

PROSJEKTPLAN

Samhandlingsplan for kommunalt ettervern Rus og Psykiatri

Et samarbeidsprosjekt mellom Salten Regionråd og kommunene i Salten.

Psykolog Kristin Skotnes Vikjord

Mai 18, 2015

INNHold

I. Innledning

- I.1. Hensikt
- I.2. Mandat

II. Bakgrunn

- II.1. Nåværende organisering

III. Gjennomføring

- III.1. Forprosjekt
- III.2. Kartlegging
- III.3. Behov
- III.4. Handlingsplan

IV. Organisering og finansiering

- IV.1. Organisatorisk sammensetning og ansvarsforhold
- IV.2. Fremdriftsplan
- IV.3. Finansiering

V. Kilder

VI. Vedlegg

- VI.1. Definisjoner og begrepsavklaringer
-

Redusert livskvalitet, økt dødelighet, sykefravær og uførepensjon er blant de viktigste følgene av psykiske helseproblemer og rusmiddelproblemer.

I. INNLEDNING

I.1. HENSIKT

Prosjektet er initiert av Salten Regionråd, med hensikt å *utrede hvordan samhandle om rus og psykiatri (ROP) i de ni Salten kommuner*. Disse er: Beiarn, Bodø, Fauske, Gildeskål, Hamarøy, Meløy, Saltdal, Steigen, Sørfold.

Salten Regionråd ønsker med prosjektet en avklaring av dagens situasjon for ROP-tilbudet i de ni ovennevnte kommuner. Det innebærer blant annet avklaring av hva som fungerer, hvilke områder det kan vurderes samhandling rundt, og hvordan dette eventuelt kan løses.

Målet er å få en faglig fundert vurdering og anbefaling for en samhandlingsplan mellom kommunene i Salten, i behandlingsforløp for personer med ROP-lidelser.

I.2. MANDAT

Mandatet er gitt av Salten Regionråd, etter møtet med kommunene i oktober 2014. Temaet der var etterspørsel etter et sentralisert interkommunalt tilbud for ettervern/døgnbehandling ROP pasienter. Bestillingen er å nedsette ei arbeidsgruppe som skal utarbeide *en anbefaling for en interkommunal samhandlingsplan for ROP*. Arbeidet skal baseres på tverrfaglige og forskningsbaserte vurderinger, der pasienten som menneske står i senter.

Prosjektplanen er utformet på grunnlag av retningslinjer gitt i Helsedirektoratets anbefalinger vedrørende psykiske lidelser og samtidig rusmiddelavhengighet, og nasjonale føringer som ventes innen utgangen av 2015. Sistnevnte vil primært omhandle akutt rus og psykiatri, samt utskrivningsklare ROP pasienter. Dette må sees i forlengelsen av Samhandlingsreformen, 2012.

Utrede hvordan samhandle om rus og psykiatri (ROP) i de ni Salten kommuner.

Kartlegge de områder en interkommunal samhandlingsplan vil omhandle, samt komme med en faglig fundert anbefaling om denne.

II. BAKGRUNN

II.1. NÅVÆRENDE ORGANISERING

Rus og Psykiatri-tilbudet i kommunene er retningsledet av Helsedirektoratets anbefalinger. Nyeste retningslinjer fra 2014, *Sammen om Mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenester* (03/2014), gir anbefalinger for organisering og mandat for psykisk helse- og rusarbeid. Dette gjelder bl.a hele pasientforløp, involverte instanser, deres roller, kompetanse m.m.

Rus og psykiatri tilbudet i de gjeldende ni Salten kommuner er per tiden organisert innad i de enkelte kommuner. Dette gjelder hele pasientforløpet, fra kontaktetablering, kartlegging, behandling (mestring, fungering, integrering) og oppfølging/ettervern. Kartlegging og behandling er koblet til andre- og tredjelinjen. Fastlege henviser til TSB (tverrfaglig spesialisert behandling), og pasienter vurderes deretter ifht. behov for enten poliklinisk oppfølging eller døgnbehandling. Helsedirektoratet gir anbefalinger for hvordan samhandling innad i kommunene, samt mellom kommune og spesialisthelsetjenesten bør se ut. Hva som skjer i praksis, og hvordan det løses i de aktuelle kommuner, varierer. Noen har utarbeidet handlingsplaner, andre ikke. Samarbeid med ideelle organisasjoner (Kirkens Bymisjon m.fl.) og brukermedvirkning står og sentralt her. Dagens situasjon i de ni kommunene varierer svært. Noen opplever at de løser situasjonen på en delvis god måte, andre ikke i det hele tatt.

Vi vet at:

- personer med alvorlige rusavhengighet og samtidig psykisk lidelser har sykdomsbilder som krever spesialisert kompetanse.
- deres sykdomsbilde er svært sammensatt.
- det er ca. 40% overlapp mellom personer med alvorlig rusavhengighet og samtidig psykisk lidelse.
- det er 7 pasientgrupper med psykisk lidelse som viser høy samsykelighet (comorbiditet) med alvorlig rusavhengighet: bipolar, schizofreni, angst og PTSD, depresjon, Personlighetsforstyrrelser, ADHD, Spiseforstyrrelser.
- sosialtjenesten mener at deres største utfordring er å hjelpe klienter som har samtidig rus- og psykiske lidelser.
- samhandling og brukermedvirkning er essensielt for bedret hverdag- og livssituasjon.
- **dagens organisering ikke er optimal.**

V. GJENNOMFØRING

V.1. FORPROSJEKT

Forprosjektet består av to deler. Første omhandler orientering og informasjonsinnsamling, og andre omhandler ferdigstilling av prosjektplan. Sistnevnte er forankret i første del. Prosjektplanen ferdigstilles i juni 2015.

V. 2. KARTLEGGING

ROP-feltet er sammensatt, både som fagfelt og politisk. Det at best mulig ivaretagelse av pasienten fordrer involvering fra både kommuner og spesialisthelsetjeneste, gjør feltet enda mer kompleks. Det er flere momenter som gjør feltet utfordrende:

- Det kreves **tverrfaglighet** for ROP kartlegging, behandling, og ettervern
- Ressurser i form av tilstrekkelig og forsvarlig antall **årsverk** sett i sammenheng med,
- Riktig og oppdatert **kompetanse**
- Ressurser og egnede **rammefaktorer** som lokaliteter og transport
- Kommunikasjonslinjer og **samhandlingspraksis**: innad i kommuner, samt mellom første-, andrelinjen og spesialisthelsetjenesten

Følgende er veiledende punkter for kartlegging:

- Kartlegging av eksisterende personell og årsverk
- Kartlegging av organisering innad i kommuner, og dagens samhandling mellom nivåer og pasientforløp (antall pasienter/innleggelsesstatistikk, behov for ettervern m.m)
- Kartlegging av satsning og gjennomføring i kommuner (foreligger planverk, vedtatt i kommunestyret, økonomi)
- Kartlegging av eksisterende satsningsområder og kompetanse

V.3. BEHOV

Det er behov for et bedre kommunalt tilbud om ettervern for ROP-pasientene, akutt- og langtidsplasser. Arbeidsgruppa gjør sin kartlegging i lys av dagens situasjon (resultat av kartleggingen i V.2), med fokus på å avklare og beskrive satsningsområder og vurdere fremtidige behov.

Av arbeidsmøtet ved fagledere og representanter fra kommunene i Salten i januar 2015, ble følgende områder foreslått til utredning. Minner om at disse overlapper, og ikke har kronologisk prioritering i dette oppsettet:

1. Populasjon
2. Fag
3. Lokalteter
4. Økonomi
5. Samhandling
6. Personell

Populasjon

Kartleggingen avgrenses til de pasientforløp som defineres under *Alvorlige langvarige rus og psykiske (ROP) problemer/lidelser* (nærmere beskrevet i vedlegg, s. 13). En interkommunal oversikt der statistikk fra de ni kommuner illustrerer status for populasjonen mht.: utbredelse, antall sengeplasser/pasienter i behov for ettervern, liggetid (gjennomsnittlig lengde pr. opphold), er ønskelig.

De som skal ha hjelp, skal ha best mulig tilrettelagte rammevilkår. Pasientens innflytelse og verdighet skal stå sentralt. Jf. Helsedirektoratets veiledninger skal ROP-feltet ha tre perspektiver i fokus: traumeforståelse, rusmiddelbruk, og psykiske helseproblemer/lidelser. Dette overlapper direkte med neste foreslåtte utredningsområde, fag.

Fag

Fag defineres som både teoretisk kompetanse og praktisk utførelse og utvikling. Her er det og hensiktsmessig å få en interkommunal oversikt ifht. behov, ressurser og tilgjengelighet. Her er det og hensiktsmessig å få en interkommunal oversikt som beskrives antall årsverk pr. kommune, eksisterende profesjoner og kompetanse, og hva som trengs for å realisere en samhandlingsplan. Dette inkluderer hvordan sikre tverrfaglig (medisinskfaglig, psykologfaglig, sosialfaglig) dekningsgrad og veiledning.

Anbefalingen må ta høyde for den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess.

Lokalisasjon

Dette området innebefatter bygg, bolig og geografisk plassering. Behovskartlegging må her sees i sammenheng med eksisterende muligheter, og samtlige områder foreslått til utredning. I tillegg kommer rammefaktorer inn mht. egnethet og geografisk plassering ifht. ressurser og personell. Og ikke minst skal faglig forsvarlighet skal tas i betraktning.

Samhandling

Kartlegging av hvordan dagens samhandling faktisk foregår, vil gi et realistisk grunnlag for å vurdere hva som bør vektlegges og trengs i en samhandlingsplan. Dette gjelder både innad og på tvers av de ni kommuner, samt med spesialisthelsetjenesten.

Økonomi

Beskrivelse av forventede kostnader tilknyttet de ulike kartleggingsområdene. Handlingsplanen skal ta høyde for å være mest mulig kostnadsnyttig.

Personell

De som behandler skal også ha best mulig tilrettelagte rammevilkår. *Compassionate Fatigue* sees ofte blant helsepersonell og omsorgsarbeidere, og risiko for denne tilstanden økes ved: Lite veiledning og kollegial støtte, nettverk, tilgjengelige ressurser, dårlig samhandling, tunge pasientgrupper og lidelser. ROP-pasienter defineres under sistnevnte, og særlig den alvorlighetsgraden som omtales i dette prosjektet. Dette området overlapper med fag, og må sees i forlengelsen av økonomi og kostnadseffektivitet på sikt.

V. 4. HANDLINGSPLAN

Prosjektplanen er grunnlaget for arbeidsgruppas utredning. Deres anbefaling og konklusjon beskrives i en **handlingsplan** som fremlegges Regionrådet.

Utredningen vil innebefatte innsamling av relevant data, kartlegge, konsekvensutrede og fremme anbefaling. Arbeidsgruppa må ta stilling til og vurdere i hvor stor grad det skal innhentes sekundærinformasjon fra pasienter og pasientorganisasjoner. Handlingsplanen skal være både forskningsbasert og nært knyttet til dagens praksis og erfaring fra personell.

IV. ORGANISERING OG FINANSIERING

IV. 1. ORGANISERING

Oppdragsgiver for prosjektet er Salten Regionråd. Mandatet forankres i regionrådets møte i juni 2015. Oppdragsgiver er også ansvarlig for gjennomføring av prosjektet, og **prosjektansvarlig** er Rådmannsutvalget i Salten Regionråd, ved leder Even Ediasen. Prosjekteier er Salten Regionråd.

Ansvar: Prosjektansvarlig skal sørge for at prosjektet gjennomføres etter styringsgruppas føringer. Rapporterer til styringsgruppa, og er bindeleddet mellom styringsgruppa og prosjektledelse.

Prosjektleder engasjeres av Salten Regionråd. I utforming av forprosjektet og beskrivelsen av **prosjektplan** bistår utvalgte kommunale representanter som referansegruppe. Salten Regionråd har gitt undertegnede psykolog Kristin Skotnes Vikjord, ansvar for utforming og skriving av prosjektplan.

Ansvar: prosjektleder har ansvar for fremdrift, koordinering og gjennomføring som leger til rette for beslutninger. Prosjektleder rapporterer til prosjektansvarlig.

Styringsgruppe for prosjektet foreslås sammensatt av 3-5 representanter oppnevnt av Salten Regionråd.

Styringsgruppa nedsetter ei **arbeidsgruppe** med representanter fra de ni Salten Kommuner, og spesifikt fra sektor for psykisk helse og rus.

Ansvar: Styringsgruppa har det overordna ansvaret for prosjektets måloppnåelse og resultater. De tar beslutninger om avgjørende valg underveis i prosjektet. Styringsgruppa rapporterer til oppdragsgiver, her Salten Regionråd.

Det foreslås at fag- og lederrepresentanter fra de ni Salten Kommuner deltar, og eventuelt representant fra Fylkesmann, Helse Nord og spesialisthelsetjenesten m.m. De ni Salten Kommuner inviteres til å komme med forslag til sine representanter til Salten Regionråd.

Ei **ressursgruppe** bestående av fagnettverket anbefales til støtte for arbeidsgruppa for å innhente informasjon samt relevante uttalelser.

I denne ressursgruppa tenkes:

- Representanter fra Spesialisthelsetjenesten og NLSH:
 - Rusteamet SDPS: fagansvarlig og/eller enhetsleder

- KER: Enhetsleder og/eller overlege
 - ROP: Enhetsleder og/eller overlege
 - Ambulant Akuttteam: Enhetsleder
 - LAR: Enhetsleder og/eller overlege
- Helse Nord:
 - Politiet:
 - Rusforum Nordland
 - Korus Nord:
 - Fylkesmannen:
 - Kommunelegeforum, Salten

Ansvar: Ressursgruppe skal kun være sparringspartner og en ressurs for prosjektledelse og prosjektansvarlig ved behov, enkeltvis eller som gruppe, gjennom telefon, e-post eller møter.

IV.2. FREMDRIFTSPLAN

Overordnet tidsramme: Oppstart høst 2015. Ferdigstilt vår 2016.

Fase 1: Forprosjekt

Utarbeide prosjektplan, som presenteres i Arbeidsutvalget (AU) og kommunene, og deretter vedtas. Kommunene med rådmenn og fagledere inviteres til innspill fra starten av. Prosjektplanen fremlegges for regionrådet i møte i juni 2015. Etter at prosjektplanen er vedtatt i kommunestyrene, AU og Regionrådet, igangsettes hovedprosjektet. Salten Regionråd utnevner styringsgruppa.

Ferdig: september 2015

Fase 2: Arbeidsgruppa

Arbeidsgruppa starter sitt arbeid med kartlegging, vurderinger og anbefalinger for mulige interkommunale samarbeidsområder for ROP – tilbud. Forskningsbasert kunnskap, fagekspertise og pasientkompetanse vektlegges som referanser. Estimeres månedlige møter på 2-3 timer.

Ferdig: vår 2016

Fase 3: Ferdigstilling

Arbeidsgruppa presenterer sin rapport og anbefalt handlingsplan. Evaluering.

Ferdig: vår 2016

IV.3. FINANSIERING

Prosjektet finansieres hovedsakelig av Salten Regionråd. Det har en øvre budsjetttramme på mellom 300.000,- til 500.000,-, for 2015 og 2016. Ekstern finansiering omsøkes hvis mulig.

V. KILDER

2012. Nasjonal Faglig Retningslinje for Utredning, Behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.

2014. Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjeneste.

ICD-10. Psykiske lidelser og Atferdsforstyrrelser. Kliniske Beskrivelser og Diagnostiske retningslinjer.

DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition

2010. Psykiatriboken. Finn Skårderud, Svein Haugsgjerd, Erik Stånicke

Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid innebfatter kommunenes, de distriktpsikiatriske sentrenes (DPS) og den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingens (TSB) innsats på feltet.

Det er en kontinuerlig prosess å sørge for gode og forsvarlige tjenester.

VI. VEDLEGG

VI.1. DEFINISJONER OG BEGREPSAVKLARINGER

Følgende er hentet fra Nasjonal faglig retningslinjer... (2012).

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse

Kombinasjonen ruslidelse og psykisk lidelse blir ofte omtalt med begreper som komorbiditet og dobbeldiagnose. Komorbiditet er en generell betegnelse på samtidig tilstedeværelse av to eller flere lidelser, mens begrepet ”dobbeldiagnose” ofte blir brukt om kombinasjonen alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Både komorbiditet og dobbeldiagnose er upresise begreper fordi de ikke sier noe om hvilke sykdommer som blir omtalt.

Ruslidelse og psykisk lidelse

I retningslinjen brukes begrepet ”ruslidelse og psykisk lidelse”, eller ROP-lidelse som en samlebetegnelse for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. Selv om det her brukes begrepet ROP-lidelse, har de fleste også somatiske lidelser i tillegg.

Rusdiagnoser i ICD-10 og DSM-IV

En rusdiagnose kan settes når følgene av et rusmiddelbruk påvirker en persons livssituasjon og livsførsel på en ødeleggende måte. Det finnes to allment godtatte definisjoner på rusdiagnoser av substanser, i ICD-10 og DSM-IV. Rusdiagnoser knyttes i ICD-10 dels til hvilke stoffer som brukes, dels til bruksmønsteret. I ICD-10 skilles det mellom skadelig bruk og avhengighet. I DSM-IV skilles det mellom misbruk og avhengighet.

I dagligtale brukes gjerne ”rusmiddelmisbruk” om begge begrepene. Man skiller ikke mellom legale og illegale rusmidler, men hvordan rusmidlene påvirker den psykiske lidelsen og det psykososiale funksjonsnivået.

Samlebegrepet ruslidelse

I retningslinjen brukes ruslidelse (Substance Use Disorder) som samlebegrep for både avhengighet, skadelig bruk og misbruk.

Gradering av ROP lidelser

Herunder beskrives en gradering av hvordan forstå psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Omfanget av samtidige problemer, sammenholdt med at rusrelaterte problemer og psykiske helseproblemer står overfor mange av de samme utfordringene, gjør det naturlig å se de to områdene i sammenheng. Helsedirektoratet har valgt å inndele problemene i tre hovedforløp for å lette fremstillingen. Det vil være glidende overganger og overlappinger mellom de ulike forløpene, og den enkeltes problemer og situasjon kan raskt endre seg. Fortløpende vurdering må ligge til grunn for tilretteleggingen slik at hver enkelt får rett tilbud. Lett tilgjengelige, fleksible, individuelt tilpassede tjenester er hovedprinsippet for alle. Tiltakene som iverksettes må tilpasses den situasjon og sammenheng hver enkelt er i, og støtte opp under brukerens egen bedringsprosess.

HOVEDFORLØP 1: Milde og kortvarige problemer

HOVEDFORLØP 2: Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige mildere problemer/lidelser

HOVEDFORLØP 3: Alvorlige langvarige problemer/lidelser

De tre hovedforløpene skiller seg fra hverandre med hensyn til problemets art, alvorlighetsgrad og varighet, relevante mål og tiltak, ansvars plassering og samarbeidsrelasjoner.

OPPSUMMERT

Prosjektet omhandler de ROP-lidesler somkategoriseres under hovedforløp 3, Alvorlige Langvarige problemer.