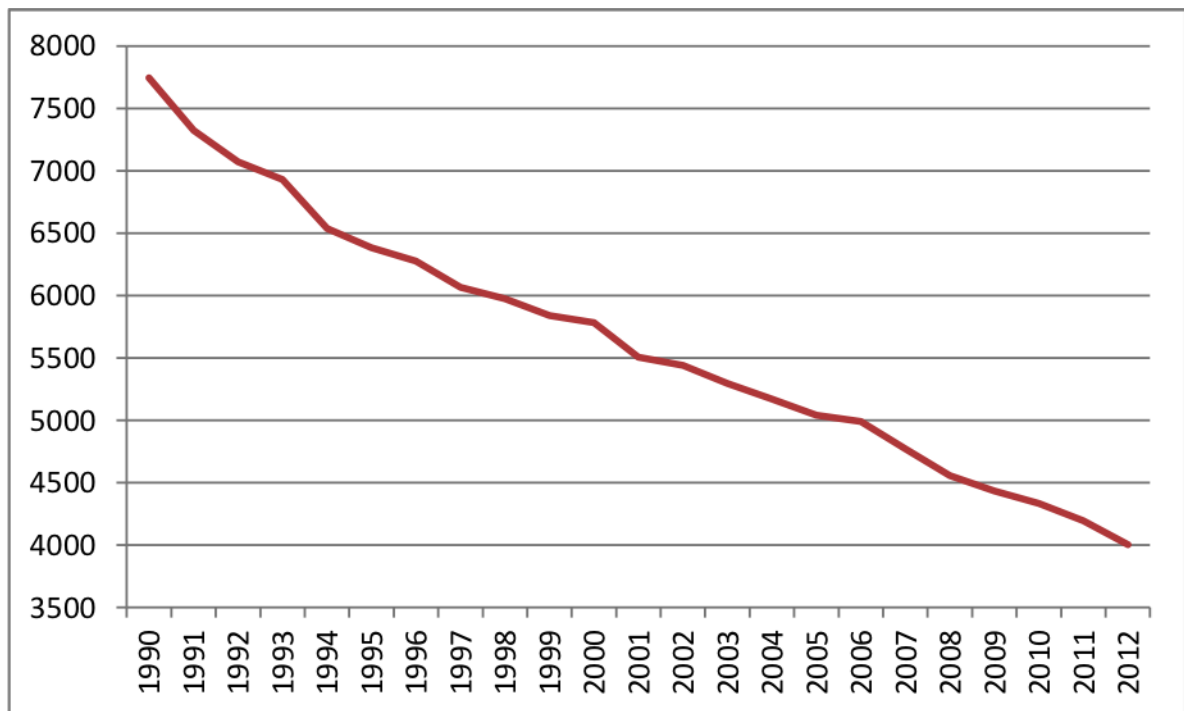


Figure 1.1: Denne oversikten er basert på et uttrekk fra SSB *heldøgns plasser*. Det er en sterk reduksjon i disse plassene siden tidlig 90-tall. Det er vanskelig å forstille seg hvordan kommunen alene skal håndtere alle disse uten hjelp av innleggelser.

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 begrensninger 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 enektpasienter. 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 6 møter i arbeidsgruppen og to møter i styringsgruppen. Ett av møtene i arbeidsgruppen var et heldagsmøte.

4.2 Oppsummering

4.3 Styringsgruppen

4.3.1 Styringsgruppens første møter

Det er med vilje at det er angitt to ”første møter” for styringsgruppen. Det er fordi at gjennomføringen av prosjektet stod og falt på delfinansiering fra helsedirektoratet. Dette er svært pressede områder i helsesektoren og man måtte frikjøpe blant annet prosjektssekretær for å gjennomføre prosjektet meningsfullt.

Det ble gjennomført ett møte 08.02.2012 hvor prosjektdirektivet[4] ble gjennomgått og endret før politisk behandling og gjennomføring. Resultatmål ble fastsatt til:

- Beskrevet en modell for enhetlig jobbing i rus og psykiatritjeneste
- Etablert et system for at hver pasient får en plan for arbeid og aktivitet i løpet av oppfølgingen
- IP skal være implementert som arbeidsverktøy
- Det skal være beskrevet en modell for pasientflyt og ansvars plassering

- Det skal være etablert et bekymringsmeldingssystem
- Sikre en helhetlig utredning som også innbefatter somatisk sykdom.
- Veilederen for interkontroll for helse og sosial skal gjennomføres i prosjektets arbeid.

Av forskjellige grunner, deriblant forsinket saksgang i Helsedirektoratet og endring av organisering og kommunalsjefer i respektive kommuner ble det avholdt et nytt oppstartmøte for styringsgruppen 22.01.2013. Her ble kommunalsjefen i Nedre Eiker, Tor Erik Bering valgt til leder av styringsgruppen og Pål Ager-Wickk, kommuneoverlege valgt til leder av arbeidsgruppen. Rita Winness ble ansatt som prosjektsekretær. Det ble holdt et foredrag fra et lignende prosjekt i Vestfold fylke [5] som ble svært godt motatt. Konklusjonen av møtet var [6] Som en tydeliggjøring av arbeidsgruppas mandat:

- Finn områder hvor det i dag er stort behov for å utvikle samhandlingsmodeller for pasienter med rusproblemer-, psykiske helseplager eller begge deler.
- Informer Styringsgruppen om hvilke områder som er funnet og velg 1-2 områder som skal være tema for arbeidsgruppen.
- Lag en plan for å registrere måloppnåelse med utgangspunkt i Helsedirektoratets

4.3.2 Styringsgruppens andre møte

Etter omlag et halvt år med jobbeing i arbeidsgruppen møttes styringsgruppen igjen [7] for en oppdatering av hvordan arbeid hadde gått og å komme med innspill til innhold i de siste møtene. Innspillene til denne rapporten var:

- De ulike pasientforløp gir et mangeforgrenet og uoversiktlig behandlingstilbud. Kanskje vi skal ha flere team for ulike diagnosegrupper?
- Vi bør se på hvilke tilbud vi skal tilby og hvilke vi må tilby
- Det trengs kartlegging av hvor mange av brukerne som forblir i systemet
- Flere bør benytte de statlige tilbudene gjennom nav sitt kvalifiseringsprogram

- Bruke “tjenestedesign” for å sette pasienten i sentrum?
- Rapporten bør inneholde forslag på interkommunalt samarbeid og hvordan man kan iverksette forslagene til sømløs pasientforløp. Utprøving og implementering blir et senere prosjekt.

Det var lite støtte i gruppa for å utprøve softwareløsninger i bare en kommune selv som en pilot(se side ??, ??)

4.4 Arbeidsgruppen

4.4.1 Arbeidsgruppens første møte

Arbeidsgruppens første møte[8] handlet om presentasjon av de forskjellige tjenestene i alle linjene. Mandatet ble gjennomgått og det var en åpen diskusjon om hvem som har størst behov for å koordinere dagens tjenestetilbud. Hvordan vi er organisert og jobber med dette i dag og hva som er de største utfordringene.

Den største utfordringen var å orientere seg i landskapet for psykiske helsetjenster i i Eikerkommunen og hvordan de samhandler med sykehusene. Sykehusstilbudene er heller ikke enhetlig organsiert men tilbyr flere lignende tilbud i hver sin organiseringsform. Som relativt utenforstående var det ikke lett å få en overisk. Ingen av tjenestene kunne med få setninger gjøre rede for sitt tilbud eller hvem det gjelder.

Man ble enige om å forsøke å framstille grafisk hvilke tjtnester som finnes og hvordan de virker sammen.

4.4.2 Arbeidsgruppens andre møte

Etter at alle hadde blitt litt bedre kjent med hvordan man er organisert og hva slags tilbud vi har handlet dette møtet om praktiske utfordringer knyttet til pasienteksempler. Prosjektlederen hadde forbredt fire kasuistikker som ble diskutert i gruppen. Som beskrevet på side 2 er det stor vilje til å hjelpe og diksusjonen omkring pasientene bar preg av dette[10]. Det ble holdt en innledning som var tilpasset av Simon Sinek[9]. Det er viktig at man holder fokus på hvorfor vi gjør det vi gjør og bygger opp tjenesten derfra.

Ut fra pasientene som ble diskutert kom vi fram til noen nøkkelemner vi skulle jobbe videre med:

- Påstand: Man kan lage kriterier for pasienter med ekstra behov
- Hva er definisjonen av behandling i kommunen?

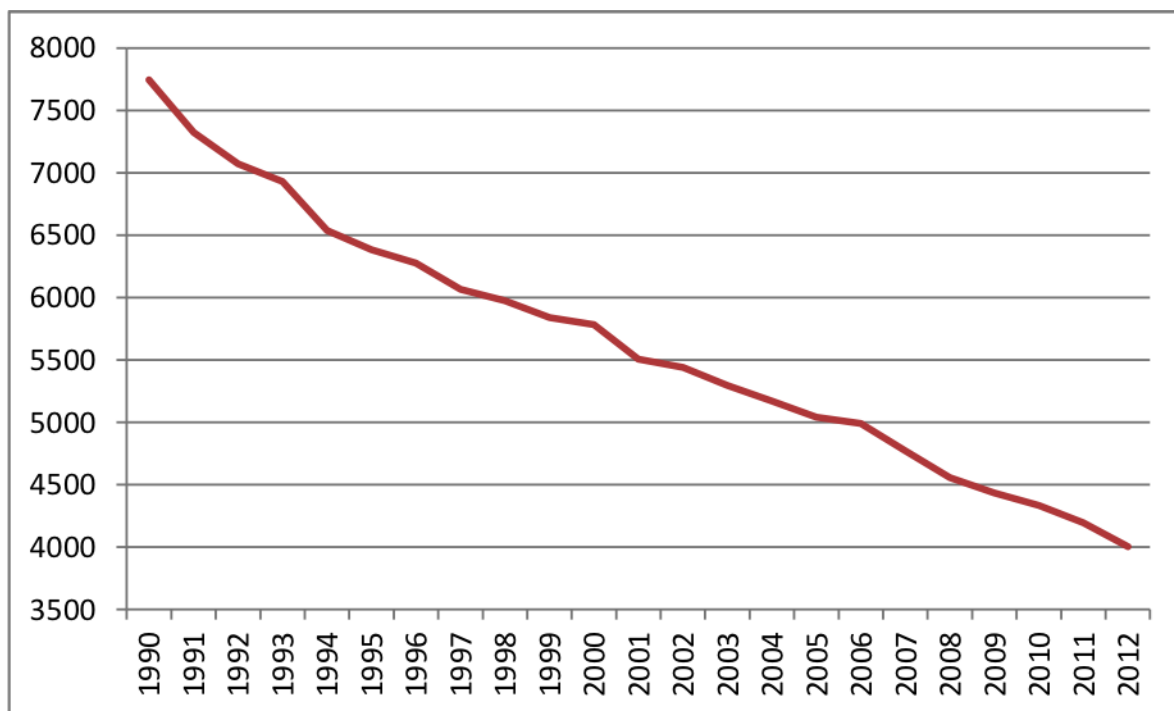


Figure 4.1: Dette skal være en slags grafisk framstilling over hvilke tilbud de forskjellige instansene har i rus- og psykiatrien i Eiker. *heldøgns plasser*. Intensjonen med figuren er å vise hvor komplekst bildet kan være for en psykiatripasient, eller for henvisende instans. Med en slik kompleksitet er det også store krav til samarbeidsevne og rutiner.

- Hvilke kriterier kan og bør kommunen ha for å gi behandling?
- Alle som er utfordrende for systemet bør ha en kriseplan

En av hovedutfordringene vi står igjen med er at det er vanskelig å identifisere de som trenger skreddersydd behandling. Det går ofte flere år fordi vi ikke er klare over at alle må jobbe koordinert omkring pasienten eller brukeren for å kunne være effektive. Mens tiden går blir pasienten ofte dårligere og det blir tiltagende vanskelig å komme i god behandlingsposisjon.

4.4.3 Arbeidsgruppens tredje møte

Møtet tok utgangspunkt i punktene som ble angitt fra forrige møte[10]. Det ble derfor gjort et forsøk på å finne kriterier for å identifisere pasientene vi snakket om i avsnittet 4.4.2. Målet var å finne kriterier som kunne identifisere personer med behov uavhengig av hvilken tjeneste som var i kontakt med dem.

Forslag til kriterer:

- Er det kommet en bekymringsmelding?
- Er pasienten over 16 år?
- Har personen jobb eller aktivitet?
- Har noen av følgende allerede vært involvert?
 - PPT
 - Politi
 - Utekontakt
 - Skolehelsetjenesten
 - Barnevern
 - Helsestasjon
 - Familiesenteret
 - Fengsel
- Avbrutt skolegang?
- Rus eller psykiatrihistorikk?
- Møter ikke til avtale

Dette var menet som en sjekklister som alle kunne bruke. Ved ja på 5 eller flere spørsmål kan pasienten eventuelt henvises til et team for de som trenger særlig oppfølging, eller man oppnevner en koordinator for pasienten. Arbeidsgruppen er klar over at alle pasienter eller brukere med behov for langvarig oppfølging vil ha behov for en IP, men i praksis er det lurt å fokusere innsatsen hos de som har størst behov. Vi mener at slike kriterer kan bidra til å fokusere innsatsen.

Prioritering i kommunen

Diskusjonen gikk også rundt problemet kommunen har med å avslutte pasienter, samt å prioritere pasienter inn til et tilbud. Fra Øvre Eiker hersker det usikkerhet om pasienter kan avvises, eller ikke gis et tilbud. I gruppen blir det konkludert med at når det foreligger faglige grunner er dette ikke noe problem. Det bør derimot være klart hvem kommunen skal og kan hjelpe.

4.4.4 Arbeidsgruppens fjerde møte

Her fikk vi presentert modellen som er foreslått inn i Drammensregionen for Lier og Drammen i samarbeid med Drammen DPS. Helen Kvalheim presenterte modellen som skal føre til bedre bruk av ressursene i DPS og disse kommunene for de mest utfordrende brukerne. Noen nøkkelmomenter er at psykiater og psykolog sammen med ansatte fra kommunen i deltidsstillinger skal sørge for en helhetlig oppfølging.

Samhandlingsteamet i Drammen:

- Tett på, langsiktig oppfølging
- Skulder til skulder
- Kort vei til veiledning
- Få tak i "såpestykkepasienten"

Fastlegenes rolle

Fastlegene spiller alltid en viktig rolle i alle pasientene oppfølging, men kan noen ganger være et utfordring å samarbeide med melder flere av kursdeltagerne. Det gis en innføring i legens takstsystem og forslag til å utforme brev slik at fastlegene letter kan benytte takstsystemet. Det er også en kommunikasjonsutfordring, fordi fastlegene kan være vanskelig å få tak i. Her vil sannsynligvis elektroniske meldinger lette noe av byrden, men bare dersom det ikke blir mye unødvendig kommunikasjon.

4.4.5 Arbeidsgruppens femte møte

4.4.6 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.
- [5] Spor Samhandling psykiatri og rus,
 - *Deltakere Kommunene: Nøtterøy, Tønsberg, Stokke, Sandefjord og Larvik*
 - *NAV Vestfold*
 - *Psykiatrien i Vestfold HF*

Vidar Bjørn, prosjektleder

- [6] Referat fra møte i styringsgruppen samhandlingsprosjekt
SamRus - Øvre og Nedre Eiker
Tid: Tirsdag 22. jan. 2013, kl. 12.00 – 15.30
Sted: Portåsen, Nedre Eiker kommune
- [7] Referat fra møte i styringsgruppen samhandlingsprosjekt
SamRus - Øvre og Nedre Eiker
Tid: Tirsdag 11. juni. 2013, kl. 10.00 – 12.00
Sted: Formansskapssalen Øvre Eiker kommune

- [8] Referat fra møte i arbeidsgruppen samhandlingsprosjekt
SamRus - Øvre og Nedre Eiker
Tid: Fredag 15. februar. 2013, kl. 12.00 – 14.00
Sted: Formansskapssalen Øvre Eiker kommune

- [9] Sinek, S. (2009). Hvordan store ledere inspirerer til handling. TEDxPuget Sound.
TEDx, Ted.com.

- [10] Referat fra møte i arbeidsgruppen samhandlingsprosjekt
SamRus - Øvre og Nedre Eiker
Tid: Onsdag 13. mars. 2013, kl. 09.00 – 11.00
Sted: Formansskapssalen Øvre Eiker kommune

- [11] Referat fra møte i arbeidsgruppen samhandlingsprosjekt
SamRus - Øvre og Nedre Eiker
Tid: Mandag 13. April. 2013, kl. 09.00 – 11.00
Sted: Formansskapssalen Øvre Eiker kommune

- [12] Referat fra møte i arbeidsgruppen samhandlingsprosjekt
SamRus - Øvre og Nedre Eiker
Tid: Onsdag 29. April 2013, kl. 09.30 – 11.30
Sted: Formansskapssalen Øvre Eiker kommune

List of Figures

1.1	Oversikt over reduksjon i <i>heldøgns plasser</i>	3
4.1	Framstilling av tjenestetilbudene	11

List of Tables