

UTVIKLING AV ORGANISATORISKE FORPLIKTENDE SAMHANDLINGSMODELLER INNEN PSYKISK HELSE OG RUS- PASIENTFORLØP

STATUSRAPPORT 17.08.2015

BEHANDLET I STYRINGSGRUPPEN 24.08.2015

1 Forord

Status pr. 17.08.2015

Delrapport fase 1 er utarbeidet av prosjektleder Kari Engen Sørensen.

Delrapporten legges frem for Styringsgruppen 24. august 2015, og danner grunnlag for tiltak i fase 2 av prosjektet.

2 Innhold

		side
3	Sammendrag, grunnlag, resultater og anbefaling	2
4	Bakgrunn	4
5	Organisering	4
6	Overordnet prosjektmål	5
7	Delmål og hovedaktiviteter	5
8	Kritiske suksessfaktorer/risikovurdering/konsekvenser for deltakende parter	5
9	Finansiering og budsjett	6
10	Funn og resultater	6
11	Anbefalinger til utprøving av samhandlingsmodell	8

3 Sammendrag; grunnlag, resultater og anbefalinger

Deltakende parter er kommunene Asker, Røyken og Hurum og Asker DPS. Fase 1 er gjennomført i tidsrommet august 2014 til juli 2015. Fase 2 gjennomføres fra august til desember 2015.

Følgende aktiviteter er gjennomført i fase 1

- 3.1 Kartlagt og analysert dagens omfang og organisering av kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester for alle pasienter innen psykisk helse og rus i kommunene Asker, Røyken, Hurum og Asker DPS, herunder pasienter definert som målgruppe i prosjektet. Prosjektgruppen har gjennomført prosesser som har ført til en omforent forståelse av omfang og organisering av kommune- og spesialisthelsetjenester til pasienter definert som målgruppen i prosjektet.
- 3.2 Gjennomført en kvalitativ kartlegging av eksisterende brukerinvolvering, og gjennomført prosesser i prosjektgruppen som har ført til en omforent forståelse av utfordringer ved dagens brukerinvolvering.
- 3.3 Gjennomført en avklaring av hvilke brukere som skal inngå/ikke inngå i prosjektet.
- 3.4 Innhentet informasjon om ulike samhandlingsmodeller, og foretatt en vurdering som har dannet grunnlag for foreslått Samhandlingsmodell til utprøving.
- 3.5 Gjennomført kurs i metode for å måle effekten av endret pasientforløp
- 3.6 Fortløpende forankring av funn og fremdrift i prosjektet.

Skagerak Consulting har i samarbeid med prosjektmedarbeidere i Vestregionen gjennomført kartleggingen og analysen.

Funn fra kartlegging og analyse viser 3 hovedutfordringer: flytutfordringer, vaktutfordringer og mangelfull systematisk brukermedvirkning.

Det anbefales utprøving av følgende tiltak:

1 Flytutfordringer

Det opprettes et felles koordinerende team mellom Asker DPS og hver kommune på dagtid hverdager. Partene forplikter seg til å avgi faste personer til dette teamet som møtes regelmessig til fastlagt tid. Ressursinnsats dimensjoneres etter antall pasienter og pasientbehov, med grunnlag i antall innlagte døgn på DPS og sykehus forrige år. Pasienter, klassifisert innunder målgruppen i prosjektet, skrives ut til dette felles koordinerende teamet etter innleggelse på døgn i spesialisthelsetjenesten.

Ønsket effekt:

Redusere innleggelse døgn for Vestre Viken/TSB
Redusere reinnleggelse døgn
Rett tilbud til brukere av kommunale tilbud
Redusert press på akuttakse for kommuner, DPS og sykehus
Opplevd bedre kvalitet for brukere og pårørende

Resultat på døgnaksen skal måles 3-4 ganger per. år.

Hvis ulike organiseringer gir ulike resultater, så skal organisering velges ut i fra hva som gir de beste resultatene, hensyntatt ressursbruk

2 Vaktutfordringer

Det anbefales at kommunene oppretter kommunale ambulante team som er operative frem til kl. 20(21) alle dager, og som er tilgjengelig for flere brukere enn målgruppen i prosjektet. Dette organiseres i den enkelte kommune eller interkommunalt.

Ønsket effekt:

Redusert press på akuttaksen
Redusert press på høyere nivå i omsorgstrappen
Bedre opplevd kvalitet, trygghet og forutsigbarhet blant pasienter og pårørende.

3. Manglende brukermedvirkning

Det skal utarbeides en metode og rutine for å sikre reell brukermedvirkning i alle deler av pasientforløpet

Ønsket effekt:

Bedre opplevd kvalitet, trygghet og forutsigbarhet blant pasienter og pårørende

Forutsetninger for å iverksette og utprøving av ny samhandlingsmodell er:

Intern forflytting av ressurser til å bemanne et ambulant team, pga ingen økonomisk tilvekst
Nødvendig forankring i politisk og administrativ ledelse.
Skape tillitt og tru på omdisponering/omorganisering blant brukere, pårørende og befolkning

4 Bakgrunn

26 kommuner i Vestre Viken helseområde etablerte i 2009 et strategisk og operativt samarbeid for å stå styrket i forhold til nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen og ny folkehelselov. Det er etablert et overordnet samarbeidsutvalg (OSU) mellom 26 kommuner og Vestre Viken.

Kommunehelsesamarbeidet (KHS) forankres gjennom vedtak i det enkelte kommunestyret. Vestregionen organiserer og driver samarbeidet på vegne av alle kommuner tilsluttet KHS. KHS omfatter kommuner med en samlet befolkning på ca. 445.000 innbyggere.

Høsten 2013 besluttet KHS et nytt innsatsområde, psykisk helse og rus. KHS gjennomførte høsten 2013 en kartlegging av status og utfordringer innen psykisk helse og rus i 26 kommuner.

Undersøkelsen viste bl.a at kommunene ønsket en bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten, og de er usikre på hvilke pasienter de skal overta ansvaret for. Kommunene savnet nødvendig kunnskap og kompetanse til å behandle personer med betydelig voldelig adferd.

I møtet i OSU 10.02.2014, sak 3/2014 ble det besluttet å frembringe tall og analyse av forbruk av spesialisthelsetjenester og kommunale helsetjenester innen psykisk helse og rus. Målet var at analysen skulle danne grunnlaget for å etablere et godt koordinert pasientforløp for pasienter med et omfattende og langvarig behov for tjenester fra både spesialist og kommune. KHS mottok kr. 1 000 000 fra Helsedirektoratet til å finansiere prosjektet.

I prosjektet deltar kommunene Asker, Røyken, Hurum og Asker DPS.

5 Organisering

5.1 Prosjektleder:

Kari Engen Sørensen

5.2 Styringsgruppe:

Nina Solberg (leder) daglig leder Vestregionen, Elisabeth Mork, avdelingssjef Asker DPS, (Heidi Skeimo Berge avdelingssjef Asker DPS), Tor Erik Befring, virksomhetsleder Asker, Øydis Jahren, kommunalsjef Røyken og Hurum, (Karen Sannes, kommunalsjef Hurum og Tone Merete Schwenkerud, kommunalsjef Røyken), Wenche Stensrup, brukerrepresentant.

5.3 Prosjektgruppen:

An-Magritt Singstad, seksjonsleder Asker DPS, Beate Nordby Schwensen, seksjonsleder Asker DPS, Astrid Dolva, praksiskonsulent Asker DPS, Bente Hildre, rådgiver Asker kommune, Trine Hoff, rådgiver Asker kommune, Anne Grete Westly, Kommunelege Asker kommune, Turid Lohne Velund, rådgiver Røyken kommune, Helle Stiig, leder Røyken kommune, Kirsten Willett Jansen, leder Hurum kommune, Nina Terese Riis, virksomhetsleder Hurum kommune og Gørill Martinsen, brukerrepresentant.

5.4 Ressursgruppe, brukerrepresentanter:

Alexandra Ringnes, Janne Grøttumsbråten, Aina Rugelsjøen, Ragnhild Tveito og Solveig Kjus i tillegg til Gørill Martinsen og Wenche Stensrup.

5.5 Ressursgruppe, (læringsnettverk psykisk helse og rus)

Elin Skoglund, Paul Johansen, Tove Semb, Solveig Margrete Bamrud, Heidi Eidskrem, Erik Bekkevar, Tommy Toresen, Einar Moltu, Rune Tufte og Torill Krogsund. I tillegg deltar medlemmer av prosjektgruppen.

Prosjektet har valgt å være med i Læringsnettverk «Pasientforløp hjem til hjem», initiert og ledet av Vestre Viken. Læringsnettverket omfatter 4 ulike pasientforløp hoftebrudd, kols og risikofyllt alkoholforbruk inkl. pasientforløp psykisk helse og rus. Læringsnettverket finansieres av samhandlingsmidler fra helse Sør/øst, og er forankret i overordnet samarbeidsutvalg. Læringsnettverket følger en internasjonal måte å organisere forbedringsarbeid på, der flere kliniske enheter jobber sammen om felles problemstillinger. Grunnfilosofien er at læring gjennom nettverk legger til rette for refleksjon og deling av kunnskap, og gir deltakerne en bedre felles plattform enn gjennom individuell læring. Målet er å skape helhetlige pasientforløp. Prinsippene for dette arbeidet er å bygge på det vi har, dele det tilgjengelige, standardisere der det er mulig og individualisere der det er riktig. Pasientforløpet bygger på kunnskapsbaserte prosedyrer, brukerinvolvering og samarbeid mellom kommunene og Vestre Viken. Prosjektgruppen har blitt supplert med flere deltakere gjennom læringsnettverket som alle har hatt mulighet til å delta på prosjektmøter. Det er avviklet 3 av 4 dagssamlinger i læringsnettverket.

Prosjektet har inngått et samarbeid med masterstudent psykisk helsearbeid, Linda Digre Røsvik. Hun følger prosjektet og skal levere masteroppgave med tema brukervedvirkning. I tillegg har Unni Kristin Nilsen fra Blakstad sykehus deltatt på flere prosjektmøter.

6 Overordnet prosjektmål

1. Utvikle og forbedre pasientforløpet i samarbeid med brukere, helseforetak og kommuner. Pasienter og pårørende opplever koordinerte og samordnede tjenester.

2. Styrke brukerinvolveringen i psykisk helse og rus gjennom reell brukervedvirkning i alle deler av pasientforløpet.

7 Delmål og hovedaktiviteter

Fase 1 (august 2014- juli 2015):

Komme fram til en omforent forståelse av den samlede tjenesteproduksjonen i kommuner/helseforetak.

Komme fram til en omforent forståelse av dagens brukervedvirkning for tjenester innen psykisk helse og rus feltet.

Komme fram til en omforent forståelse av dagens pasientforløp for definert brukergruppe i prosjektet.

Fase 2 (august 2015- desember 2015):

Utarbeide og implementere nytt/forbedret pasientforløp for definert brukergruppe.

Prøve ut metode(r) for å måle effekten av pasientforløpet.

8 Kritiske suksessfaktorer/risiko/konsekvenser for deltakende parter

En ny samhandlingsmodell kan medføre organisatoriske endringer og endringer i oppgaver og ansvar både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Pasienter og pårørende skal være i sentrum. Det kan bety endringer i holdninger og maktforhold mellom pasient og behandler. Følgende risikofaktorer er vurdert:

1. Manglende respekt for partenes ståsted, kompetanse og tro på at det er mulig å endre pasientforløpet.

2. Manglende vilje fra partene til å endre pasientforløpet

3. Manglende brukerinvolvering i prosjektet pga at vi ikke har klart å rekruttere tilstrekkelige aktive brukere.

- 4.Manglende forankring og prioritering av prosjektet i deltakende kommuner og helseforetak
- 5.Problemer med å få tilgang til data over tjenesteproduksjonen i kommuner og DPS.

Fastlagt møteplan er fulgt opp, med meget god deltakelse. Resultatet er gode prosesser gjennom omfattende diskusjoner. Det har gått greit å rekruttere brukere til å sitte i styringsgruppen, prosjektgruppen og ressursgruppen. Samarbeidet med brukerne har vært meget tilfredsstillende. Prosjektleder har i samarbeid med Skagerak Consulting, gjennomført fortløpende forankringsmøter i deltakende kommuner og DPS. Politisk og administrativ ledelse har deltatt på flere informasjonsmøter. Vi har benyttet DIPS for å innhente data over tjenesteproduksjonen i spesialisthelsetjenesten.

9 Finansiering og budsjett

Inntekter	Eksterne Tilskudd	1 000 000	Forbruk 1-6 periode 2015
Utgifter 2014	Konsulenttjenester, faste lønninger m.m	460 000	
Utgifter 2015	Faste lønninger		
	Konsulenttjenester	425 000	255 499
	Honorar regnskap	10 000	4 197
	Honorar revisjon	5 000	522
	Møter i egen regi	100 000	10 363
Saldo 30.06.15			268 931

10 Funn og resultater

10.1 Kartlagt og analysert dagens omfang og organisering av kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenester for alle pasienter innen psykisk helse og rus i kommunene Asker, Røyken, Hurum og Asker DPS, herunder pasienter definert som målgruppe i prosjektet. Prosjektgruppen har gjennomført prosesser som har ført til en omforent forståelse av omfang og organisering av kommune- og spesialisthelsetjenester til pasienter definert som målgruppen i prosjektet.

Skagerak Consulting har i samarbeid med prosjektmedarbeidere i Vestregionen, gjennomført kartleggingen og analysen i deltakende kommuner og DPS. Det er foretatt en enkel kartlegging av hva slags tilbud brukerne får, hvor lenge de mottar tjenesten, endringer i tjenestetilbudet, antall nye brukere og hva slags tilbud brukerne samtidig mottar fra spesialisthelsetjenesten. Det er foretatt en enkel kartlegging av bemanning og kompetanse i deltakende kommuner. Det er foretatt en kartlegging av organisering og samarbeid mellom de ulike virksomhetene i kommunene. Det er foretatt en enkel kartlegging av omsorgsbehovet til brukerne basert på faglig skjønn. Det er foretatt en kartlegging og analyse av de tjenester som gis i spesialisthelsetjenesten for den enkelte kommune. Kartleggingen og analysen av forbruk av tjenester i spesialisthelsetjenesten er hentet ut i fra DIPS. Gjennom diskusjoner i prosjektgruppen og læringsnettverket, har prosjektgruppen fått en bedre felles forståelse for tjenesteproduksjon, samarbeid og organisering sammenliknet med et forventet behov i henhold til folkehelseprofiler m.m

Kartlegging og analyse viser 2 hovedutfordringer.

Flytutfordringer

Hovedtyngden av pasienter innen prosjektets målgruppe og som får et omfattende tjenestetilbud på høyeste nivå i spesialisthelsetjenesten, får en mangelfull systematisk oppfølging i kommunen både før innskriving og etter utskriving. En stor andel av brukerne mottar ikke tjenester fra psykisk helse og rus i kommunen. Majoriteten mottar kun tjenester fra fastlege og økonomisk stønad fra Nav. Kartleggingen viser en tendens til at pasienter blir «stående» fast i sitt tilbud gitt i «omsorgstrappen» uavhengig om behovet for tjenesten endrer seg. Dette er noe variabelt i deltagende kommuner. Kartleggingen viser varierende grad av formålstjenlig samarbeid mellom virksomhetene i deltagende kommuner. Kartleggingen viser at kun 40-60% av de brukere som mottar et heldøgnsbemannet botilbud, er i behov av dette i vurdert ut i fra faglig skjønn.

Vaktutfordringer, alle pasienter

Ambulante kommunale team innen psykiske helsetjenester og rus er kun operative på dagtid hverdager. Teamene har god faglig kompetanse. På tider utenom dette benyttes legevakt eller hjemmesykepleien. I stor grad benyttes også DPS/sykehus som fremvakt og bakvakt. Spesialisthelsetjenesten har etablert et godt samarbeid med Blakstad sykehus vedrørende akuttfunksjonen utenom ordinær arbeidstid.

Mer detaljert kartlegging og analyse finnes i vedlegg 1

10.2 Gjennomført en kvalitativ kartlegging av eksisterende brukerinvolvering og gjennomført prosesser i prosjektgruppen som har ført til en omforent forståelse av utfordringer ved dagens brukerinvolvering.

Brukerne er representert i styringsgruppen, prosjektstyret og læringsnettverket. Som et supplement til dette er opprettet en ressursgruppe bestående av 5 brukere. Prosjektleder har hatt jevnlige møter med ressursgruppen. I tillegg er det foretatt en kvalitativ kartlegging av eksisterende brukermedvirkning blant brukere av tjenestene i deltagende virksomheter.

Kartleggingen viser mangler ved informasjon og mulighet til å få utarbeidet en individuell plan. Ansvarsgrupper fungerer bra, men brukerne melder om at de blir gitt få valgmuligheter i forbindelse med behandling. Kartleggingen viser at brukerne ikke automatisk blir forspurt om de ønsker å motta helsehjelp. Brukere har erfart mangelfull og tilfeldig oppfølgingen i kommunen etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Brukerne ønsker kontinuitet i behandling/oppfølging, bli satt krav til og gis mulighet til brukerinvolvering via metoden Samvalg. Relasjonen med behandler anses som viktigst. De er opptatt av at det etableres en rutine for systematisk brukerinvolvering i alle deler av pasientforløpet.

Mangelfull systematisk brukerinvolvering

Oppnevnte brukerrepresentanter, ressursgruppen for brukere og en kvalitativ brukerundersøkelse viser en mangelfull systematisk brukermedvirkning. Funn fra kartleggingen er lagt frem for prosjektgruppen 20.05.2015.

Resultat kartlegging av brukerinvolvering, se vedlegg 2.

10.3 Gjennomført en avklaring av hvilke brukere som skal inngå/ikke inngå i prosjektet.

Deltakerne i prosjektgruppen har i samarbeid med ressursgruppen for brukere og læringsnettverket, gjennomført omfattende diskusjoner om hvilke brukere som har et omfattende behov for samtidige tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste. Gjennom case og innspill fra brukerrepresentantene har prosjektgruppen tilegnet seg en omforent forståelse av hvilke brukere dette er.

3.4 Innhentet informasjon om ulike samhandlingsmodeller, og foretatt en vurdering som har dannet grunnlag for foreslått Samhandlingsmodell til utprøving.

Prosjektgruppen har innhentet erfaringer fra ulike samhandlingsmodeller. Prosjektgruppen har innhentet erfaringer fra Gamle bydel i Oslo og Samhandlingsteamet i Bærum, Fact, ACT, samhandlingsmodeller mellom kommuner tilsluttet Kongsberg DPS og Drammen DPS. Prosjektgruppen har tatt hensyn til ulikhet i avstand mellom deltakende kommuner og DPS og befolkningsgrunnlaget. Prosjektgruppen har kommet frem til at valg av Samhandlingsmodell må ta utgangspunkt i lokale forhold, muligheter og befolkningsgrunnlaget i deltakende kommuner. Hurum kommune har god erfaring med en nåværende Samhandlingsmodell mellom kommunen og BUP. Kommunene har sett på hvordan de organiserer sine tjenester. Kommunene har poengtert viktigheten med et forpliktende samarbeid med fastlegene. Kommunene har sett og vurdert sin tjenestetildelingspraksis.

Prosjektgruppen og læringsnettverket har innhentet erfaringer fra utprøvde Samhandlingsmodeller og kommet frem til følgende konklusjon:

De ulike samhandlingsmodellene har både positive og negative sider ved seg. Modell for Samhandlingsmodell må ta utgangspunkt i lokale forhold, «kundegrunnlaget» ved etablering av rammer for forpliktende samarbeid mellom kommuner, DPS og sykehus. Samarbeidet må være effektivt, hensiktsmessig og forutsigbart der partene tar et felles ansvar i deler av pasientforløpet og gis mulighet til å følge opp pasienten i eget hjem. Brukere som skrives ut fra en døgnbehandling i spesialisthelsetjenesten følges opp av et partssammensatt ambulant Samhandlingsteam som er unikt for hver av de deltakende kommunene. Dette begrunnes ut i fra ulikheter i befolkningsgrunnlaget og avstander til Asker DPS.

For nærmere vurderinger av Samhandlingsmodeller se vedlegg 3

10.5 Gjennomført kurs i metode for å måle effekten av endret pasientforløp

Prosjektgruppen har startet diskusjonen om hva som skal være effekten av nytt forbedret pasientforløp og hvordan vi best kan måle dette. Brukerne har gitt innspill på at opplevd kvalitet i tjenesten er like viktig som å oppnå reduserte reinnleggelser. De er opptatt av å måle reell brukermedvirkning i alle deler av pasientforløpet.

Prosjektleder har deltatt på kurs i SPC (statistisk prosesskontroll) via læringsnettverket.

Prosjektgruppen har ikke konkludert med valg av måleverktøy.

10.6 Fortløpende forankring av funn og fremdrift i prosjektet

Prosjektleder og representant fra Skagerak Consulting, har fortløpende presentert funn fra kartlegging og analyse i deltakende kommuner, DPS og sykehus. Deltakerne har vært administrativ og politisk ledelse i tillegg til representanter for de ansatte.

10.7 Forutsetninger for å iverksette og utprøving av ny samhandlingsmodell er:

Intern forflytting av ressurser til å bemanne et ambulant team, pga ingen økonomisk tilvekst
Nødvendig forankring i politisk og administrativ ledelse.

Skape tillitt og tru på omdisponering/omorganisering blant brukere, pårørende og befolkning

11 Anbefalinger til utprøving av samhandlingsmodell

11.1 Flytutfordringer

Det opprettes et felles koordinerende team mellom Asker DPS og hver kommune på dagtid hverdager. Partene forplikter seg til å avgi faste personer til dette teamet som møtes regelmessig til fastlagt tid. Ressursinnsats dimensjoneres etter antall pasienter og pasientbehov, med grunnlag i antall innlagte døgn på DPS og sykehus forrige år.

Pasienter, klassifisert innunder målgruppen i prosjektet, skrives ut til dette felles koordinerende teamet etter innleggelse på døgn i spesialisthelsetjenesten.

Ønsket effekt:

Redusere innleggelse døgn for Vestre Viken/TSB

Redusere reinnleggelse døgn

Rett tilbud til brukere av kommunale tilbud

Redusert press på akuttakse for kommuner, DPS og sykehus

Opplevd bedre kvalitet for brukere og pårørende

Resultat på døgnaksen skal måles 3-4 ganger per. år.

Hvis ulike organiseringer gir ulike resultater, så skal organisering velges ut i fra hva som gir de beste resultatene, hensyntatt ressursbruk

11.2 Vaktutfordringer, alle pasienter

Det anbefales at kommunene oppretter kommunale ambulante team som er operative frem til kl. 20(21) alle dager, og som er tilgjengelig for flere brukere enn målgruppen i prosjektet.

Dette organiseres i den enkelte kommune eller interkommunalt.

Ønsket effekt:

Redusert press på akuttaksen

Redusert press på høyere nivå i omsorgstrappen

Bedre opplevd kvalitet, trygghet og forutsigbarhet blant pasienter og pårørende.

11.3 Manglende systematisk brukermedvirkning

Det skal utarbeides en metode og rutine for å sikre reell brukermedvirkning i alle deler av pasientforløpet

Ønsket effekt:

Bedre opplevd kvalitet, trygghet og forutsigbarhet blant pasienter og pårørende

Forutsetninger for å iverksette og utprøving av ny samhandlingsmodell er:

Intern forflytting av ressurser til å bemanne et ambulant team, pga ingen økonomisk tilvekst

Nødvendig forankring i politisk og administrativ ledelse.

Skape tillitt og tru på omdisponering/omorganisering blant brukere, pårørende og befolkning