

# Prosjektrapport

Rus- og psykiatriprosjekt  
Nedre- og Øvre Eiker kommuner

av

Pål Ager- Wick

Kommuneoverlege



Mjøndalen  
22.10.2013

## Oppsummering

---

Prosjektet hadde som mål å få en oversikt over hvordan kommunene Nedre- og Øvre Eiker jobber i dag. Særlig fokus var samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Videre skulle vi se hvor skoen trykkes; hvilke områder trenger oppmerksomhet. Dette blir veldig viktig når samhandlingsreformen slår inn i psykisk helse også. Dette oversiktsarbeidet skulle kunne ut i å beskrive noen arbeidsmodeller eller beskrivelser. Dette skulle tjene som en mal å jobbe videre med. Følgende punkter er hentet fra prosjektbeskrivelsen[4].

- 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 kartleggingsjobben var mye mer omfattende enn først antatt. Styringsgruppens mandat var vidt og fokuserte på å komme med en beskrivelse av dagens system. Vi ser for oss at dette kan være verdifull informasjon å bygge tjenestene videre på. 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. Å reproducere resultatmål og hele prosjektbeskrivelsen her tjener ingen hensikt, men den er vedlagt i sin helhet som vedlegg på side 30.

Gruppen bestod av:

- **Pål Ager- Wick**, prosjektleder og kommuneoverlege i begge kommuner
- **Rita Winness**, prosjektsekretær
- **Karin Hassellind**, leder psykisk helsetjeneste Nedre Eiker
- **Marit Kolbræk**, leder psykiatriboliger Nedre Eiker
- **Sveinlaug Barstad**, Leder for koordinerende enhet Øvre Eiker
- **Eli Julton**, Leder for psykisk helsetjeneste Øvre Eiker
- **Helen Kvalheim**, Drammen DPS avdeling Torsberg(Prosjektleder Samhandlingsteam)
- **Sille KvamAnne- Hilde Rese**, Klinisk sosionom, Kongsberg DPS(vara: Anne-Hilde Rese)
- **Sissel Halvorsen**, ruskonsulent, NAV Nedre Eiker
- **Astrid Rønning**, veileder, NAV Øvre Eiker

# Innhold

<b>1</b>	<b>Oversikt og bakgrunn</b>	<b>3</b>
1.1	Utfordringene . . . . .	3
1.2	Bakgrunn: Nasjonalt og lokalt . . . . .	3
<b>2</b>	<b>Arbeidsmetode</b>	<b>6</b>
2.1	Møter . . . . .	6
2.2	Kurs . . . . .	6
<b>3</b>	<b>Slik er organiseringen av tilbudet</b>	<b>7</b>
3.1	Oversikt over tjenestene i kommunen: . . . . .	7
3.1.1	Øvre Eiker . . . . .	7
3.1.2	Nedre Eiker . . . . .	8
3.2	Oversikt over tjenestene i Helseforetakene: . . . . .	9
3.2.1	Drammen DPS . . . . .	9
3.2.2	Kongsberg DPS . . . . .	10
<b>4</b>	<b>Møtene</b>	<b>12</b>
4.1	Møteformat og gjennomføring . . . . .	12
4.2	Oppsummering . . . . .	12
4.3	Styringsgruppen . . . . .	12
4.3.1	Styringsgruppens første møte . . . . .	12
4.3.2	Styringsgruppens andre møte . . . . .	13
4.4	Arbeidsgruppen . . . . .	14
4.4.1	Arbeidsgruppens første møte . . . . .	14
4.4.2	Arbeidsgruppens andre møte . . . . .	14
4.4.3	Arbeidsgruppens tredje møte . . . . .	15
4.4.4	Arbeidsgruppens fjerde møte . . . . .	17
4.4.5	Arbeidsgruppens femte møte . . . . .	17
4.4.6	Arbeidsgruppens heldagsmøte . . . . .	19
<b>5</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>20</b>
5.1	Største utfordringer for oss per i dag . . . . .	20
5.2	Forslag til løsninger . . . . .	21

<b>6</b>	<b>Veien videre</b>	<b>22</b>
6.1	Forslag til konkrete prosjekter . . . . .	22
6.2	Prosjektgruppens anbefalinger . . . . .	23
6.3	Søknad om midler til videre prosjekter . . . . .	24
6.3.1	Midler til psykolog i kommunene . . . . .	24
6.3.2	Midler til iverksetting av ROP tiltak . . . . .	24
6.3.3	Midler til oppfølging av ROP tiltak . . . . .	24
	<b>Kilder:</b>	<b>25</b>
<b>A</b>	<b>Prosjektdirektivet</b>	<b>30</b>

## Del 1

# Oversikt og bakgrunn

Dette kapittelet inneholder en oversikt over utfordringene og deretter bakgrunnen for prosjektet. Bakgrunnen er delt i nasjonale og lokale utfordringer. De nasjonale utfordringene er tatt med fordi de gir en ramme for hva vi sliter med lokalt.

### 1.1 Utfordringene

#### **Ineffektivitet**

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. Årsakene til dette er mangfoldige: Fastlegene oppleves som utilgjengelige, Sykehusene har sprengt kapasitet og kommunene mangler tilbud og psykologkompetanse.

#### **Mye godhet, store oppgaver**

Måten psykiatrien er organisert på er et bilde av hva som er godt med det kommunale helsetilbudet: Det er stor omsorg og evne til å løse vanskelige problemer med små ressurser.

Fra helseforetakets side er stadige endringer med fokus på effektivisering, flytting og endring av ansvarsområder en stor utfordring. Både internt for helseforetaket og for kommunene som skal samarbeide med dem.

### 1.2 Bakgrunn: Nasjonalt og lokalt

#### **Ikke stykkevis, men helt**

Som i mange andre prosjekter starter vi også her med Stortingsmelding nummer 47, Samhandlingsreformen [1]. Her skal bedre samhandling gi mer helhet for pasientene. Det er mange kritikkpunkter mot denne reformen; den er ikke testet, det finnes ikke

tallgrunnlag eller forskning for at tiltakene skal hjelpe og flere andre grunner det ikke er rom for å nevne her.

### **Store faglige utfordringer**

Mens de somatiske sykdommene allerede har 1,5 år i denne reformen, skal psykiatrien også inkluderes i løpet av de neste årene. Store endringer i måten vi jobber på.

### **Uklare ansvarsområder**

Det er ingen enighet om hva som er definert som behandling av pasienter med psykiatriske lidelser i kommunen. Kommunen har problemer med å skille kurative og kroniske pasientforløp, og hvem som sitter i førersetet i pasientbehandlingen. Det er også motstand mot å bruke IP da dette er sett på som lite egnet verktøy. Kommunene har veiledning fra DPS, men det er ikke klart hvilket mandat veiledningen har opp mot andre som også jobber sammen med pasienten.

### **Alt er individuelt?**

Det hersker noen myter i de kommunale tjenestene. Pasientrettigheter, Pasient- og brukerombud en internettrevolusjon om behandling fører til at det er sterkt fokus på individuelle behandlingsforløp. Dette er gått så langt at man ikke lenger definerer standardiserte behandlinger for psykiske sykdommer. Ingen av de kommunale psykiatritjenestene har standardbehandlingsforløp for vanlig lidelser som, angst, depresjon eller personlighetsforstyrrelser.

### **Engasjerte ansatte og sterk vekst**

Likevel synes det at mange spennende samarbeidsmodeller vokser fram organisk omkring pasienter på enkeltpersonnivå. Vi er blitt gode til å finne løsninger på tross av systemet. Det er også en sterk vekst i etterspørselen av tjenester fra kommunal psykiatri. Tjenestene i begge kommuner forteller om mange søkere og ventetider for å gi tjenester.

### **Utfordringer på systemnivå**

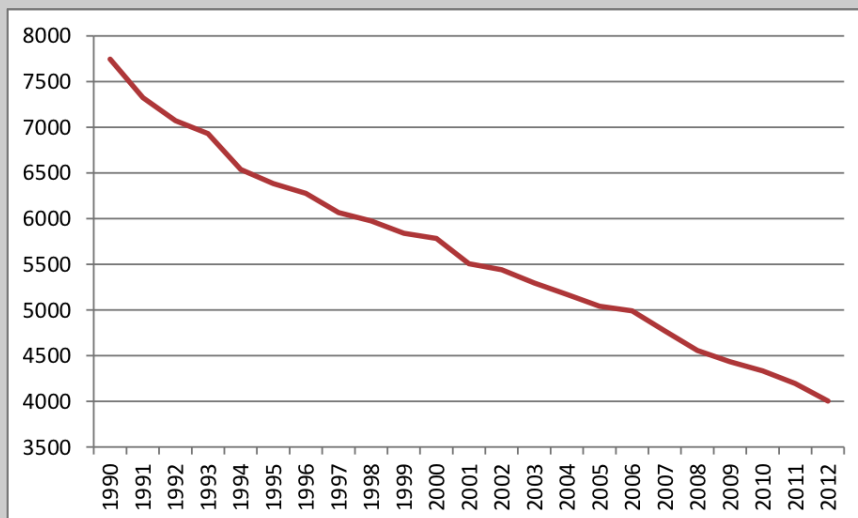
Det har også de siste 40 årene vært en sterk nedbygging av statlig psykiatriske institusjoner, både nasjonalt og regionalt [2]. Det er halvert antall heldøgns plasser siden 1990. Disse pasientene bor nå i kommunene og skal ha tilbud herfra.

### **Faglig overbygning**

Kommunene har ikke ansatt psykiatere og i liten grad ansatt psykologer. I våre to kommuner er det ingen ansatte psykologer eller leger i psykiatritjenesten. Pasientoppfølgingen utføres av sykepleiere med eller uten spesialisering i psykiatri i samarbeid med fastlegene.

### **Ansvarsplassering**

Dette er en stor utfordring fordi de færreste pasienter har behandlingsopplegg definert av spesialisthelsetjenesten eller fastlegen. Fastlegene kan ha manglende kompetanse



Illustrasjon 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.

på psykiatripasienter og er også avhengige av et tett samarbeid med DPS. Spesialisthelsetjenesten har ikke mandat til klinisk oppfølging, og har fokus på pasientløp med tidlig avslutning eller overføring til kommunale tilbud [3]. Dette er store nasjonale utfordringer, som forplanter seg til kommunene. Utfordringer som vi ikke er rustet til å møte med dagens organisering.



## Del 2

# Arbeidsmetode

### 2.1 Møter

Møtene har vært strukturert rundt målene som ble angitt i prosjektbeskrivelsen. Det har vært møter omlag en gang i måneden. Vi ønsket å være konkrete og å se på hvilke områder som var viktigst for hverdagen[4]. Det har vært lagt mest ressurser i kartlegging av den nåværende situasjonen. Det var viktig å forstå hvordan tjenestene fungerer sammen i dag for å kunne forbedre og endre dem.

De første møtene ble brukt på kartlegging, men vi valgte også å bruke endel tid på praktiske eksempler. Det manglet ikke på praktiske erfaringer og løsninger i enkelttilfeller.

### 2.2 Kurs

#### **Påvirkning utenfra**

Det var i utgangspunktet ikke intensjonen at vi skulle bruke mye midler på ekskursjoner men Sissel Halvorsen i rusteamet i Nedre Eiker brakte tilbake gode innspill fra deltagelse i kursvirksomhet. Prosjektleder var på ”Psykisk Helse 2013” en nasjonal fagkonferanse som gav mange og viktige innspill, og resulterte i mulighetsdiskusjonen omkring bruk av Checkware(les mer på side 19).

#### **Mer detaljert beskrivelse**

Resten av denne rapporten er viet resultatet av gruppearbeidet. Det vil tydeliggjøres mer om arbeidsmetodikken gjennom de påfølgende deler, og man velger derfor å ikke gå nærmere inn på arbeidsmetoden her.

## 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 er det ikke lett å lage en konkret modell for implementering av IP som arbeidsverktøy dersom vi ikke er ferdige med å diskutere hvordan arbeidet vårt er organisert.

### 3.1 Oversikt over tjenestene i kommunen:

#### 3.1.1 Øvre Eiker

##### NAV

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

##### Rus- og Psykiatritjenesten

- Jobber mest ambulerende. Har omlag 300 registrerte brukere eller pasienter. Det er ingen oversikt over hvilke pasientløp 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 "nært og godt" og uten stort 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 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 henvisning 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.

### **3.1.2 Nedre Eiker**

#### **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.

#### **Psykiatritjenesten**

- Jobber ambulerende, men de fleste pasientene kommer til konsultasjon.
- Boliger og dagtilbud er underlagt psykiatritjenesten.
- Ungdomstilbud har vært forsøkt men har fått liten respons
- KID kurs , angstmestringskurs og mestringsgruppe.
- Jobber med å utvikle et eget oppfølgingsteam for særlig behovskrevende brukere, gjerne sammen med rusteamet på NAV.
- Administrerer oppfølging med urinprøver av metadonbrukere.
- Veiledning fra DPS månedlig.

## **3.2 Oversikt over tjenestene i Helseforetakene:**

### **3.2.1 Drammen DPS**

#### **Akuttteamet**

- Tilbyr akutt psykisk intervensjon til pasienter med selvmordsrisiko
- Kan komme i hjemmebesøk
- Tar i mot henvising fra fastlege og kommunale psykiske helsetjenester, men dette er i teorien. I praksis er det kun fastlegene som har henvisningsrett.
- Nylig reorganisert

#### **Rehabteamet**

- Er ansvarlig for lengre oppfølging av pasienter med rehabiliteringspotensiale
- Følger opp ambulant pasienter med tyngre psykiske lidelser og samarbeider med kommunen

#### **ARA**

- Ruspoliklinikk, med oppfølging av rus pasienter
- LAR behandling, starter og følger opp dette sammen med kommunen
- Noen plasser til frivillig avrusning
- anbefaler egnede behandlingssteder og henviser ved kommunale tvangsbehandlingssaker

#### **Poliklinikken**

- Oppfølging og behandling av tradisjonelle psykiatriproblemstillinger

- Bistår i konferering på dagtid
- Koordinerer gruppetilbud også

### **Thorsberg**

- Døgnplasser både på tvang og frivillig
- Ikke akutte innleggelser utenfra

### **Lier**

- Døgnplasser både på tvang og frivillig
- Eneste alternativ ved akutte psykiatriske innleggelser
- Bemanner vakttelefonen på kveld- og i helger

### **Samhandlingsteamet**

- Nyopprettet og har en fleksibel rolle
- Følger opp sammensatte pasienter som ellers ikke blir fanget opp av systemet
- Er tverrfaglig sammensatt, og har medlemmer fra Lier og Drammen

## **3.2.2 Kongsberg DPS**

### **Akuttandelingen?**

- Bistår i vurdering av akutt suicidalitet
- Hjelper til i prosessen ved videre behov for psykiatrisk behandling

**Rehabteamet**

- Lengre oppfølging av pasienter med psykiatriplager

**Ruspoliklinikken**

- Tilbud til rusmisbrukere med samtaler og tilrettelegging for avrusning
- Kartlegging av misbruk

**Poliklinikken**

- Behandler og følger opp pasienter med psykiatriske lidelser
- Koordinerer gruppetilbud også

**Døgnposten**

- Planlagte innleggelser for psykiatrisk døgnbehandling
- Frivillige og ikke akutte inneleggelser i første rekke

**ACT-teamet**

- Avvikles i 2013, men har håndtert komplekse pasientgrupper
- Se egne inklusjonkriterer
- Samarbeid med Øvre Eiker kommune

## 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

Med unntak av ett møte ble samtlige gjennomført som planlagt. Prosjektet ble sterkt forsinket på grunn av feil i saksbehandlingen fra Helsedirektoratet og midler ble derfor overført. Prosjektet må ses på som en del av en helhetlig tilpassing til forventede krav fra samhandlingsreformen og et middel for å bedre pasientflyt og -tilbud. Dette i tråd med "Tid, Tillit og tilgjengelighet" [16] og "Mennesker med psykiske lidelser" [15].

### 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 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:

- Det skal være beskrevet en modell for enhetlig jobbing i rus og psykiatritjeneste
- Det skal være 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 Befring valgt til leder av styringsgruppen og Pål Ager-Wick, 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 mottatt. 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 kriterer for tildeling av midlene.

#### 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 19, 4.4.6)

## 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 Eiker kommunen og hvordan de samhandler med sykehusene. Sykehusstilbudene er heller ikke enhetlig organisert men tilbyr flere lignende tilbud i hver sin organiseringsform. Som relativt utenforstående var det ikke lett å få en oversikt. Det er gitt tilbakemeldinger fra blant annet fastlegene at tjenestene ikke er lette å orientere seg i.

### 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 kasus som ble diskutert i gruppen. Som beskrevet på side 3 er det stor vilje til å hjelpe og diskusjonen 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:



Illustrasjon 4.1: Det kan være et forvirrende landskap å orientere seg i. Ikke minst for pasienten.[18]

- Påstand: Man kan lage kriterier for pasienter med ekstra behov
- Hva er definisjonen av behandling i kommunen?
- 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 kriterer 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 ment som en sjekkliste 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 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 pasientenes 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 lettere 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**

Møtet var svært variert med mange tema, se [13] for utfyllende informasjon. Først kom gruppen med en uttalelse i høringen om en ny spesialitet for rusmedisin skal implementeres i legeutdanningen.

## **Forbedre ut fra dagens situasjon**

Tiltakene som ble diskutert her hadde vært oppe i de tidligere gruppene, men igjen forsøkte vi å sammenstille de viktigste slik at man får et håndfast utgangspunkt for det videre arbeidet. Å avklare forventningene er viktig og både kommune og sykehus føler på fastlegenes varierende innsats. Særlig hadde gruppens deltagere opplevd:

- Fraværende fastleger på samarbeidsmøter om de sykeste
- Mangelfull somatisk oppfølging
- En nøkkelperson til å få løst problemer

IP, boligsosialt arbeid og dialog som er satt i system var andre punkter som det var gjort forskjellige erfaringer med.

## **Helhetlig pasientforløp**

Det feier en vind av helhetlig pasientforløp gjennom landet og Eikerkommunene er helt i front i arbeidet med dette. Utvikling av kommunal helsetjeneste har ført til en industriproduksjon av helsetjenester og nå kommer hele forløpet i fokus. Dette er heller ikke psykisk helse og rus foruten og det var en kort diskusjon om hvordan dette vil påvirke behandlingen i dag.

## **Velg én ting...**

Gruppedetagerne fikk på slutten av møtet spørsmålet: - Hvis du kunne velge én ting som du kunne forandre på i din tjenestehverdag, hva ville det være?

Her følger noen av svarene:

- Ville gjerne satt brukeren mer i sentrum!
- Involvert fastlegene mer, de kikker alltid på klokka.
- Flere lavterskeltilbud å tilby
- Én dør inn i rusoppfølgingen i andrelinjetjenesten, opplever at man ikke vil ha pasienter henvist internt

- Mer fleksibilitet i oppfølgingen når pasienter flytter mellom kommunene, så man ikke begynner på bar bakke.
- Tettere samarbeid med ruskonsulentene

#### 4.4.6 Arbeidsgruppens heldagsmøte

Det avsluttende møtet ble lagt til Portåsen i Nedre Eiker for å kunne gi gruppen mer sammenhengende tid til å:

1. Komme med anbefalinger om en helhetlig behandlingsmodell.
2. Komme med forslag til konkrete prosjekter som man kan jobbe videre med etter dette for-prosjektet er avsluttet

Møtet oppsummerte i stor grad de foregående møter og konklusjonene og anbefalingene er å finne i de følgende kapitler og oppsummeringen. Her ble også IT- verktøyet Checkware presentert. Dette programmet var blitt presentert i Nedre Eiker og vil kunne gi kvalitative behandlingsdata om pasienter med oppfølging fra psykisk helsetjeneste. På grunn av at dagens journalprogram "Profil" levert av Visma vil ikke prioritere en tilpassing for rapporter. Dette til tross for at andre systemer kun har brukt ca en arbeidsdag på dette. Fordelene ville innebære at standardiserte psykometriske tester som brukes av DPS ville kunne integreres i journalen både på sykehuset og i kommunen. Gjennomføringen av et pilotprosjekt er foreløpig strandet da styringsgruppen ikke ønsket å følge prosjektet uten at det ble gjennomført i begge kommuner.

## Del 5

# Diskusjon

### 5.1 Største utfordringer for oss per i dag

I rus- og psykiatrien har det foregått et forflytning i av behandlingsansvaret fra stort sett innleggelses til behandling og oppfølging nær pasienten. Kommunen er tiltenkt et stadig større ansvar for oppfølgingen her og vil få stadig større del av oppfølgingsansvaret. Et stort problem er at det ikke er definert hvem som skal følge opp, eller lede behandlingen.

#### Tilfeldig skreddersøm

Det virker som den manglende ansvars plasseringen fører til at ansvaret pulveriseres. Først når alle parter møtes i særlig vanskelige saker kommer man til enighet om hva som må gjøres. Det er ofte tilfeldigheter som fører alvorlige syke pasienter inn i tverrfaglig og god god helhetlig oppfølging. Arbeidshverdagen er preget av mye tid på brannslukking og lite tid på lengre behandlingsforløp.

#### Frustrasjon

Det er også språklige utfordringer mellom andre- og førstelinje. Det er ikke alltid klart for førstelinje hvorfor andrelinje- gjør og tenker på bestemte måter omkring pasienter som skrives ut eller ikke legges inn. Avstandene er dels store og dels små. Men kommunene er ofte frustrerte over å ikke bli hørt i spesialisthelsetjenesten. Dette er alvorlig da spesialistene er en del av den faglige overbygningen.

#### Sterk vekst

Det er en sterk økning i søknadene om nye tjenester. Det er kun Nedre Eiker som kan levere tall på dette, men Øvre Eiker rapporterer også en sterk opplevd økning i tilstrømningen.

### **Ikke Praktisk**

Det er mye snakk om IP(individuell plan) som verktøy omkring pasienter. Dette er ikke ansett som et godt verktøy å jobbe med universelt. Det oppleves også som tungvint og lite meningsfullt når pasientene tidvis har ennå større utfordringer.

## **5.2 Forslag til løsninger**

Enkle løsninger er det ikke kommet forslag om, men det er prosjektgruppens mening at et langvarig og målrettet arbeid er nødvendig for å håndtere dette i fellesskap. Les mer om dette i "Veien videre".



## Del 6

# Veien videre

### 6.1 Forslag til konkrete prosjekter

#### **Checkware**

Det trondheimsbaserte firmaet Checkware leverer en helsenet-basert samling av psykometriske tester som kan integreres i de fleste journalsystemer. Psykometriske tester er tester som forsøker å måle psykiatriske symptomer gir et kvalitativt mål på behandlingen som leveres. Systemet er utviklet i samarbeid med Helse midtnorge og gir et innblikk om behandlingen vi gir faktisk virker. Testene er de samme som sykehuset bruker. Styringsgruppen ønsket ikke å starte en pilot i kun en kommune slik det ble foreslått.

#### **Samhandlingsteam Drammen-Lier og DPS**

Samhandlingsteamet er startet i oktober 2013. Det er delvis finansiert av Drammen DPS og omliggende kommuner. Det skal fylle en ACT- lignende rolle men ikke være bundet av den nokså rigide ACT-modellen. Drammen DPS har store forventninger knyttet til prosjektet.

#### **Nytt prosjekt i regi av Kongsberg DPS, prosjektleder Sille Kvam**

Rett før rapporten ferdigstilles skal Sille Kvam som leder se på ytterligere problemstillinger i samhandlingsaksen i regi av Kongsberg DPS.

#### **Boligsosialt arbeid i Nedre- og Øvre Eiker**

Det pågår prosjekt sammen med omliggende kommuner om boligsosialt arbeid. Dette er nært knyttet til arbeid med rus- og psykiatri i kommunen.

#### **Systematisk arbeid med midler fra helsedirektoratet**

Det er ansatt en person til å ha overblikk med midler fra helsedirektoratet i Nedre Eiker. I Øvre Eiker er arbeidet med dette ikke systematisert, men det er flere som følger med



## **6.3 Søknad om midler til videre prosjekter**

Det er flere midler kommunene og sykehuset kan søke på. Enten i fellesskap, eller hver for seg. Nedenfor følger en liste over tema slik de er angitt fra helsedirektoratet. Det er varierende datoer og søknadsfrister som dels endres, derfor blir det litt generelt. Det anbefales at en person i hver avdeling har ansvaret for å sjekke helsedirektoratets tilskuddsider for eksempel hver 14. dag slik at man har oversikten over hva som finnes.

### **6.3.1 Midler til psykolog i kommunene**

Nedre Eiker har per i dag sendt søknad om psykologstilling til kommunen, først og fremst for å jobbe tilknyttet familiesenteret. Øvre Eiker har allerede to psykologer tilknyttet barnevern og helsestasjon. Det er fortsatt mangle på psykologspesialister og ingen planer om tilsetting av psykologer i tilknytting til psykisk helseteam i noen av kommunene.

### **6.3.2 Midler til iverksetting av ROP tiltak**

Det finnes midler på dette området fra helsedirektoratet i dag, men prosjektet er ikke kjent med at det foregår arbeid- eller er søkt på slike midler.

### **6.3.3 Midler til oppfølging av ROP tiltak**

Heller ikke på dette punktet er det i dag søkt om midler såvidt prosjektet er bekjent.

# 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, tilgjengelig som vedlegg side 30 *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
  
- [13] Referat fra møte i arbeidsgruppen samhandlingsprosjekt  
SamRus - Øvre og Nedre Eiker  
Tid: Mandag 13. Mai 2013, kl. 10.00 – 12.00  
Sted: Formansskapssalen Øvre Eiker kommune
  
- [14] Referat fra møte i arbeidsgruppen samhandlingsprosjekt  
SamRus - Øvre og Nedre Eiker  
Tid: Fredag 14. Juni 2013, kl. 10.00 – 14.00  
Sted: Portåsen, Nedre Eiker kommune
  
- [15] Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud  
Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak  
IS-1554  
Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Divisjon psykisk helse og rus  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

- [16] Heftets tittel: Tillit, tid, tilgjengelighet  
Tett individuell oppfølging av mennesker  
med behov for sammensatte tjenester  
Utgitt: 10/2011  
Publikasjonsnummer: IS-1918  
Utgitt av: Helsedirektoratet  
Avdeling: Psykisk helse og rus  
Postadresse: Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo
- [17] God rusforebygging  
Utgitt av Helsedirektoratet  
Universitetsgata 2  
Postboks 7000 St. Olavs plass  
0130 Oslo  
Tlf: 810 20 050
- [18] Bildene er (c) Shutterstock, og er gjengitt med tillatelse

# Illustrasjoner

1.1	Oversikt over reduksjon i <i>heldøgns plasser</i> . . . . .	5
4.1	Framstilling av tjenestetilbudene . . . . .	15
6.1	Ordskyframstilling av denne <i>rapporten</i> . . . . .	23

# Vedlegg



## Appendix A

# Prosjektdirektivet

# PROSJEKTDIREKTIV

for

## Nedre og Øvre Eiker kommuner

Prosjektnavn

Samhandling mellom linjene rus og psykisk helse

Kortnavn

SAMRUS

Utfylt av

Dato

Planlagt startdato

01.12.2012

Planlagt sluttdato

31.01.2013

Oppdragsgiver

Overordnede helsemyndigheter / Kommunestyret i Nedre Eiker og Øvre Eiker kommuner

Prosjekteier

Nedre- og Øvre Eiker

Prosjekt type

Prosjekt (i et program)

Forklaring

Prosjektet har ingen formell tilknytning til andre prosjekter men må ses i sammenheng med samhandlingsprosjektene Drammensregionen

### A. Organisering

#### Forklaring til punktene

 Angi navn og tilhørighet for de sentrale personene som skal arbeide i prosjektet.  
 Angi også antatt dagsverk i prosjektet.

#### Prosjektgruppe

##### - Prosjektleder

##### - Prosjektdeltakere

#### Tittel

##### Kommunelege

3 stk

3 stk

2 Stk

Prosjektmedarbeider

(fastsettes av styringsgrup

#### Navn

Pål Ager-Wick

Øvre Eiker

Nedre Eiker

Helseforetaket

Rita Winness

#### Antatt dagsverk

Angi navn og tilhørighet for medlemmene av styringsgruppen

#### Styringsgruppe

##### - Leder

##### - Sekretær

##### - Deltakere

#### Tittel

##### Kommunalsjef

Prosjektmedarbeider

Kommuneoverlege

Kommunalsjef Helse og Or

Leder for Rustjenesten

Virksomhetsleder

#### Navn

Tor Erik Befring

Rita Winness

Pål Ager-Wick

Lisbeth Nymo

Eva Baustad

Mona Grindrud

#### Virksomhet

Øvre- og Nedre Eiker

Øvre Eiker kommune

NAV Nedre Eiker

Kongsberg DPS

 Angi navn og tilhørighet for medlemmene av referanse-gruppen.  
 NB! Det er ofte mer hensiktsmessig å benytte referansepersoner enn referansegrupper!  
 Består prosjektorganisasjonen av andre grupper kan de også listes her.

#### Referanse-

##### personer/-gruppe

#### Tittel

Pasient og brukerombudet Anne Lene Arnesen

Fastlegene

Andre

#### Navn

Interesseorganisasjoner rus og psy

#### Virksomhet

Pasient og brukerombudet

kiatr

## B. Prosjektbeskrivelse

Her skal det gis en forståelse og begrunnelse for hvorfor prosjektet er nødvendig:

- Å håndtere et akutt eller potensielt problem
  - Å utnytte en mulighet
- Angi også forankring til planer og overordnede vedtak.

### Bakgrunn for prosjektet - Problembeskrivelse

Med bakgrunn i arbeidet med samhandlingsreformen (Stortingsprop. 91), har vi opplevd fordelene av å forbedre samarbeidet mellom kommunen, andrelinjetjenesten, NAV og private aktører. Det er et ønske om tettere samarbeid mellom tjenestene i Øvre- og Nedre Eiker (rus, psykisk helse og NAV) og andrelinjetjenesten samt en mer helhetlig tenking rundt pasientene.

Målgruppa er innbyggere i begge Eiker kommuner som har et misbruk av rusmidler og/eller psykisk sykdom.

Pasientgruppen som kun har kommunal oppfølging er sykere enn tidligere, det er en sterk økning av LAR pasienter og andre grupper med stort kommunalt behandlingsbehov.

Dette er en spesielt utfordrende og ressurskrevende pasientgruppe som krever koordinerte, tverrfaglige tjenester på tvers av linjer og tjenester.

Effektmålene skal angi virkningene av en vellykket gjennomføring.

Tidsperspektiv, vanligvis 3-5 år.

Beskriv presist hvem som er målgruppen(e), 1-4 effektmål per målgruppe.

Bruk gjerne bidra til foran målene.

### Effektmål

- Målgruppen, som er innbyggere i begge Eiker kommunene som har et misbruk av rusmidler og/eller psykisk sykdom, får en helhetlig koordinert tjeneste
- Bedre flyt i behandlingsskjeden
- Tilbud om tjenester tilrettelagt ut fra pasientens individuelle behov
- Redusert antall innleggelser
- Rutiner for samarbeid på tvers av omsorgsnivå
- Enklere å indentifisere pasientens største behov for hjelp
- Livsløpsperspektiv gjennom Individuell Plan (IP) og koordinerende enhet
- Bedre kommunikasjon gjennom helsetjenestene på hvert nivå

Beskriv de mål som skal realiseres i løpet av prosjektperioden, altså hvilke leveranser prosjektet er ansvarlig for å frembringe.

Vær konkret og kvantifiser gjerne.

Resultatmålene skal i sterkest mulig grad gi tilfitt til at effektmålene blir nådd på lengre sikt. Antall resultatmål bør være fra ett til fire.

### Resultatmål

- Beskrive en modell for sømløs oppfølging og pasientflyt i rus- og psykiatritjeneste med aktiv bruk av IP
- Etablere et system for at hver pasient får en plan for arbeid og aktivitet i løpet av oppfølgingen
- Det skal være beskrevet en modell for pasientflyt og ansvars plassering
- Definere ansvaret/roller for:
  - Fastlege
  - Andrelinje
  - Kommunal psykiatri og rustjenester
  - NAV
- Det skal være etablert et bekymringsmeldingssystem
- Sikre en helhetlig utredning som også innbefatter somatisk sykdom.

Beskriv gjøremål og metodevalg i prosjektet som er spesielle og/eller kostbare. Unngå å ramse opp selvfølgeligheter.

Hvert av tiltakene må klart og tydelig peke mot ett eller flere av resultatmålene.

### Hovedtiltak

- Beskrive organisering (ansvar rollefordeling), helhetlig behandlingsmodell og pasientflyt i kommunal psykiatri- og rustjenesten, andrelinjetjenesten, fastleger og NAV
- Tiltak for å bruke 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

Med rammebetingelser menes forhold prosjektet ikke har innvirkning på. Det kan f.eks. være faglige, økonomiske og organisatoriske betingelser.

Med avgrensninger menes en presisering av hva prosjektet IKKE skal befatte seg med. Med kritiske suksessfaktorer for prosjektet menes f.eks. tid kvalitet, ressurstilgang, forankring, etc.

Prosjektets rammebetingelser - avgrensninger -kritiske suksessfaktorer

Prosjektet skal gjennomføres innfor vedtatte budsjett og tidsplan, og bygge på dagens tilstand i tjenestene. Det skal tas høyde for ny lovgivning med folkehelse og kommunal helse- og omsorgslov som minste felles multiplum. Videre må bruker- og pårørende grupper høres. Prosjektet må ha solid brukerforankring. Vi har mottatt kr. 490.000 i prosjektmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Angi dokumenter, rapporter eller annet materiale som inneholder viktig informasjon for prosjektdeltakerne. Det kan være metodebeskrivelser, forprosjektrapporter eller utredninger, vedtak, instruksjoner eller mandat fra ledelsen.

Grunnlagsdokumentasjon og aktuelle linker

Samhandlingsreformen (Prop 90L)  
Folkehelseloven av 24.06.2011 nr. 29  
Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)  
Kommunal helse- og omsorgstjenestelov av 24.06.2011 nr. 30  
Listen er ikke uttømmende  
Link til prosjektet lokalmedisinske tjenester finnes

C. Ressursrammer og økonomi

Ta utgangspunkt i antatt antall timeverk/dagsverk/ukeverk, og angi den fulle verdien av tidsforbruket i kroner (lønn, feriepenger, sos. kostn. m.v.)

Investeringer som er nødvendige for å gjennomføre prosjektet . F. eks. kjøp av varer utstyr og tjenester

Driftskostnader i prosjektet.

Øvrige kostnader i prosjektet

Budsjetttrammer (beløp i 1000 kr.)					
Kostnader		Inntekter/finansiering			
Tekst	Beløp	Egne midler	Prosj.m.		SUM
<b>Arbeid - tidsforbruk</b>					
Prosjektleder 50 %	420	420			420
Prosjektsekretær 40 %	250		250		250
Ressursgruppe (kr.1400x4px2tx6 møter)	50		50		50
Arbeid arbeidsgruppe, ( kr.600 x 8 pers. x 2 t x 14 møter)	70	70			70
<b>Investeringer</b>					
2 dataprogrammer	20		20		20
Tekniske hjelpemidler	40		40		40
<b>Drift</b>					
Konsulentttjenester	20		20		20
Studiereise(konferanser møter mv)	100		100		100
Reiseutgifter (fastleger)	10		10		10
<b>Annet</b>					
Sum budsjett	980	490	490		980

