

# Forprosjekt:

## ”Bedre oppgavedeling mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital - Psykisk helsevern for pasientgruppe med behov for omfattende og samtidige tjenester”

### **1.0 Basisopplysninger om prosjektet**

Prosjektkategori: Prosjekt for bedre oppgavedeling

Prosjektets kategorisering i forhold til satsingsområder for utlysningen i 2014:

- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid: Kompetanseoverføring mellom nivå
- Oppgaveoverføring mellom forvaltningsnivå og internt innen hver organisasjon
- Økonomisk bærekraft: Redusere innleggelse i spesialisthelsetjenesten ved hjelp av ambulante tjenester, tidlig intervensjon og tydeligere oppgavedeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Prosjektansvarlig: Divisjonssjef Liv Sjøvold (fung. Divisjonssjef Randolph Vågen, [randolf.terje.vagen@stolav.no](mailto:randolf.terje.vagen@stolav.no) , tlf. 92606702).

Prosjektleder: Kenneth Åsenhus, [kenneth.asenhus@stolav.no](mailto:kenneth.asenhus@stolav.no), tlf. 72823647.

Dokumentasjon på godkjenning hos ansvarlig leder og samarbeidspart (Trondheim kommune) ligger vedlagt.

Prosjektets navn:

”Forprosjekt: Bedre oppgavedeling mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital - Psykisk helsevern for pasientgruppe med behov for omfattende og samtidige tjenester”.

### **1.1 Formål og problemstilling**

Det er en gruppe pasienter som har alvorlige psykiske lidelser med restsymptomer og langvarig behov for oppfølging/behandling fra spesialisthelsetjenesten, der tilleggspromatikk er vold/utagering i kombinasjon med omfattende og sammensatte livsproblem. Disse pasientene er i dag trolig langliggere i langtidsposter og står på utskrivingsklare lister, eller de er storforbrukere av liggedøgn fordi personalbase ved bolig tidvis ikke kan håndtere problematikken, derav hyppige innleggelse og ”tomme” boliger med base som kunne vært bebodd av mer egnede pasienter. Mange av disse pasientene mottar også helsehjelp fra Klinikk for rus og avhengighet i St. Olavs Hospital. Til tross for at store behandlings- og hjelperessurser brukes på denne pasientgruppa, er det en felles oppfatning i Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune at innsatsen ikke ser ut til å ha merkbar effekt. Antallet pasienter er estimert til 20 - 30 individer. En systematisk kartlegging av disse pasientene, deres forbruk av helsetjenester på alle nivå og en klar ansvarsfordeling og definering av type behandling og intervensjon kan bidra til en bedre pasientbehandling gjennom

- riktigere bruk av helsetjenester, især de mest kostbare helsetjenestene (innleggelse sykehus) – dreining mot mer bruk av ambulante team fra spesialisthelsetjenesten. Dette betyr at behandling hjemme hos pasienten og kompetanseoverføring kan tenkes å ha god forebyggende effekt og forhindre innleggelse.
- bedre samhandling mellom enheter og nivåer i helsetjenesten, i tråd med føringer i samhandlingsreformen og prinsippet om rett behandling og rett kompetanse på rett sted til rett tid.
- kompetanse- og oppgavedeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- mer økonomisk bærekraftig helsevesen gjennom en bedre og mer riktig oppgavefordeling mellom enheter og behandlingsnivå, redusert bruk av offentlige helsetjenester, og en opplevd høyere livskvalitet hos pasientene.
- Identifisere hvilke boformer som kan være egnet for målgruppen og lokalisering(ordinært bomiljø, nært vs. fjernt fra bysentrum etc.).

#### Hovedmål:

St. Olavs Hospital og Trondheim kommune skal sammen med brukerne utvikle og bygge opp et mer samordnet behandlings- og hjelpetilbud for alvorlig psykisk syke pasienter som har dårlig boevne og liten evne til egenomsorg. De har et utstrakt behov for koordinerte og samtidige psykiske helsetjenester. Prosjektet vil ha en ambisjon om å kunne bedre helsen til pasientene på en måte som vil øke den opplevde livskvaliteten til pasientene og samtidig redusere behovet for tjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

#### Resultatmål i forprosjektet:

1. Foreta en systematisk kartlegging og definering av pasientgruppen (anslagsvis 10-20 pasienter), deres behandlingsløp og dagens forbruk av helsetjenester.
2. Definere et helhetlig pasientforløp for denne pasientgruppen, og identifisere mulige andre samarbeidspartnere ut over primær- og spesialisthelsetjenesten. Derigjennom å
  - a. definere partenes samtidige innsats av spesialiserte og kommunale tjenester for denne pasientgruppen.
  - b. identifisere flaskehals og definere tiltak for å få implementert et sammenhengende pasientforløp.
  - c. finne mer egnede arbeidsmetoder som kan sikre bedre sammenheng og kontinuitet i tjenestene, deriblant vurdere bruk av et fagspesialisert ambulant team.
  - d. avtalefeste samarbeidet mellom St. Olavs hospital Divisjon psykisk helsevern og Trondheim kommune.
3. Kartlegge eksisterende boforhold for denne pasientgruppen og identifisere negative og positive faktorer ved bomiljøet. Identifisere positive faktorer ved eventuelle nye boformer.
4. Vurdere om det er grunnlag for et hovedprosjekt, type prosjekt (forskning/fagutvikling/tjenesteutvikling), og i så fall søke om midler.

### Effektmål for et hovedprosjekt:

1. Klar definering av pasientgruppen og dennes forbruk av helsetjenester fra primær- og spesialisthelsetjenesten.
2. Redusert bruk av døgn tjenester fra spesialisthelsetjenesten.
3. Strømlinjeformet, individuelt tilpasset behandlingstilbud med klar ansvarsfordeling mellom de ulike helseaktørene.
4. Bedre kompetanseoverføring mellom tilbydere av helsetjenester.
5. Redusert sykkelighet hos pasientene.
6. Høyere opplevd livskvalitet for pasientene.
7. Riktigere og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern.
8. Forbedret pasientsikkerhet.
9. Tryggere arbeidsforhold for ansatte.

### **1.2 Litteraturgjennomgang/gjennomgang av kunnskapsgrunnlag på området**

I Helsedirektoratets rapport fra 2008: "Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud" (IS 1554), ble det slått fast at en del pasienter ikke får den hjelpen de trenger. Dette til tross for den utbyggingen av tilbud og tjenester som ble gjort gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse (1998- 2008). Rapporten pekte spesielt på manglende kontinuitet og samhandling mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på områder som for eksempel avtaler mellom samarbeidsparter, informasjon til brukere, individuell plan og samarbeid om behandling og hjelp til den enkelte pasient.

I Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS 1948) henvises det til internasjonale studier som viser at det er en høy forekomst av ruslidelser hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Retningslinjen gir anbefalinger om behandling, oppfølging og organisering av tilbudene. Integriert behandling der begge lidelser behandles samtidig gir bedre resultater og personer med ROP-lidelser har god nytte av å motta koordinerte tiltak. ACT-team er et eksempel på hvordan integriert behandling og koordinering av tilbud kan organiseres. Etablering av ACT-team i Norge er inspirert av kunnskapsbaserte erfaringer fra mange land, spesielt fra England og Danmark. Erfaringene derfra har vært positive og viser til mindre bruk av behandling i institusjon, økt brukertilfredshet og en mer integriert rus- og psykiatri behandling.

Faglige føringer fra Helsedirektoratet og fra tilsynsrapporter fremhever betydningen av tilgjengelighet til tjenestetilbudene og brukermedvirkning. Tilbakemeldinger viser at mange pasienter opplever å ha mer medvirkning når hjelpen ytes i eget hjem. Ved alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse kan integriert behandling ved oppsøkende behandlingsteam/ACT-team bidra til redusert rusmiddelbruk (IS 1948). Tilgjengelighet til tjenestene for pasienter, pårørende og samarbeidsparter kan bidra til å sikre tidlig intervensjon, raskere behandling, redusert sykkelighet og redusert behov for bruk av tvunget psykisk helsevern. Det er et mål at tjenestene skal være tilgjengelige og ett tiltak er organisering av ambulans virksomhet (Helsetilsynet 2/2008).

Ny nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013):" ...anbefale(r) at personer med alvorlige psykoselidelser og sammensatte tjenestebehov, som ikke greier å dra nytte av det ordinære tjenestetilbudet, tilbys behandling og oppfølging etter ACT-modellen." (IS-1957)

#### *Tjenestemodellen FACT*

NAPHA skriver på sine hjemmesider (29.10.2013) at FACT – Flexible Assertive Community Treatment, har vakt interesse blant fagfolk i Norge. Oppfølging ved hjelp av tjenestemodellen FACT innebærer også støtte og koordinering av tjenester på samme måte som oppfølging gjennom ACT, men skiller seg fra ACT ved at FACT tilbyr fleksible nivådelte tjenester ut i fra hjelpebehovet til personer med alvorlige psykiske lidelser. Det vises til erfaringer om at 10-20% av pasienter i denne målgruppen har behov for et forsterket team-tilbud. Erfaringene med FACT-team kommer for det meste fra befolkningstette områder i Nederland og England. Tjenesten bygger på et prinsipp om at behandlingen intensiveres når pasienten har behov for et forsterket tilbud og at tilpasningen skjer raskt. I England er det gjort en tilpasning ut fra den nederlandske modellen. En studie ved Firn et al (2012) fra London viser at FACT kan gi like effektive tjenester som ACT og at tilbudet er kostnadsbesparende blant annet på grunn av lavere forbruk av sykehussenger.

ACT og PART er aktivt oppsøkende rehabiliteringsteam organisert ved henholdsvis Tiller og Nidaros DPS. Det ble i 2013 gjennomført en evaluering av disse tjenestene, der det viser seg at pasientene som har fått aktiv oppfølging og behandling av disse teamene har resultert i redusert innleggelse både ved Østmarka og DPS. I lokal evalueringsrapport for ACT-teamet ved Tiller DPS (2013) begrunnes etablering av ACT-team nasjonalt ut fra gode resultater internasjonalt. Nasjonale tilsyn og rapporter viser et behov for tilgjengelige og tilpassede tjenester.

Pasientgruppen i dette prosjektet har derimot trolig behov for en mer individuelt tilpasset og fleksibelt tilbud, mer etter FACT-modellen. Det er behov for å undersøke om et slikt ambulerende FACT-team, i kombinasjon med klar ansvarsfordeling mellom helseaktørene, bidrar til å bevare funksjonsevnen til disse pasientene.

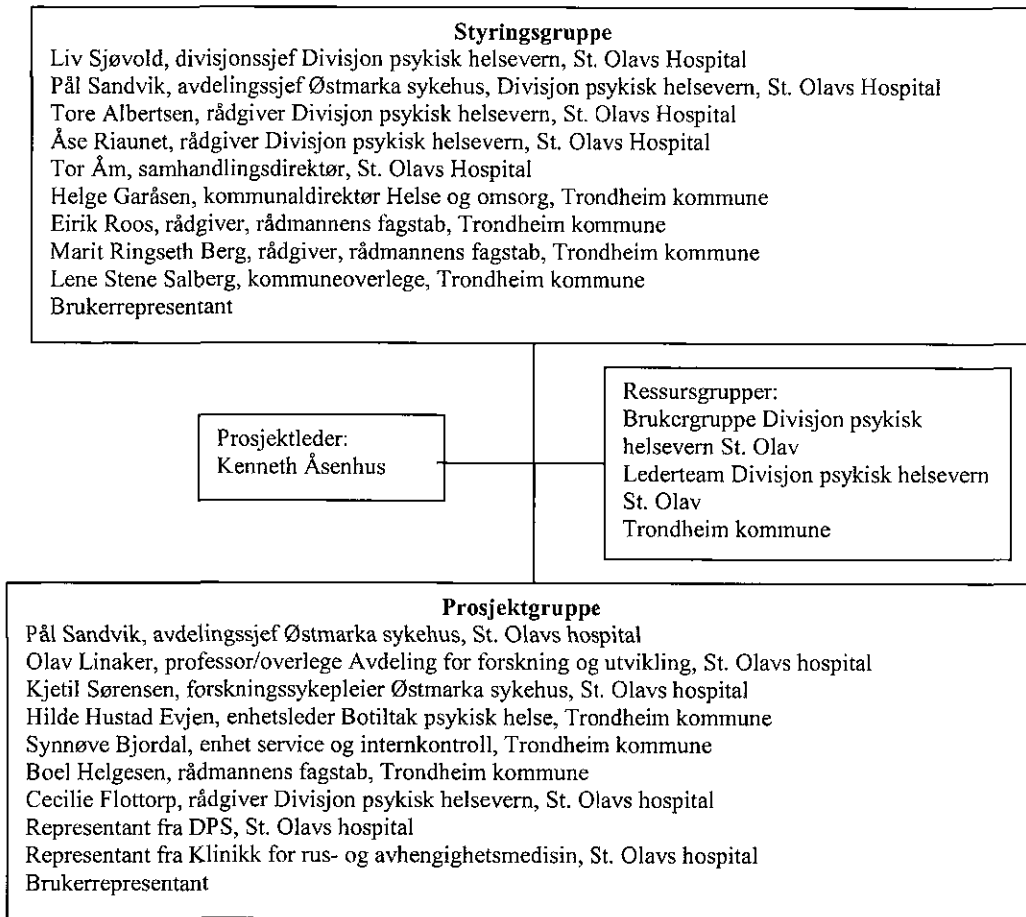
Det forprosjektet skal utrede, er kommunalt botilbud, hvilke ambulante behandlingstilbud som vil være best egnet for denne pasientgruppen og nye oppgaveløsninger (komplementære tjenester).

### **1.3 Prosjektgjennomføring**

Prosjektperiode: 15. august 2014 – 15. februar 2015

Prosjekteier: St. Olavs hospital HF, Divisjon psykisk helsevern.

Styringsgruppe: Kontaktutvalget mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital, Divisjon psykisk helsevern



#### Leveranser/milepæler i forprosjektperioden:

- Foreta en systematisk kartlegging og definering av pasientgruppen (framskaffe data på individnivå: bl.a. forbruk av tjenester (behandlingsnivå, frekvens og type), bosted, diagnose.
- Foreta en litteraturgjennomgang av relevant forskning og prosjekter om denne/tilsvarende pasientgrupper
- Innhente erfaringer fra tidligere prosjekt
- Formulere mål, samt tilhørende problemstillinger for hovedprosjekt
- Drøfte omfang og avgrensninger, herunder pasientgrupper og aktuelle aktører (etablere FACT-team)
- Utarbeide hovedmodell for pasientforløp
- Inkludering av pasient- og pårørendeopplæring
- Kartlegge gjeldende regelverk og finansieringsordninger
- Relasjon og samarbeid med andre relevante pågående prosjekt
- Finne deltakere til hovedprosjekt
- Gjennomføre gevinst- og risikoanalyse
- Kartlegge botilbud for pasientgruppen, vurdere behov for etablering av nytt botilbud
- Definere forskningsmetode for evaluering av hovedprosjekt
- Utarbeide plan for dokumentasjon av resultater fra hovedprosjektet, herunder formidling og videreføring
- Send søknad til aktuelle instanser om finansiering av hovedprosjekt
- Avtalefeste samarbeid mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital om denne pasientgruppen.

- Utarbeide prosjektrapport

Det legges opp til månedlige prosjektmøter og møte i styringsgruppa annenhver måned.

#### **1.4 Plan for evaluering og dokumentasjon av resultater**

Forprosjektrapporten vil inneholde et eget kapittel som omhandler evaluering av prosjektgjennomføringen inklusive en evaluering av grad av måloppnåelse for forprosjektets resultatmål, og om det er grunnlag for å gå videre med et hovedprosjekt. Prosjektleder vil i tillegg foreta en kontinuerlig evaluering av prosjektets framdrift og retning i samarbeid med prosjekt- og styringsgruppe. I forprosjektet vil man også utrede og definere valg av forskningsmetode i et eventuelt hovedprosjekt, inklusive implementerings- og evalueringsmetode.

#### **1.5 Vurdering av prosjektets betydning for forbedring av dagens praksis**

Målgruppen består av mennesker med alvorlig psykisk lidelse, som i tillegg kan ha rusdiagnose og kompliserende problemer i forhold til utagering og manglende sykdomsinnsikt. Mange er på tvunget psykisk helsevern. Dette er en gruppe som ikke nås av ACT-teamet/PART i tilstrekkelig grad. Dagens praksis for behandling av den definerte målgruppen baserer seg på en tradisjonell oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Selv om både DPS og sykehus arbeider stadig mer oppsøkende og ambulant, mangler det foreløpig en overbyggende og forpliktende samhandlingsmodell. Det er behov for å skissere og prøve ut nye former for oppgaveløsninger og oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det er et mål å ta i bruk implementeringsmetoder som vil føre til en god og integrert praksis med tilgjengelige tjenester for denne pasientgruppen.

#### **1.6 Formidling og videreføring**

Det vil bli skrevet en prosjektrapport fra forprosjektet. Erfaringene fra forprosjektet vil gi et beslutningsgrunnlag for om man skal gå videre med et prosjekt med etablering av et oppsøkende behandlingsteam for den definerte pasientgruppen.

Forprosjektet og etter hvert dets resultat vil bli framlagt i aktuelle fora både i kommunen, i spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle fora. For eksempel Faglige samarbeidsutvalg, ledermøter, behandlingsmøter, administrative samarbeidsutvalg, fagnettverk, brukerutvalg med mer.

#### **1.7 Muligheter for erfaringsoverføring til andre enheter/foretak:**

- *Vurdering av potensialet for fremtidig erfaringsoverføring*
  - *Til andre HF/kommuner i Helse Midt-Norge*
  - *Til andre avdelinger/fagområder ved eget HF*
  - *Til andre kommuner*
  - *Til fagmiljø/HF utenfor Helse-Midt-Norge*
  - *Annet*

Erfaringsoverføring anses svært relevant både internt i egen helseregion, til andre kommuner/regioner og til brukerorganisasjoner.

### **1.8 Prosjektbudsjett**

0,5 årsverk prosjektleder inkl. sosiale kostnader	kr. 390 000,-
Work-shop (2 stk)	kr. 30 000,-
Brukermedvirkning	
<u>(møte- og reise godtgjøring, totalt 9 møter og 4 work-shops)</u>	<u>kr. 20 000,-</u>
Sum prosjektstøtte	kr. 440 000,-

Deltakelse i prosjekt- og styringsgruppe forutsettes dekket av egne midler.

Randolf Vågen  
Konst. avdelingssjef  
Divisjon psykisk helsevern

**Kildehenvisninger:**

Lokal evalueringsrapport for ACT-teamet ved Tiller DPS (2013)

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (IS 1957)

Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser (IS 1948)

Nasjonal faglig retningslinje "Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud" (IS 1554)

Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999- 2008).

St. melding nr.47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. "Rett behandling- på rett sted- til rett tid".

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

[www.napha.no](http://www.napha.no)



Tore Jo Nilsen  
Gun Ekeberg

Vår referanse  
14/1019-  
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv

Dato  
11.04.2014

## Søknad på prosjektmidler innen Bedre oppgavedeling

Vi søker med dette om kr. 440 000,- til "Forprosjekt: Bedre oppgavedeling mellom Trondheim kommune og St. Olavs hospital - Psykisk helsevern for pasientgruppe med behov for omfattende og samtidige tjenester".

Vedlagt følger prosjektsøknaden samt bekreftelse på deltakelse fra Trondheim kommune.

Prosjektets navn: **"Oppgavedeling mellom Trondheim kommune og St. Olavs Hospital, Psykisk helsevern for pasientgruppe med omfattende og samtidige tjenester" (forprosjekt)**

Prosjekteier: Divisjonssjef Liv Sjøvold  
Prosjektansvarlig: Fagutvikler Kenneth Åsenhus

Divisjonssjefens kommentarer:

Divisjonssjefen er orientert om søknaden. God og riktig oppgavedeling mellom tjenestenivåene er påkrevet. Et forprosjekt som viser hvordan man kan utvikle og prøve ut nye samhandlings- og oppgaveløsninger støttes.

Vi imøteser en positiv tilbakemelding på vår søknad.

Med vennlig hilsen

Randolf Vågen  
Fg. Divisjonssjef

Cecilie Flottorp  
rådgiver