

Statusrapport samarbeidsprosjekt psykisk helse i Helse Nord-Trøndelag

Notat fra Kunnskapssenteret
Mars 2013

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN: 978-82-8121-523-8

Mars 2013

Tittel	Statusrapport samarbeidsprosjekt psykisk helse i Helse Nord-Trøndelag
English title	Report on The Coordination Project Mental Health in Helse Nord-Trøndelag
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, direktør
Forfattere	Bakke, Toril, seniorrådgiver/prosjektleder, Kunnskapssenteret
ISBN	978-82-8121-523-8
Prosjektnummer	746
Publikasjonstype	Notat
Antall sider	50, inklusiv vedlegg
Oppdragsgiver	Samarbeidsprosjektet Psykisk helse i Nord-Trøndelag v/ prosjektleder Olav Bremnes
Emneord(MeSH)	Pasientforløp, brukermedvirkning, kvalitetsforbedring.
Sitering	Bakke T. Statusrapport samhandlingsprosjekt psykisk helse i Helse Nord-Trøndelag. Notat fra Kunnskapssenteret. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, mars 2013

Sammendrag

Bakgrunn

Statens Helsetilsyn oppsummerte i 2008 erfaringer fra tilsyn der det er avdekket svikt forbundet med samhandling i helse- og sosialtjenesten. De fant: Mangelfull kunnskap om øvrige tilbud, manglende eller mangelfull informasjonsflyt, ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold, manglende kommunal oppfølging etter utskriving fra institusjon, og oppsplittet organisering.

På bakgrunn av Statens Helsetilsyns oppsummering og andre rapporter, samt en erkjennelse av at samarbeidet mellom sykehus og kommuner i Nord-Trøndelag ikke var optimalt, søkte Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF om prosjektmidler fra Helsedirektoratet. De fikk midler til å utvikle organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet.

Metode

Problemstillingene som besvares i denne rapporten er følgende:

- a) Hva er status i prosjektet i forhold til kriteriene for måloppnåelse i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet?
- b) Hva er status i forhold til de målene som er valgt for prosjektet?
- c) Hvilke utfordringer foreligger med hensyn til å sikre overgangen fra prosjekt til drift?

Litteraturstudie er valgt som metode for å besvare problemstillingene. Den litteraturen som er inkludert er valgt ut i et samarbeid mellom forfatteren av rapporten – Toril Bakke, og prosjektleder Olav Bremnes.

Resultat

Modell for kvalitetsforbedring er valgt som et hjelpemiddel for å kunne beskrive status i prosjektet: Aktivitetene som prosjektgruppen har gjennomført så langt er plassert inn i trinnene i modellen. Hvert av trinnene inneholder tema som forskning og erfaring har vist er av stor betydning for å lykkes med forbedringsarbeid.

Ved å vurdere aktivitetene i prosjektet opp mot en modell for kvalitetsforbedring som bygger på forskning og erfaring, har det vært mulig å identifisere styrker og svakheter så langt. Det har også vært mulig på et kvalifisert grunnlag og komme med anbefalinger til aktiviteter som er av betydning for å sikre at den nye samhandlingsmodellen blir implementert, og at forbedringene opprettholdes over tid.

Diskusjon

Det er bestemt at beskrivelsen av et omforent pasientforløp skal utgjøre selve *samhandlingsmodellen*. Forbedringstiltakene skal plasseres inn i pasientforløpet for å synliggjøre helhet og sammenheng. Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal beskrive pasientforløpet og komme med et forslag til administrativt samarbeidsutvalg innen 01.05.2013. Delmålene som prosjektgruppen har utarbeidet er evaluert underveis, og det er foretatt en prioritering av tiltak opp mot de ulike delmålene. Etersom pasientforløpet/samhandlingsmodellen ikke er ferdig utviklet og dermed heller ikke har blitt evaluert, er det flere av kriteriene for måloppnåelse i henhold til Helsedirektoratets krav til rapportering som det ikke er mulig å besvare på det nåværende tidspunkt.

Overgangen til drift er en sårbar periode i et hvert prosjekts liv. Det finnes etter hvert både forskning og erfaring som viser til noen nødvendige forutsetninger for å lykkes med forbedringsarbeid, og for å sikre videreføring etter overgangen til drift. En av disse er forankring: Det nye pasientforløpet må forankres både hos ledere og medarbeidere i alle de berørte organisasjonene. Lederne må inkludere målene om et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud i egne visjoner, mål og planarbeid. Og i tillegg må nye tiltak bli tema på personalmøter, i opplæring av nyansatte, internundervisning osv. slik at alle medarbeidere på et tidlig tidspunkt presenteres for hensikt og mål med det nye pasientforløpet. Det å fortsette å måle om det nye pasientforløpet faktisk fører til mer helhetlige og koordinerte tjenester for brukerne er også viktig for å sikre overgangen til drift.

Oppsummering/anbefalinger

Etter en gjennomgang av status i prosjektet anbefales følgende tiltak:

- Pasientforløpet/samhandlingsmodellen utvikles i et tett samarbeid med alle relevante aktører. Dette inkluderer alle de organisasjonene som deltar i samarbeidet, ledere på alle nivå, og medarbeidere i de deltakende organisasjonene.
- For å sikre brukerperspektivet bør både relevante brukerorganisasjoner og enkeltbrukere i kommune og helseforetak inviteres til å være med og beskrive hvordan det nye pasientforløpet skal se ut.

- Samtidig som det nye forløpet utvikles, igangsettes det en diskusjon som på bredt grunnlag diskuterer seg frem til hvordan man skal måle/evaluere om modellen er en forbedring for brukerne.
- Brukernes synspunkter på hva som skal måles hentes inn i de samme fora som utvikler pasientforløpet.
 - Når det er enighet om hva som skal måles, er neste skritt å velge måleleverktøy. Dette kan for eksempel være i form av et spørreskjema, eller en sjekkliste.
 - Det nye pasientforløpet kan også evalueres ved hjelp av brukernes fortellinger, fokusgruppeintervju eller andre kvalitative metoder.
- De områdene hvor Statens Helsetilsyn dokumenterte svikt tas med i det videre arbeidet og gir retning for det nye pasientforløpet:
 - Mangelfull kunnskap om øvrige tilbud.
 - Manglende eller mangelfull informasjonsflyt.
 - Ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold.
 - Manglende kommunal oppfølging etter utskrivning fra institusjon.
 - Oppsplittet organisering.
- Betydningen som den nye modellen har for samarbeidsavtalen må evalueres av de deltakende organisasjonene når den har fungert i en periode.

For å sikre overgangen til drift og forankring i de organisasjonene som berøres av det nye pasientforløpet, anbefales følgende tiltak:

- Ledelsen i de samarbeidende organisasjonene inkluderer målene om et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud i egne visjoner, mål og planarbeid.
- Ledelsen i de samarbeidende organisasjonene løfter frem det nye pasientforløpet på personalmøter, internundervisning, overfor nyansatte osv. slik at alle relevante medarbeidere kjenner hensikten og målet med forløpet.
- Ledelsen i de samarbeidende organisasjonene nedfeller tiltak i henhold til det nye pasientforløpet i rutiner og retningslinjer i egen organisasjon, og gjør disse kjent for sine medarbeidere.

På bakgrunn av den store betydningen forankring og brukermedvirkning har, anbefales det å se på utviklingen av et pasientforløp som en kontinuerlig prosess. Tiltakene må evalueres regelmessig og over tid – både av brukere og de organisasjonene som er involvert: Fører det nye pasientforløpet virkelig til et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud for brukerne?

Innhold

SAMMENDRAG	2
Bakgrunn	2
Metode	2
Resultat	2
Diskusjon	3
Oppsummering/anbefalinger	3
INNHold	5
FORORD	7
INNLEDNING	8
Bakgrunn	8
Problemstilling	9
Organisering av prosjektet	9
Kort beskrivelse av målgruppen for prosjektet	10
Prosjektets verdigrunnlag og faglige ståsted	12
Brukermedvirkning	12
HELSEDIREKTORATETS KRAV TIL RAPPORTERING AV MÅLOPPNÅELSE	13
Hva er ”organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller”?	13
METODE	15
Litteratursøking	15
Inklusjonskriterier	15
Modell for kvalitetsforbedring	16
RESULTAT	17
Aktiviteter plassert inn i modell for kvalitetsforbedring.	17
DISKUSJON	24
Status i prosjektet i forhold til kriterier for måloppnåelse	24
Utfordringer framover med hensyn til overgangen fra prosjekt til drift	30
OPPSUMMERING/ANBEFALINGER	34
Anbefalinger	34
REFERANSER	36

VEDLEGG 1: RECOVERY-ORIENTERT PRAKSIS	38
VEDLEGG 2: INVITASJON TIL OPPSTARTSSEMINAR	39
VEDLEGG 3: INVITASJON TIL DIALOGKONFERANSE	40
VEDLEGG 4: PROGRAM DIALOGKONFERANSE	41
VEDLEGG 5: FAGNETTVERK	42
VEDLEGG 6: ORIENTERING OM KARTLEGGING	43
VEDLEGG 7: INVITASJON TIL DIALOGMØTE	48
VEDLEGG 8: INVITASJON TIL ARBEIDSSEMINAR	49
VEDLEGG 9: INVITASJON TIL DIALOGMØTE	50

Forord

Kunnskapssenteret v/seksjon for kvalitetsutvikling har fått i oppdrag å lage en rapport for Samarbeidsprosjekt Psykisk helse i Nord-Trøndelag. Rapporten skal:

- a) Beskrive status i forhold til kriterier for måloppnåelse i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet, og i forhold til prosjektets målsettinger.
- b) Peke på utfordringer framover med hensyn til overgangen fra prosjekt til drift,
 - vektlegging av implementeringen
 - anbefalinger for videre samarbeid mellom kommuner, helseforetak, NAV og brukerorganisasjoner/brukermedvirkning

Seniorrådgiver Toril Bakke, som også har vært veileder for prosjektgruppen, har utarbeidet rapporten på bakgrunn av sentrale dokumenter i planlegging og gjennomføring av prosjektet.

Navn

Avdelingsdirektør

Magne Nylenna

Navn

Seksjonsleder

Anders Vege

Navn

Prosjektleder

Toril Bakke

Innledning

Bakgrunn

Samarbeidsprosjekt Psykisk helse i Nord-Trøndelag – som i 2012 fikk navnet ”Helt ikke stykkevis og delt”, har fått midler fra Helsedirektoratet til utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller mellom kommuner, helseforetak og NAV. Tilskuddsordningen skal bidra til...(1):

”...at mennesker med alvorlige psykiske lidelser alene eller i kombinasjon med ruslidelser, kognitiv svikt m.v, med langvarige og sammensatte behov for bistand, sikres et helhetlig og sammenhengende behandlings- og tjenestetilbud. Brukerperspektivet må komme tydelig frem, og samhandlingsmodellen skal ta utgangspunkt i brukernes behov for tjenester”. S. 1.

Samarbeidsprosjektet har valgt følgende mål til sitt hovedmål (2):

Å utarbeide en samhandlingsmodell og foreslå tiltak for hvordan en kan ivareta målgruppen på en hensiktsmessig måte i Nord-Trøndelag.

Prosjektgruppen har operasjonalisert hovedmålet i seks delmål:

1. Kartlegging av brukere i målgruppen, og hvordan samhandlingen er internt, interkommunalt og mellom 1. og 2. linjetjenesten.
2. Kartleggingsresultater og forslag til tiltak er beskrevet på individ og systemnivå.
3. Felles faglig forståelse.
4. Forankring av prosjektet.
5. Videreutvikle eksisterende tilbud og utvikle nye tilbud til målgruppen.
6. Implementering av nye tiltak og samarbeidsmodeller og videreutvikling av samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

Videre i dette innledningskapitlet følger en presentasjon av problemstillingen, en kort beskrivelse av organiseringen av prosjektet, målgruppen, og prosjektets verdigrunnlag og faglige ståsted. Brukermedvirkning – en sentral føring i prosjektet, blir også kort beskrevet.

Problemstilling

Rapporten svarer på følgende spørsmål:

- a) Hva er status i forhold til kriterier for måloppnåelse i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet, og i forhold til prosjektets målsettinger?
- b) Hvilke utfordringer foreligger med hensyn til å sikre overgangen fra prosjekt til drift?
 - Vektlegging av implementeringen
 - Anbefalinger for videre samarbeid mellom kommuner, helseforetak, NAV og brukerorganisasjoner / brukermedvirkning

Organisering av prosjektet

Det er Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF som søkte om prosjektmidler og er eier av prosjektet.

Prosjektet tar utgangspunkt i lokalsykehusområdet til Sykehuset Namsos. Til sammen deltar 16 kommuner i samarbeidet. Ytre Namdal: Bindal, Leka, Nærøy og Vikna. Indre Namdal: Grong, Høylandet, Lierne, Namsskogan og Røyrvik. Midtre Namdal: Fosnes, Flatanger, Namdalseid, Namsos, Osen, Overhalla og Verran. Planen er at erfaringene fra prosjektet skal spres videre til hele fylket (2). Prosjektet har to faser: Et forprosjekt som startet opp november 2009 og varte til juni 2010. Og et hovedprosjekt som startet opp september 2010 og skal vare ut 2013. Fase 1 handlet om prosjektorganisering, etablering av arbeidsgrupper, kartlegging av brukerne i sykehus og kommuner, kartlegging av samhandlingserfaringer, og det å begynne å utvikle en skisse til en samarbeidsmodell. I fase 2 – hovedprosjektet, har oppmerksomheten vært på utvikling av selve samhandlingsmodellen, og konkretisering av aktuelle tiltak. I 2013 vil utvikling og implementering i 1. og 2. linjetjenesten få mest oppmerksomhet (2).

Styringsgruppe

Styringsgruppen for prosjektet er sammensatt av ledere fra de tre kommuneregionene (indre-, ytre- og midtre Namdal), og fra psykiatrisk klinikk. Denne sammensetningen har vært viktig for å sikre forankring på tvers av nivåene og i ledelsen, samt sikre prioritering av tiltakene i prosjektet. Styringsgruppen har også bidratt til at prosjektet ses i sammenheng med utviklingsarbeidet som foregår ellers i kommuneregionene og i helseforetaket, og i forhold til gjennomføring av samhandlingsreformen.

Prosjektgruppe

Prosjektgruppen består av:

- Prosjektleder Olav Bremnes - Sykehuset Namsos (50 % stilling).

- Prosjektmedarbeider Bente Finnestrand – DPS Kolvereid/Ytre Namdal (30 – 40 % stilling).
- Prosjektmedarbeider Aage Stenseth – Grong kommune/Inde Namdal (30 – 40 % stilling).
- Prosjektmedarbeider Bodil Sofie Hansen – Overhalla kommune/Midtre Namdal (30 – 40 % stilling).
- Prosjektmedarbeider Tonje Almenning – Mental Helse, inntil 40 % stilling, er representant for brukerne.

Både de tre kommuneregionene, helseforetaket og brukerne er representert i prosjektgruppen, og denne sammensetningen har vært viktig. Prosjektgruppens medlemmer har hatt en intensjon om å innta et "fugleperspektiv" på hvordan man kan utvikle et positivt forløp for brukerne sammen. Deltakerne i prosjektgruppen har møtt hverandre en til to dager ukentlig gjennom hele 2010, 2011 og 2012. Det tette samarbeidet over tid har medført at prosjektgruppen har fått mye erfaring med å legge til rette for gode prosesser.

Samarbeidsavtaler

En basisavtale har regulert samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten i Nord-Trøndelag. Den beskrev rutiner som skulle sikre informasjonsutveksling og forbedringsarbeid. Basisavtalen har nå blitt erstattet av nye samarbeidsavtaler mellom kommune og helseforetak i henhold til kravene i helse og omsorgstjenesteloven § 6.2 (3). Etersom samarbeidsavtaler er så sentrale for videreutviklingen og implementeringen av prosjektet, blir arbeidet med revidering kort beskrevet i kapitlet "Status i prosjektet i forhold til målsettingene og tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet".

Kort beskrivelse av målgruppen for prosjektet

Mennesker med alvorlige psykiske lidelser, og de som både har en alvorlig psykisk lidelse og rusavhengighet, er målgruppen for prosjektet. Kartlegginger viser at dette er personer som har omfattende og sammensatte behov for tjenester. I tillegg til den psykiske lidelsen, og eventuell rusavhengighet, har mange problemer som manglende egenomsorg, tendens til isolasjon, hyppige og ikke planlagte innleggelseser, forsinket utskrivelse pga. mangel på egnet bolig, og somatiske lidelser. De utfordringene som målgruppen står overfor er ikke nødvendigvis et resultat av den psykiske lidelsen, men henger sammen med den manglende koordineringen av tjenester som de har behov for (4).

Som en del av forarbeidet til samhandlingsreformen, laget Helsetilsynet en sammenstilling av funn og erfaringer fra tilsyn der det er avdekket svikt forbundet med samhandling i helse- og sosialtjenesten. Hovedfunn (5):

- *Mangelfull kunnskap om øvrige tilbud.* Dette kan både gjelde mangler i kunnskapen om andre deler av tjenesteapparatet og hva som tilbys der, og dårlig innsikt i spesifikke tiltak fra andre. Et eksempel på det første er at personell i somatiske sykehusavdelinger ikke kjenner til behandlingstilbudene for rusmiddelavhengige.
- *Manglende eller mangelfull informasjonsflyt.* Dårlige informasjonsrutiner og få faste kommunikasjonsknutepunkter kan føre til uheldige forsinkelser i informasjonsflyt, eller til at viktige opplysninger rett og slett ikke formidles. Et eksempel på dette er forsinkede epikriser etter utskriving.
- *Ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold.* Der flere deltjenester har oppgaver knyttet til en og samme tjenestemottaker, er det avgjørende at arbeidsdelingen er klar, at den er kjent av alle involverte aktører og at det ikke er tvil om ansvarsforhold. Det vil ellers både være risiko for unødig dobbeltarbeid, for at forskjellige tiltak trekker i ulik retning, eller at alle parter forventer at initiativet ligger hos andre, slik at tilbud glipper.
- *Manglende kommunal oppfølging etter utskriving fra institusjon.* Uten nødvendig kommunikasjon og planlegging i god tid, vil ikke kommunene være i stand til å tilrettelegge forsvarlig oppfølging ved utskriving fra institusjon. Det er eksempler på at kommuner har fått oppgaver de verken er forberedt på, eller har tilstrekkelig kompetanse til å løse uten tett veiledning.
- *Oppsplittet organisering.* I mange kommuner, men også i spesialisthelsetjenesten, kan tjenestene være organisert og inndelt på en slik måte at de ikke passer behovene til målgruppen. Uten systematisk samhandling er det en risiko at tjenestemottakerne ikke får helhetlige behovsvurderinger og heller ikke sammenhengende tjenester.

Denne oppsummeringen fra Helsetilsynet i tillegg til andre rapporter som dokumenterte svikt i samhandlingen, var noe av bakgrunnen til at det ble tatt initiativ til det foreliggende prosjektet. Prosjektgruppen gjennomførte i 2010 en omfattende kartlegging av brukernes behov på individ- og systemnivå i de 16 kommunene i opptaksområdet, og ved psykiatrisk avdeling ved DPS Kolvereid og Sykehuset Namsos. De samlede tilbudene/ressursene i 1. og 2. linjetjenesten, og samarbeidet mellom nivåene ble også kartlagt (6). Noen av funnene fra kartleggingen presenteres kort under punktet ”Resultat” i denne rapporten.

Prosjektets verdigrunnlag og faglige ståsted

I løpet av den tiden prosjektet har eksistert har det vokst frem et behov for å beskrive det verdigrunnlaget som ligger til grunn for utviklingen av samhandlingsmodellen. Dette er viktig ikke minst fordi beskrivelser av målgruppen dokumenterer problemene, symptomene og de store behovene som de har for hjelp. Målgruppens ressurser blir ofte nedtonet eller borte i disse beskrivelsene. I henhold til Aarre (2010) er det viktig å utvide perspektivet med hensyn til pasientbehandling (7): Den tradisjonelle medisinske modellen blir for snever, og vi trenger en alternativ modell som har en mer helhetlig tilnærming.

Etter grundige diskusjoner i prosjektgruppen ble det enighet om følgende verdigrunnlag: Den viktigste faktoren for å oppnå god samhandling er menneskene/pasientene det handler om. Derfor må prosjektgruppen:

- Ha en tilnærming som setter mennesket/pasienten i sentrum.
- Se hele mennesket med ressurser og muligheter.

Dette verdigrunnlaget er både i tråd med Aron Antonovskys salutogenese perspektiv – betydningen av mestring og opplevelse av sammenheng, og det som kalles recovery-orientert arbeid (8;9): Oppmerksomheten flyttes over på personlig vekst hos brukeren, og de ansatte har som sin viktigste oppgave å fremme håp og mening og støtte brukerens personlige reise mot bedring. Derfor blir brukerperspektivet også svært viktig i forløpstenkning og utarbeidelse av helhetlige pasientforløp. For mer informasjon om recovery orientert arbeid – se vedlegg 1.

Brukermedvirkning

I tildelingsbrevet fra Helsedirektoratet understrekes betydningen av at brukerperspektivet kommer tydelig frem, og at samhandlingsmodellen tar utgangspunkt i brukernes behov for tjenester (1). I den nye stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet understrekes betydningen av en mer aktiv pasient- og brukerrolle. Dette innebærer både at brukerne skal ha medbestemmelse i behandlingen, og at tilbakemeldinger fra pasienter/brukere skal brukes til systematisk kvalitetsforbedring(10). Det tydelige brukerperspektivet som vektlegges fra myndighetenes side, og verdigrunnlaget som prosjektgruppen legger til grunn, vil på ulike måter måtte prege og gjenspeile seg i den samhandlingsmodellen som skal utvikles.

Helsedirektoratets krav til rapportering av måloppnåelse

Målet med denne rapporten er en beskrivelse av status i prosjektet i forhold til målene i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet, og i forhold til de målene som prosjektgruppen har satt for prosjektet. I henhold til tilsagnsbrevet skal det rapporteres på kriterier for måloppnåelse opp mot regelverket for tilskuddordningen.

De som får midler skal... (1):

- Gi en kortfattet beskrivelse av samhandlingsmodellen med vekt på overføringsverdi.
- Redegjøre for hvordan tilskuddet har bidratt til å forbedre tjenestene til målgruppen.
- Redegjøre for brukernes erfaringer med samhandlingsmodellen/tjenesten i henhold til oppsatte mål.
- Redegjøre for i hvor stor grad målene som er satt for prosjektet er oppnådd.
- Redegjøre for på hvilken måte samhandlingsmodellen har tatt utgangspunkt i, og vært forankret i eksisterende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet.
- Redegjøre for i hvilken grad/hvordan samhandlingsmodellen har bidratt til å få samarbeidsavtalen til å fungere bedre i praksis.
- Beskrive hvordan samhandlingsmodellen har tatt utgangspunkt i brukernes behov for tjenester.

I tilsagnsbrevet beskrives det videre hvordan kriteriene for måloppnåelse vil variere avhengig av de enkelte samhandlingsmodellenes egenart og mål. I tillegg nevnes aktuelle indikatorer, for eksempel; økning i antall personer med individuelle planer, økning i antall personer i målgruppen som bor i egen bolig, og økning i antall personer i målgruppen som mottar koordinerte og sammenhengende tjenester. Det settes ingen krav til *hvilke* indikatorer som velges så her står prosjektgruppen fritt (1).

Hva er ”organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller”?

I henhold til tildelingsbrevet er målet for prosjektene som får tildelt midler at de skal utvikle ”organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk

helsefeltet”. Og det skal gis en kortfattet beskrivelse av samhandlingsmodellen med vekt på overføringsverdi. Samtidig gis det ingen føringer for hvordan modellen skal se ut, og ingen beskrivelser av hva som legges i begrepet ”modell”. Et viktig spørsmål i denne sammenheng blir derfor – hva er en samhandlingsmodell? Det finnes mange definisjoner av modeller. En definisjon som kan være nyttig i dette prosjektet er følgende. Modeller er...(11):

1. En standard, et eksempel, som kan imiteres av andre, eller brukes til sammenlikning.
2. En representasjon, vanligvis i miniatyr, som viser hvordan modellen er bygget opp.

Et krav for å kunne kalle noe en modell er altså at andre kan imitere den, eller sammenlikne seg med den. Hvis denne definisjonen legges til grunn betyr det at den organisatorisk forpliktende samhandlingsmodellen innen psykisk helsefeltet som skal utvikles både må være godt beskrevet, og kanskje aller helst fremstå som en ”representasjon i miniatyrformat”, dvs. en form for figur. En figur kan både forsterke beskrivelsen av en modell, og bidra til ytterligere presisering.

Metode

Litteratursøking

I denne statusrapporten er litteraturstudie valgt som metode for å kunne svare på de utvalgte problemstillingene:

- a) Hva er status i forhold til kriteriene for måloppnåelse i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet?
- b) Hva er status i forhold til de målene som er valgt for prosjektet?
- c) Hvilke utfordringer foreligger med hensyn til å sikre overgangen fra prosjekt til drift?

Litteraturen som er inkluderte er valgt ut i et samarbeid mellom forfatteren av rapporten – Toril Bakke, og prosjektleder Olav Bremnes.

Inklusjonskriterier

Alle dokumenter som vurderes til å være relevante for å beskrive status i prosjektet og utfordringer med hensyn til å sikre overgangen fra prosjekt til drift er inkludert. Dette gjelder følgende dokumenter:

1. Helsedirektoratets tildelingsbrev
2. Originale søknader fra prosjektgruppen til Helsedirektoratet
3. Tidligere rapporter fra prosjektgruppen til Helsedirektoratet
4. Rapporter som dokumenterer målgruppens behov
5. Referat fra møter i styringsgruppen
6. Referat fra møter i prosjektgruppen
7. Nyhetsbrev og annet utsendt informasjonsmateriell
8. St.meld.nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – på rett tid.
9. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

I tillegg er beskrivelse av de ulike tiltakene som skal implementeres, jfr prosjektets nettside under arkfanen "aktuelle tiltak" gjennomgått¹.

Modell for kvalitetsforbedring

Modell for kvalitetsforbedring er valgt som hjelpemiddel for å kunne beskrive status i prosjektet. Modellen er en videreutvikling av Demings sirkel og består av fem trinn. Hvert av trinnene inneholder tema/områder/aktiviteter som forskning og erfaring har vist er av stor betydning for å lykkes med kvalitetsforbedring (12). Modellen har vært brukt til veiledning i prosjektet siden høsten 2011.

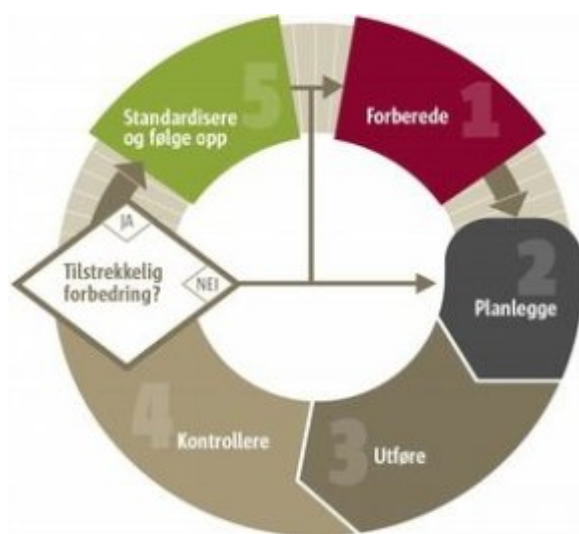


Fig. 1 Modell for kvalitetsforbedring (12)

Aktiviteter som er gjennomført er plassert inn i de ulike trinnene i modellen. Ved å vurdere aktivitetene i prosjektet opp mot en modell for kvalitetsforbedring som bygger på forskning og erfaring, vil det være mulig å identifisere styrke og svakheter så langt. Det vil også være mulig på et kvalifisert grunnlag og komme med anbefalinger til aktiviteter som er av betydning for å sikre at forbedringene som gjennomføres opprettholdes over tid.

¹

<http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Samhandlingsprosjekter/Samarbeidsprosjekt-psykiske-helse-mellom-HNT-kommuner-NAV-og-Mental-Helse/120192/>

Resultat

Aktiviteter plassert inn i modell for kvalitetsforbedring.

Ettersom modell for kvalitetsforbedring først ble introdusert for prosjektgruppen høsten 2011, er de aktivitetene som ble gjennomført tidligere satt inn i ettertid.

Trinn 1 Forberedelse

Det første trinnet i modellen er forberedelse. På dette trinnet er det tre sentrale punkter å forholde seg til. Det er: Erkjenne behovet for forbedring, klargjøre kunnskapsgrunnlaget, og forankre og organisere forbedringsarbeidet (12).

Erkjenne behovet for forbedring

I en oppsummering av statlig tilsyn med helse- og sosialtjenesten i 2008 med fokus på samhandling, redegjør Statens Helsetilsyn for de utfordringene som kommuner og spesialisthelsetjenesten står overfor i forbindelse med den planlagte samhandlingsreformen. Det ble dokumentert svikt på mange områder (5):

- Mangelfull kunnskap om øvrige tilbud
- Manglende eller mangelfull informasjonsflyt
- Ikke avklart eller ikke tydelig arbeidsdeling, uavklarte ansvars- og myndighetsforhold
- Manglende kommunal oppfølging etter utskriving fra institusjon
- Oppsplittet organisering

På bakgrunn av innholdet i dette brevet, samt en erkjennelse av at samarbeidet mellom sykehus og kommuner i Nord Trøndelag ikke var optimalt for personer med alvorlige psykiske lidelser, utviklet det seg et ønske hos mange om å prøve å fjerne noen hindringer i samarbeidet og tenke nytt.

Etter møtevirksomhet på tvers av nivåene ble det laget et arbeidsutvalg med representanter for de tre kommuneregionene, helseforetaket og etter hvert Mental helse. Målet var å tenke helhetlig ut fra at de samlet sett hadde god oversikt over fagfeltet psykisk helse og rus. I tillegg var det et ønske til stede om å utvikle et sømløst tilbud til målgruppen, og se på eventuelle hindringer i dagens praksis.

Underveis i utredningsarbeidet kom muligheten for å søke prosjektmidler fra Helsedirektoratet (13;14).

Klargjøre kunnskapsgrunnlaget

Kunnskapsgrunnlaget for det foreliggende prosjektet er blant annet rapporter som dokumenterer målgruppens behov og de store utfordringene som foreligger når det gjelder samhandling. Rapportene som utgjør kunnskapsgrunnlaget er både nasjonale og lokale (4-6). I tillegg har prosjektgruppen lest andre rapporter, forskningsartikler og litteratur som både belyser problemstillinger og kommer med anbefalinger til tiltak. Eksempler:

- Forskningsrådet, 2009. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001 – 2009).
- Trond F. Aarre, 2010. Manifest for psykisk helsevern.
- Statens Helsetilsyn, 2000. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Utredningsserie 2-2000.
- Kommunesektorens organisasjon, 2010. I gode og onde dager. Statuskartlegging og anbefalt virkemiddelbruk for samhandling mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. KS FoU-prosjekt nr. 094020.
- Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse: Ny kunnskap - ny praksis. Et nytt psykisk helsevern².

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Prosjektgruppen har iverksatt en rekke tiltak for å forankre og organisere forbedringsarbeidet (6):

- I oktober 2009 ble det arrangert et oppstartsseminar for prosjektet. Programmet er vedlagt – se vedlegg 2.
- I juni 2010 ble det gjennomført en dialogkonferanse for både sykehus- og kommunalt ansatte hvor data fra kartleggingen av brukernes behov på individ- og systemnivå ble presentert og drøftet. Programmet er vedlagt – se vedlegg 3.
- Desember 2010 til februar 2011: I denne perioden ble det gjennomført tre dialogkonferanser for hvert av kommuneområdene indre-, ytre- og midtre Namdal. Deltakere på konferansene var ansatte i kommunene, NAV og i helseforetak. Hensikten med konferansene var å presentere prosjektet, gjensidig informasjon om hvilke tilbud som finnes og hvordan de ulike tjenestene jobber opp mot målgruppen. Det kom viktige innspill

² <http://www.erfaringskompetanse.no/erfaringsbase/publikasjoner/ny-kunnskap-ny-praksis.-et-nytt-psykisk-helsevern> eller <http://www.erfaringskompetanse.no/content/download/1405/13823/file/Ny%20kunnskap%20-%20ny%20praksis.%20Et%20nytt%20psykisk%20helsevern.pdf>

på disse konferansene som ble tatt med videre i prosjektet. Programmet er vedlagt – se vedlegg 4.

- Våren 2011: Denne våren ble det gjennomført en besøksrunde til alle de 16 kommunene som er med i prosjektet. Høsten 2011 ble den samme runden gjennomført i helseforetaket. Hensikten var å presentere resultatene fra undersøkelsen, orientere om prosjektet og ledelsesforankre det, og samtidig innhente synspunkter til det videre arbeidet.
- Lokallagene til Mental Helse – en sentral samarbeidspartner i prosjektet, har helt fra starten av blitt invitert til møter for å drøfte innspill på tiltak som har betydning for målgruppen. Fra våren 2011 ble det tilsatt egen prosjektmedarbeider fra Mental Helse i prosjektgruppen.
- I starten av prosjektet var samarbeisutvalget definert som styringsgruppe, men det fungerte ikke i praksis. Våren 2011 ble det derfor opprettet en styringsgruppe med ledere fra de tre kommuneregionene og fra psykiatrisk klinikk i helseforetaket. Dette har vært et viktig tiltak for å ledelsesforankre prosjektet.
- Det er også opprettet et fagnettverk i prosjektet med kontaktpersoner i hver kommune, seksjoner i psykiatrisk klinikk, regionale ledere i NAV og Mental Helse. Se vedlegg 5.
- Nyhetsbrev til alle involverte parter er sendt ut, og egen internettside er opprettet.

Brukermedvirkning var i utgangspunktet ment å ivaretas gjennom et nært samarbeid med Mental Helse og dialogmøter med lokallagene i regionen. Det kom nyttige innspill og tilbakemeldinger fra disse møtene, men for ytterligere å styrke brukerperspektivet ble en representant fra Mental Helse invitert inn i prosjektgruppen.

Trinn 2 Planlegge

Kartlegge nåværende praksis

Våren 2010 ble det gjennomført en omfattende kartlegging på individ- og systemnivå i de 16 kommunene i opptaksområdet, og ved psykiatrisk avdeling ved DPS Kolvareid og Sykehuset Namsos. Både brukernes behov, de samlede tilbudene/ressursene i 1. og 2. linjetjenesten, og samarbeidet mellom nivåene ble kartlagt. Skjemaene som ble brukt i kartleggingen var utviklet i samarbeid med ansatte i kommunen og psykiatrisk avdeling. For mer informasjon – se vedlegg 6, orientering om kartlegging.

Kartleggingen ble gjennomført av ansatte på vegne av brukerne. Til sammen 338 pasienter ble kartlagt i de 16 kommunene og 217 i sykehuset Namsos og DPS Kolvareid. Resultatet av kartleggingen viste blant annet (6):

- 51 % av pasienter kartlagt på sykehuset og 35 % av de som ble kartlagt i kommunen hadde ansvarsgruppe.

- 32 % av de kartlagte på sykehus og 24 % kartlagt i kommunen hadde individuell plan.
- 71 % av brukerne står uten arbeid og bare 30 % har et aktivitetstilbud i en eller annen form.

Ettersom målgruppen er personer med alvorlige psykiske lidelser, illustrerer kartleggingen noen av de store utfordringene som er dokumentert tidligere – behovene for koordinerte tjenester blir ikke ivaretatt (4;5).

Kartleggingen ble fulgt opp av dialogkonferanser og møter i ulike fora, slik det er beskrevet under *Forankre og organisere forbedringsarbeidet*. Innspillene fra dialogkonferansene har prosjektgruppen tatt med videre i tenkningen om et helhetlig pasientforløp. Utviklingen av et slikt forløp i et tett samarbeid mellom sykehus, kommuner, NAV og Mental Helse, har derfor blitt et av de viktigste tiltakene i prosjektet.

Sette mål

Prosjektet har et hovedmål: Å utarbeide en samhandlingsmodell og foreslå tiltak for hvordan en kan ivareta målgruppen i Nord-Trøndelag på en hensiktsmessig måte (6). I tillegg er det som tidligere nevnt laget seks delmål.

Utvikle måleverktøy

I løpet av den perioden prosjektet har eksistert, har temaet – på hvilken måte skal vi måle om de målene som valgt for prosjektet nås, vært oppe til diskusjon. Ulike måleverktøy har blitt vurdert, blant annet Kvalitetsstjerna, måling av programoppfyllelse i tråd med Helsetilsynets ”Koordinering av psykososialt arbeid”, og Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten sitt evalueringshefte *Koordinert hjelp til alle som trenger det* (15-17). Det er på det nåværende tidspunkt ikke avklart hvilke måleverktøy som skal benyttes.

Finne forbedringstiltak

I en rapport fra 2012 som oppsummerer resultater fra kartleggingsarbeidet, presenteres følgende forslag til områder hvor det er viktig å iverksette tiltak (6):

1. Bruker som aktør – Hvordan kan bruker bli mer aktiv i forhold til egen behandling?
2. Strukturert samarbeid på individnivå:
 - Ansvarsgruppe
 - Individuell plan og bruk av elektronisk verktøy for individuell plan
 - Krisepan
 - Koordinatorfunksjon
3. Elementer i et meningsfylt liv:
 - Aktivitet
 - Bolig
 - Arbeid

- Økonomi (inntektssikring)
- 4. Arenaer for samhandling på systemnivå
 - Møtestruktur mellom kommunene/kommuneregionene og helseforetaket (administrativt og faglig)
 - Tilgjengelighet for hverandre når en vil ha kontakt
 - Styrking av ambulante tjenester (på enkeltsaker og generelt)
- 5. Utvikling av helhetlige (pasient)forløp
 - Hvordan gi best mulig hjelp mht akutthjelp
 - Taushetsplikt/samtykke
 - Oppfølging av ikke møtt (sykehus og kommune)
 - Fastlegens rolle
- 6. Pårørendearbeid
- 7. Kompetanse:
 - Opplæringsprogram for koordinatører
 - Hospiteringsordning
 - Introduksjonsprogram for nyansatte
 - Felles veiledningsgrupper
 - Kompetanseutvikling/kompetansehevende tiltak på tvers
 - Kunnskap om hverandre, viktig for å vite hva en skal kunne tilby av tjenester på tvers
- 8. Samarbeid med NAV
 - Hvilke tilbud finnes
 - Utfordringer fremover mht økonomi, bolig og arbeid
- 9. Interkommunalt samarbeid
 - Jfr modell indre Namdal
 - Brukerstyrte senger
 - Kompetanse
- 10. Fysisk aktivitet
- 11. Samarbeid med andre prosjekter som er relevante for prosjektets målsetting
 - Tidlig intervensjon ved psykoser (TIPS)
 - ”Jobbmestrende oppfølging” (NAV prosjektet)
 - Systematisk utprøving av strukturerte Multiprofesjonelle Behandlings Team (SMB – team)
 - Interkommunale prosjekter i forbindelse med samhandlingsreformen
 - Samhandlingsprosjekter i nasjonalt nettverk knyttet til NAPHA.

Hvordan samhandlingsmodellen kommer til å se ut, og hvilke tiltak som skal iverksettes totalt sett er på det nåværende tidspunkt ikke helt avklart.

Trinn 3 Utføre

Iverksette ny praksis

Noen tiltak har kommet lengre enn andre og prøves nå ut (13):

- Selvhjelpsplan, som skal legge til rette for at tiltak det er enighet om iverksettes hvis en pasient opplever å være i krise. Som navnet antyder har verktøyet en intensjon om at oppmerksomheten skal rettes mot brukerens mestringsopplevelse. Et viktig poeng sett i lys av brukerperspektivet og verdigrunnlaget for prosjektet er at planen skal utarbeides i en *dialog* mellom brukeren og hans behandler/koordinator over tid.
- Utfyllende henvisning fra fastlege og psykisk helsevern i kommunen til spesialisthelsetjenesten. Dette er et tiltak for å styrke samarbeidet mellom nivåene og sikre at de opplysningene spesialisthelsetjenesten får om brukeren er presise og utfyllende. Målet er også at brukerens styrke skal komme frem. Et evalueringsskjema for selvhjelpsplanen er utarbeidet.

Et tiltak som har kommet langt i planleggingen er gjensidige hospiteringsordninger mellom kommune, helseforetak og NAV. Det jobbes med å lage en oversikt over temaer som skal stå i fokus under hospiteringen. Likeledes er det utarbeidet en plan for hvordan samarbeide godt med pårørende. Denne planen bygger på en forståelse av at pårørende er sentrale for å oppnå gode individuelle forløp.

Prosjektleder Olav Bremnes deltar i arbeidet med å videreutvikle samarbeidsavtaler mellom sykehusene og kommunene. Dette gir en god mulighet til å forankre tiltakene i prosjektet i de nye avtalene. Det er særlig avtale 2 og 6 i tillegg til avtale 3-5 som er mest sentral³.

Trinn 4 Kontrollere

Måle og analysere data i forhold til mål

Det finnes pr i dag ingen data å analysere hovedmålet opp mot.

Trinn 5 Standardisere og følge opp

Standardisere ny praksis

En ”selvhjelpsplan-/kriseplan” og ”utfyllende henvisning” er tiltak som er igangsatt og prøves ut. Tiltakene har vært ute på en høringsrunde i kommunene, helseforetaket, NAV og Mental Helse, før de ble standardisert. Planen er å evaluere disse en gang årlig.

³ Se alle avtalene på følgende lenke:

<http://www.hnt.no/Fagfolk/samhandling/Avtaler-og-utvalg/Avtaler-godkjent-i-HNT-Styret-2012/121161/>

Sikre videreføring

Som nevnt tidligere deltar prosjektleder Olav Bremnes i arbeidet med å videreutvikle samarbeidsavtalene mellom helseforetakene og kommunene i deres opp-
taksområder. Dette gir en god anledning til å forankre de nye tiltakene i avtale-
verket og dermed sikre videreføring.

Spre forbedringene

Prosjektet tar utgangspunkt i og skal prøves ut i lokalsykehusområdet til sykehu-
set Namsos. Planen er deretter å spre tiltakene i hele fylket.

Diskusjon

Status i prosjektet i forhold til kriterier for måloppnåelse

Prosjektets rapportering så langt

Prosjektgruppen har utarbeidet tre rapporter til Helsedirektoratet; en statusrapport pr. 31.03.2010, en forprosjektrapport pr. 01.09.2010 og en statusrapport pr. 31.03. 2012 (18-20). I den første rapporten ble det redegjort kort for den aktiviteten som var gjennomført så langt, og om hva som var planen for prosjektet fram til sommeren da forprosjektet skulle være ferdig. Målene det ble rapportert i forhold til på dette tidspunktet var de seks delmålene prosjektgruppen har laget. En utfordring som ble løftet frem i oppsummeringen var at det tar tid å forankre arbeidet i helseforetakets avdelinger og kommunene i opptaksområdet (18). Rapporten datert 01.09.2010 var i all hovedsak en gjennomgang av status i forhold til de seks delmålene (19). I rapporten fra 2012 var det både en gjennomgang av status i forhold til de seks delmålene, og en gjennomgang av kriterier for måloppnåelse i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet (20).

Status i prosjektet i forhold til kriterier for måloppnåelse i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet

Hensikten med prosjektet er å utvikle og implementere en forpliktende samhandlingsmodell mellom kommuner, helseforetak, NAV og brukere med sammensatte behov, slik at tjenestene oppleves mer helhetlige av brukerne.

Som en innledning i dette punktet har vi valgt å ta med et sitat fra Tonje Almenning, brukerrepresentant fra Mental Helse i prosjektgruppen (13).

”Det vi trenger når vi har det vanskelig, er at noen slipper det de har i hendene og hjelper oss, der og da. Om vedkommende tilhører kommunen eller spesialisthelsetjenesten er revnende likegyldig. Det som hjelper, er å bli tatt på alvor. Det nytter ikke med alskens fagbakgrunn om personen som skal hjelpe deg ikke hører på deg”, s. 62.

Sitatet illustrerer på en utmerket måte at for brukerne er det viktigste å få hjelp, og det spiller ingen rolle på hvilket nivå hjelpen gis. Sånn sett kan sitatet fungere som en ledesnor i det videre arbeidet med samhandlingsmodellen.

Prosjektgruppen skal i henhold til kravene i tilsagnbrevet fra Helsedirektoratet (1):

Gi en kortfattet beskrivelse av samhandlingsmodellen med vekt på overføringsverdi:

Status: Det er bestemt at beskrivelsen av et omforent pasientforløp skal utgjøre selve samhandlingsmodellen. Forbedringstiltakene skal plasseres inn i denne modellen. Kartleggingene og innspillene som prosjektgruppen har fått vil bli brukt inn i det videre arbeidet med konkretisering av et helhetlig pasientforløp. Det er satt ned en arbeidsgruppe som skal beskrive dette forløpet og komme med et forslag til administrativt samarbeidsutvalg innen 01.05.2013.

Redegjøre for hvordan tilskuddet har bidratt til å forbedre tjenestene til målgruppen.

Status: I de tre foregående rapportene ble det vedlagt en regnskapsrapport for 2009 2010 og 2012. Det har foreløpig ikke vært mulig å konkretisere hvordan tilskuddet har bidratt til å forbedre tjenestene til målgruppen ettersom modellen ikke er ferdig utarbeidet og heller ikke har blitt evaluert av brukerne.

Redegjøre for brukernes erfaringer med samhandlingsmodellen/tjenesten i henhold til oppsatte mål:

Status: Med samme begrunnelse som i forrige punkt er det ikke mulig på det nåværende tidspunkt å redegjøre for brukernes erfaringer med samhandlingsmodellen i henhold til oppsatte mål.

I hvor stor grad er målene som er satt for prosjektet oppnådd:

Prosjektets hovedmål er: Å utarbeide en samhandlingsmodell og foreslå tiltak for hvordan en kan ivareta målgruppen i Nord-Trøndelag på en hensiktsmessig måte. Dette hovedmålet har prosjektgruppen operasjonalisert i 6 delmål med tilhørende tiltak:

1. Kartlegging av brukere i målgruppen, og hvordan samhandlingen er internt, interkommunalt og mellom 1. og 2. linjetjenesten.
2. Kartleggingsresultater og forslag til tiltak er beskrevet på individ og systemnivå.
3. Videreutvikle en forståelse og respekt for hverandres ansvar i behandling og samhandling til mennesker med omfattende hjelpebehov.
4. Prosjektet er forankret på ulike nivå i 1.- og 2.linjetjeneste, NAV og Mental Helse.
5. Videreutvikle eksisterende tilbud og utvikle nye tilbud for målgruppen.
6. Implementering av nye tiltak og samarbeidsmodeller og videreutvikling av samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak.

Delmålene er evaluert underveis, og det er foretatt en prioritering av tiltak opp mot de ulike delmålene.

Status for de ulike delmålene:

1. Kartlegging av brukere i målgruppen, og hvordan samhandlingen er internt, interkommunalt og mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Det ble gjennomført en kartlegging både på individ- og systemnivå, se vedlegg 6. Prosjektgruppen samarbeidet med kommuner, helseforetak, NAV og Mental Helse i utarbeidelsen av spørreskjema. I tillegg til kartleggingen ble det også gjennomført en litteraturgjennomgang av relevante forsknings- og prosjektrapporter, nasjonale veiledere og litteratur som er relevant for prosjektets målsetting.

I denne kartleggingsfasen var prosjektgruppen også på to studiebesøk; ACT-teamet i Moss, og et samhandlingsprosjekt i Ålesund. Kartleggingen, litteraturgjennomgangen og studiebesøkene ga viktige innspill og erfaringer som ble tatt med videre i prosjektet.

2. Kartleggingsresultater og forslag til tiltak er beskrevet på individ og systemnivå.

I etterkant av kartleggingen ble det utarbeidet en rapport med oppsummering av resultatene på individ og systemnivå, og med tilbakemeldingene fra dialogmøter og konferanser (6). Rapporten gir et godt grunnlag for det videre arbeidet med å beskrive et helhetlig pasientforløp.

Prioriterte tiltak:

- a) Utvikle en modell for samhandling med utgangspunkt i helhetlige pasientforløp, hvor en synliggjør tiltak både på individ- og systemnivå. Arbeidet knyttes til tjenesteavtalene 2, 3, 5 og 6.
- b) Bidra til å få et verktøy for elektronisk individuell plan.
- c) Implementering av "Selvhjelpsplan/kriseplan". Tiltaket oversendes til arbeidsutvalg for tjenesteavtale 2.
<http://psykiskhelsearbeid.no/content/3528/Hva-gjor-jeg-nardet-blir-vanskelig-Bruk-av-Selvhjelpsplan>
- d) Implementering av "Henvisningsvedlegg".
<http://psykiskhelsearbeid.no/content/3548/Gode-henvisninger-tilspesialisthelsetjenesten>
- e) Felles opplæringsprogram for koordinatører med utgangspunkt i erfaringene fra "Veien til individuell plan". Pilotprosjekt i Ytre Namdal (kommuner, NAV, DPS Kolvareid). Arbeidet knyttes til tjenesteavtale 2 og 6.
http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/_attachment/1965?_t_s=119d70f192b&download
- f) Beskrive erfaringene med denne type organisering av prosjekt og prosjektprosessen da det har overføringsverdi til framtidig utviklingsarbeid mellom kommuner, helseforetak og brukerorganisasjoner.
- g) Informere om prosjektet og gjøre erfaringer tilgjengelig.
- h) Beskrive arenaer for møter på individ og systemnivå.

Uprioriterte tiltak:

- a) Hospiteringsordninger for ansatte / nyansatte.
- b) Introduksjonsprogram for nyansatte i kommuner, helseforetak og NAV.
- c) Samarbeid med andre relevante prosjekt:
 - ”Jobbmestrende oppfølging”.
 - Tverrfaglige behandlingsteam (”SMB prosjektet”).

3. Videreutvikle en forståelse og respekt for hverandres ansvar i behandling og samhandling til mennesker med omfattende hjelpebehov.

Det at prosjektgruppen har vært sammensatt av personer som både har brukererfaringer og arbeidserfaringer fra kommune og sykehus, har vært med på å utvikle en felles faglig forståelse omkring tjenestene til personer med alvorlige psykiske lidelser. Det har vært viktig å se hverandres perspektiv i de ulike problemstillinger som har dukket opp. Organiseringen av prosjektet bidrar også til å utvikle en felles forståelse gjennom involvering av de tre kommuneområdene Indre-, Ytre- og Midtre Namdal, arbeidsgruppen med lokallagene til Mental Helse, og arbeidsgruppen med de regionale lederne for de tre NAV- distriktene.

Gjennom dialogkonferanser for ansatte i kommunene, helseforetak, NAV og Mental Helse, har det blitt skapt arenaer for å drøfte felles problemstillinger og se på aktuelle tiltak for å bedre praksis. Det har vært ca. 130 deltakere på disse konferansene. For program se vedlegg 2, 3, 4, 7, 8 og 9.

Utvikling av nye tiltak har skjedd i tett samarbeid med de ulike samarbeidspartnerne underveis. Før nye tiltak implementeres blir de sendt ut på høring, og innspillene blir vurdert. Tiltakene skal evalueres etter ett års tid.

4. Prosjektet er forankret på ulike nivå i 1.- og 2.linjetjeneste, NAV og Mental Helse.

Tiltak som prosjektgruppen har gjennomført for å forankre prosjektet hos de ulike samarbeidspartnerne:

- a) Dialogmøter og dialogkonferanser som beskrevet under ”Resultater”.
- b) Brev til rådmenn, ledere i psykiatrisk klinikk og NAV våren 2010 i forbindelse med kartlegging på individ og systemnivå.
- c) Informasjonsmøter med samarbeidspartnere som fylkesmannen, Høgskolen i Nord-Trøndelag og Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).
- d) Møter med andre lokale prosjekter som arbeider med tiltak i forhold til målgruppen. Dette gjelder blant annet:
 - Tidligintervensjon ved psykoser (TIPS).
 - Jobbmestrende oppfølging, et samarbeidsprosjekt mellom NAV, helseforetaket og arbeidsgivere.
 - Utvikling av modell for tverrfaglige behandlingsteam.

- e) Samarbeid med interkommunale nettverksgrupper for ansatte innen psykisk helsearbeid.
- f) Nyhetsbrev om prosjektet.
- g) Internettside med presentasjon av prosjektet og informasjon om tiltak.
<http://www.hnt.no/samhandlingpsyk>
- h) Fagnettverk med kontaktpersoner til kommunene, NAV og helseforetaket.
- i) Regelmessige møter med lokallagene for Mental Helse.
- j) Arbeidsseminar om utvikling av helhetlige pasientforløp. Se vedlegg 8.
- k) Dialogkonferanse med presentasjon av resultater og plan for videre oppfølging. Se vedlegg 9.

Disse tiltakene har vært viktige for å få til en bred forankring av prosjektet, og som forberedelse til å få det videreført i ordinær drift.

5. Bidra til å videreutvikle eksisterende tilbud og utvikle nye tilbud til målgruppen. Prosjektgruppen har foreløpig ikke tatt initiativ til utvikling av nye tilbud. Kartleggingsarbeidet har vist at det er manglende kunnskap både hos ansatte i kommunen og sykehuset om hva slags tilbud som allerede finnes til målgruppen. For å øke kunnskapen om hverandres ansvarsområder, kompetanse og de tilbudene som finnes, er det planlagt et felles introduksjonsprogram.
6. Implementering av nye tiltak og samarbeidsmodeller i og mellom 1.- og 2.linjetjenesten, og videreutvikling av dagens samarbeidsavtaler. Prosjektgruppen har hatt et særlig fokus på å følge opp implementering av nye tiltak. Dette er utfordrende arbeid fordi så mange parter er involvert; 16 kommuner, 5 sykehus-/DPS avdelinger og 16 NAV kontor.

Når det gjelder samarbeidsmodeller, ble det besluttet å bruke "Helhetlige pasientforløp" som metode for å beskrive samarbeidet og de ulike tiltakene både på individ og systemnivå. Pasientforløpet skal synliggjøre hva som er viktig for at brukerne skal få et helhetlig tilbud. Dette arbeidet er også knyttet opp mot samarbeidsavtalene mellom kommunene og helseforetaket.

Hvordan gå fra prosjekt til drift?

Prosjektet avsluttes 31.12.2013. I hele dette året vil oppmerksomheten være på implementering av tiltak i kommuner, helseforetak og NAV. Det legges opp til dialogkonferanser i de tre kommuneregionene hvor representanter fra kommuner, helseforetak, NAV og Mental Helse er tilstede.

På hvilken måte har samhandlingsmodellen tatt utgangspunkt i, og vært forankret i eksisterende samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak innen psykisk helsefeltet:

Status: En basisavtale som regulerer samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten har ligget til grunn for prosjektet (14). Det ble utarbeidet nye avtaler i 2012 i for-

bindelse med samhandlingsreformen som trådte i kraft 01.01. I ”Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester”, beskrives 11 områder som de lokale avtalene som et minimum skal inneholde (3):

1. Hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.
2. Retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Retningslinjer for innleggelse i sykehus.
4. Kommunens tilbud om døgnopphold for øyeblikk hjelp.
5. Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon.
6. Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.
7. Samarbeid om forskning, utdanning, praksis og læretid.
8. Samarbeid om jordmortjenester.
9. Samarbeid om IKT-løsninger lokalt.
10. Samarbeid om forebygging.
11. Omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

Det er i løpet av 2012 inngått en overordnet samarbeidsavtale, og 11 tjenesteavtaler for områdene som er beskrevet over. Tiltakene i det foreliggende prosjektet knyttes særlig til tjenesteavtale 2, 3, 5 og 6. I tillegg er avtale 9 aktuell når det gjelder en felles løsning for elektronisk individuell plan. Parts sammensatte arbeidsutvalg med brukerrepresentasjon arbeider videre med konkretisering av avtalene, og prosjektet er aktivt involvert i dette arbeidet.

I hvilken grad/hvordan har samhandlingsmodellen bidratt til å få samarbeidsavtalen til å fungere bedre i praksis:

Status: Ettersom samhandlingsmodellen ikke er ferdig utviklet og dermed heller ikke har blitt evaluert, er det ikke mulig å besvare dette spørsmålet på det nåværende tidspunkt.

Beskriv hvordan samhandlingsmodellen har tatt utgangspunkt i brukernes behov for tjenester.

Status: Både nasjonale og lokale kartlegginger har ligget til grunn for det arbeidet som prosjektgruppen har gjennomført til nå (4-6). Brukerrepresentant fra Mental Helse er deltaker i prosjektgruppen, og innspill har blitt hentet fra dialogmøter med brukerrepresentanter hele veien. I tillegg er det brukerrepresentasjon i forbindelse med utarbeidelse og oppfølging av avtalene.

Utfordringer framover med hensyn til overgangen fra prosjekt til drift

Overgangen til drift er en sårbar periode i et hvert prosjekts liv. Fra å være holdt i av mange ulike instanser, samt ha vært tilført ekstra midler, skal det nå alminneliggjøres og må konkurrere om ressurser med andre gode formål. Forskning har vist at så mye som opptil 70 % av alt forbedringsarbeid ikke opprettholdes over tid etter at prosjektet har blitt avsluttet (21). Det finnes etter hvert både forskning og erfaring som viser til noen kriterier som er viktig for å lykkes med forbedringsarbeid generelt, og ikke minst det å sikre videreføring etter overgang til ordinær drift (12;21-24).

Hva sier forskning og erfaring om faktorer som er viktig for å lykkes med kvalitetsforbedring?

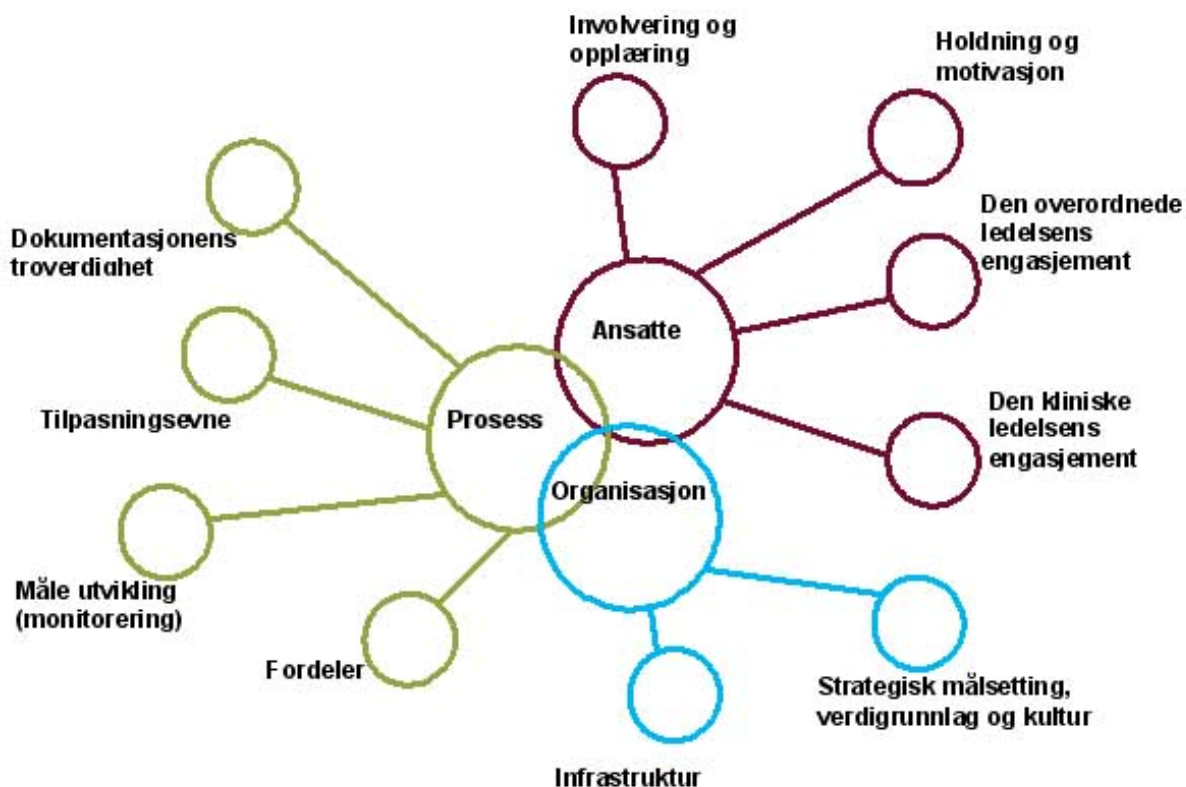
Hensikten med det foreliggende prosjektet er å utvikle en organisatorisk forpliktende samhandlingsmodell mellom kommuner, helseforetak og NAV. Dette arbeidet, og implementeringen av modellen, kan ses på som et ledd i systematisk forbedringsarbeid. Hvilke faktorer har vist seg å være viktige for å lykkes? Blant annet har Powell et al (2009) oppsummert forskning på ulike tilnæringsmåter som blir benyttet i forbedringsarbeid i helsetjenesten (22). Hans oppsummering viser at det finnes noen nødvendige, men ikke tilstrekkelige, forutsetninger for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring. De nødvendige forutsetningene er (22):

1. At forbedringsarbeidet er forankret i ledelsen på alle nivåer.
2. At helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet.
3. At tilnærmingene som benyttes er skreddersydd, helhetlige og tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.
4. At forbedringsarbeidet er samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål.
5. At forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonens daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere.

Inkludert i det siste punktet er det også en nødvendig forutsetning at ansatte får tilstrekkelig opplæring i systematisk forbedringsarbeid. I tillegg til disse fem punktene er det viktig at ledelsen har data om egen virksomhet og følger med på kvaliteten på kjerneprosessene gjennom å måle om endringene som skjer er reelle forbedringer for brukerne (22). Betydningen av at forbedringsarbeidet er forankret både i ledelsen og medarbeiderne, og at arbeidet følges av målinger støttes av flere som forsker på systematisk forbedringsarbeid (23;25).

Forskning kan også vise til noen faktorer som er sentrale for å lykkes med å opprettholde forbedringer over tid. Figur 2 viser de tre områdene det er viktig å være oppmerksomme på – de ansatte, prosessene og organisasjonen, og de ti faktorene som

er knyttet til disse områdene. Faktorene kan fungere som en huskeliste for hva man må tenke på og ivareta underveis i forbedringsprosessen (24).



Figur 2 Faktorer for vedvarende forbedringer (24).

Hvordan dette verktøyet kan brukes for å opprettholde forbedringene over tid beskrives i "En guide til fastholdelse af praksis – vejledning og måleredskap" (24). Guiden kan være nyttig i det foreliggende prosjektet for å sikre overgangen fra prosjekt til drift.

Utfordringer fremover med hensyn til overgangen fra prosjekt til drift

Utfordringene fremover er sortert under de fem nødvendige forutsetningene for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring (22):

At forbedringsarbeidet er forankret i ledelsen på alle nivåer.

Til nå har prosjektet blitt drevet frem av en prosjektleder, en prosjektgruppe og en styringgruppe. Spørsmål som bør stilles og besvares raskt er følgende:

- Er prosjektet forankret hos lederne på *alle* nivå i både sykehus, kommuner og NAV?
 - Er alle lederne som blir berørt av eventuelle endringer i pasientforløp/den nye modellen for samhandling identifisert?
 - Kjenner disse lederne til prosjektet?

- Har lederne deltatt i diskusjoner omkring utviklingen av modellen og enkelttiltak?
- Har lederne hatt mulighet til å påvirke beslutninger?
- Er det laget systemer for informasjon om fremdriften av prosjektet og konsekvenser av prosjektet som sendes ut til aktuelle ledere?

Er svaret ja på disse spørsmålene, er det lagt et godt grunnlag for å lykkes med overgangen fra prosjekt til drift. Er svaret nei, er det fortsatt tid til å forankre utviklingen av pasientforløpet/modellen i ledere på alle nivå.

At helsepersonellet på tvers av fag og profesjoner er aktive og engasjerte i forbedringsarbeidet.

I tillegg til lederforankring, er det viktig å forankre implementering av nye tiltak i medarbeidere på alle nivå innad i den enkelte organisasjon – sykehus, kommune, NAV.

- Er medarbeiderne i de samarbeidende organisasjonene informert om forbedringsarbeidet som pågår, og planene for implementering?
- Har medarbeiderne hatt mulighet til å påvirke prosessen/tiltakene underveis?
- Vil de få mulighet til å påvirke utformingen av pasientforløpet?
 - På hvilken måte vil de få mulighet til å påvirke?

I ett av de tre områdene i figur 2 – prosess, vises det til ”fordeler” som en sentral faktor for å lykkes med vedvarende forbedring (24). Det handler om at mennesker som står overfor nye utfordringer, mer eller mindre bevisst vil spørre: ”Er dette nyttig for meg”? Tiltak som forenkler saksgang, gjør hverdagen mer oversiktlig og skaper forbedringer for brukerne virker motiverende og skaper engasjement for å endre på rutiner/ansvar og oppgaver.

På bakgrunn av at brukerperspektivet er så sterkt vektlagt i dette prosjektet, må den samme forankringsprosessen som gjennomføres i forhold til ledere og medarbeidere også gjelde for brukerne. Viktige spørsmål å stille er derfor:

- Vil brukerne ha mulighet til å påvirke utviklingen av pasientforløpet/den nye modellen?
 - Hvis ja, på hvilke måte?
- Vil brukerne få mulighet til å evaluere både det nye pasientforløpet som sådann og enkelttiltak som iverksettes?
 - Hvis ja, på hvilken måte?

Hvordan brukerne - både enkeltbrukere og brukerorganisasjoner, skal delta i utformingen av pasientforløpet/modellen, må settes på agendaen så raskt som mulig slik at planleggingen av forløpet ikke har kommet for langt når brukerne inkluderes.

At tilnærmingene som benyttes er skreddersydd, helhetlige og tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.

Utviklingen av et nytt pasientforløp inkluderer nødvendigvis flere organisasjoner. Hver av disse organisasjonene er komplekse, d.v.s at de har ulike strukturer, ulike prosesser, og ulik kultur når det gjelder måter å gjøre ting på, løse problemer og møte utfordringer (12). Dette er viktig å være klar over når et nytt pasientforløp skal utvikles. Alle relevante parter må høres. Forskning og erfaring har vist at når brukere/pasienter forteller sine historier – enten det er på godt eller vondt, virker dette motiverende på medarbeidere og ledere i forhold til å foreta endringer (26). Brukerinvolvering kan dermed medvirke til at de ulike organisasjonene kan samle seg om et nytt pasientforløp fordi det blir tydelig at det er til det beste for dem.

At forbedringsarbeidet er samstemt med og integrert i organisasjonens visjoner og mål.

For å sikre overgangen fra prosjekt til drift er det viktig at ledelsen i de samarbeidende organisasjonene inkluderer målene om et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud i egne visjoner, mål og planarbeid. Det er også viktig at dette blir tema på personalmøter, i opplæring av nyansatte, internundervisning osv. slik at alle medarbeidere på et tidlig tidspunkt presenteres for hensikt og mål med det nye pasientforløpet. Medarbeidernes motivasjon, eller mangel på motivasjon, vil ha stor betydning for om overgangen fra prosjekt til drift lykkes.

At forbedringsarbeidet er integrert i organisasjonens daglige arbeid, både for medarbeidere og ledere.

Det nye pasientforløpet/samhandlingsmodellen vil med stor sannsynlighet medføre endringer i rutiner i det daglige arbeidet. Det at medarbeiderne både forstår hensikten med endringene, faktisk opplever at de gir mening i hverdagen og at tjenestene til brukerne forbedres vil være en styrke i implementeringsarbeidet.

I tillegg til disse fem nødvendige forutsetningene for å sikre en vellykket gjennomføring av kvalitetsforbedring, viser forskning at det er viktig at ledelsen har data om egen virksomhet og følger med på kvaliteten på kjerneprosessene. Det anbefales derfor sterkt å måle om endringene som skjer faktisk er reelle forbedringer for brukerne. I denne sammenhengen kan målinger forstås i utvidet forstand: Man kan velge å måle i forhold til noen kvantitative indikatorer – for eksempel økt antall individuelle planer, reduksjon i antall innleggelses osv., eller kvalitativt – for eksempel gjennom fokusgruppeintervju. Resultatene, både i form av tall og tekst, kan sammenliknes med før og etter at forbedringstiltak er iverksatt. Den aller sikreste informasjonen om kvaliteten bedres vil man få ved både å måle kvantitativt og kvalitativt.

Oppsummering/anbefalinger

Rapporten skulle svare på følgende problemstilling:

- a. Hva er status i prosjektet i forhold til kriterier for måloppnåelse i tilsagnsbrevet fra Helsedirektoratet?
- b. Hva er status i prosjektet i forhold til de målene som er satt for prosjektet?
- c. Hvilke utfordringer foreligger med hensyn til å sikre overgangen fra prosjekt til drift?
 - Vektlegging av implementeringen
 - anbefalinger for videre samarbeid mellom kommuner, helseforetak, NAV og brukerorganisasjoner / brukermedvirkning

Hensikten med prosjektet er å utvikle og implementere en forpliktende samhandlingsmodell mellom kommuner, helseforetak, NAV og brukere med sammensatte behov, slik at tjenestene oppleves mer helhetlige av brukerne. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal beskrive det nye pasientforløpet og komme med et forslag til administrativt samarbeidsutvalg innen 01.05.2013.

Anbefalinger

Etter en gjennomgang av status i prosjektet anbefales følgende tiltak:

- Pasientforløpet/samhandlingsmodellen utvikles i et tett samarbeid med alle relevante aktører. Dette inkluderer alle de organisasjonene som deltar i samarbeidet, ledere på alle nivå, og medarbeidere i de deltakende organisasjonene.
- For å sikre brukerperspektivet bør både relevante brukerorganisasjoner og enkeltbrukere i kommune og helseforetak inviteres til å være med og beskrive hvordan det nye pasientforløpet skal se ut.
- Samtidig som det nye forløpet utvikles, igangsettes det en diskusjon som på bredt grunnlag diskuterer seg frem til hvordan man skal måle/evaluere om modellen er en forbedring for brukerne.
- Brukernes synspunkter på hva som skal måles hentes inn i de samme fora som utvikler pasientforløpet.
- Når det er enighet om hva som skal måles, er neste skritt å velge måleverktøy. Dette kan for eksempel være i form av et spørreskjema, eller en sjekkliste.

- Det nye pasientforløpet kan også evalueres ved hjelp av brukernes fortellinger, fokusgruppeintervju, eller andre kvalitative metoder.
- De fem områdene hvor Statens Helsetilsyn dokumenterte svikt tas med i det videre arbeidet og gir retning for det nye pasientforløpet.
- Det parts sammensatte arbeidsutvalget med brukerrepresentasjon arbeider videre med konkretisering av avtalene, slik det er i ferd med nå. Dette utvalget må knytte sterke bånd til, og følge tett, arbeidet med utvikling av det nye pasientforløpet. Det er av stor betydning at tiltak i forløpet er forankret i konkrete avtaler.
- Betydningen som den nye modellen har for samarbeidsavtalen må evalueres av de deltakende organisasjonene når den har fungert i en periode.

For å sikre overgangen til drift og forankring i de organisasjonene som berøres av det nye pasientforløpet, anbefales følgende tiltak:

- Ledelsen i de samarbeidende organisasjonene inkluderer målene om et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud i egne visjoner, mål og planarbeid.
- Ledelsen i de samarbeidende organisasjonene løfter frem det nye pasientforløpet på personalmøter, internundervisning, overfor nyansatte osv. slik at alle relevante medarbeidere kjenner hensikten og målet med forløpet.
- Ledelsen i de samarbeidende organisasjonene nedfeller tiltak i henhold til det nye pasientforløpet i rutiner og retningslinjer i egen organisasjon, og gjør disse kjent for egne medarbeidere.

På bakgrunn av den store betydningen forankring og brukermedvirkning har, anbefales det å se på utviklingen av et pasientforløp som en kontinuerlig prosess. Tiltakene må evalueres regelmessig og over tid – både av brukere og de organisasjonene som er involvert: Fører det nye pasientforløpet virkelig til et mer helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud for brukerne?

Referanser

1. Helsedirektoratet. Tilskudd til utvikling av organisatoriske forpliktende samhandlingsmodeller innen psykisk helsefeltet over statsbudsjettet kapittel 0764.60 for 2011. 2011.
2. Opdal B, Bremnes O. Prosjektsøknad for hovedprosjekt 2011. Utvikling av organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller innen psykisk helsefelt og rus. Samarbeidsprosjekt Psykisk Helse i Nord-Trøndelag 2009 - 2013. 2011.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). [Oppdatert 2013; Lest 13 Dec 2012]
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-20110624-030.html>
4. Sosial- og helsedirektoratet. Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud. Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak. 2008. (IS-1554.)
5. Statens Helsetilsyn. Innspill til Helse- og omsorgsministerens arbeid med samhandlingsreformen. Statens Helsetilsyn; 2008.
6. Bremnes O, Hanssen B, Finnestrand B, Stenseth A, Almenning T. Resultater fra kartleggingsarbeid i kommunene, psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Namsos og DPS Kolvereid, Mental Helse og NAV. 2012.
7. Aarre T. Manifest for psykisk helsevern. Oslo: Universitetsforlaget; 2013.
8. Slade M. 100 idèer til recovery-orientert arbejde. Et inspirationshæfte til medarbejdere i psykiatrien og social psykiatrien. Publikation 1 ed. Videnscenter for Socialpsykiatri; 2009.
9. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health: how people manage stress and stay well. Jossey-Bass; 1987.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet - trygge tjenester. Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten. 2012.
11. Dictionary.com. Definisjon av modell. Dictionary com.
[Oppdatert 2012; Lest 13 Dec 2012]
Tilgjengelig fra: <http://dictionary.reference.com/browse/model>

12. Bakke T, Brudvik M, de Vibe M, Konsmo T, Nyen B, Vege A, Udness E. Modell for kvalitetsforbedring: En veiledning i systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2013.
13. Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Ni suksesshistorier. Samhandling om psykisk helse. NAPHA; 2012.
14. Opdal B, Bremnes O. Prosjektsøknad for hovedprosjekt 2010. Utvikling av organisatoriske forpliktende samarbeidsmodeller innen psykisk helsefelt og rus. 2010.
15. Bakke T. VIP - Veien til individuell plan. Nå stoler vi på at tilbudet blir tilrettelagt. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2007.
16. Statens Helsetilsyn. Koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske lidelser. Statens Helsetilsyn. 2-2000 [Oppdatert 2000; Lest 11 Jan 2013]
Tilgjengelig fra:
https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/psykososialt_arbeid_psykiske_lidelser_ik-2692.pdf
17. Kvalitetsstjarnan.se.
[Oppdatert 2013; Lest 18 Jan 2013]
Tilgjengelig fra: <http://www.kvalitetsstjarnan.se/index.html>
18. Opdal B, Bremnes O. Statusrapport 31.03.2010.: Samarbeidsprosjekt Psykisk Helse i Nord-Trøndelag 2009-2013; 2010.
19. Opdal B, Bremnes O. Forprosjektrapport 01.09.2010.: Samarbeidsprosjekt Psykisk Helse i Nord-Trøndelag 2010-2013; 2010.
20. Opdal B, Bremnes O. Statusrapport pr 31.03.2012. 2012.
21. Daft L, Noe A. Organizational behaviour. Fort Worth: Harcourt; 2000.
22. Powell A, Rushmer R, Davies H. A systematic narrative review of quality improvement models in health care: NHS Quality Improvement Scotland; 2009.
23. Øvretveit J. Leading improvement effectively. Review of research. London: The Health Foundation; 2009.
24. Center for kvalitetsudvikling. En guide til fastholdelse af ny praksis: Region Midt Jylland; 2012.
25. Walley P, Gowland B. Completing the circle: from PD to PDSA. International Journal of Health Care Quality Assurance 2004;17:349-58.
26. Brudvik M. Kvalitetsforbedring - Brukermedvirkning - Eksempler. Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
[Oppdatert 2013; Lest 24 Jan 2012]
Tilgjengelig fra:
<http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning/Eksempler>

Vedlegg 1: Recovery-orientert praksis

Slade M. 100 idéer til recovery-orientert arbejde. Et inspirationshæfte til medarbejdere i psykiatrien og social psykiatrien (8).

Tabel 1: Forskelle mellem traditionel og recovery-orienteret praksis

Traditionel tilgang	Recovery-orienteret tilgang
Værdier og magtforhold	
(Tilsyneladende) værdifri	Værdicentreret
Medarbejderansvar	Personligt ansvar
Kontrolorienteret	Valgorienteret
Magt over folk	Vækker magten i folk selv
Grundbegreber	
Videnskabelig	Humanistisk
Patografi	Biografi
Psykopatologi	Negative erfaringer
Diagnose	Personlig mening
Behandling	Vækst og opdagelse
Medarbejdere og patienter	Ekspertter gennem uddannelse og ekspertter gennem erfaring
Vidensbase	
Randomiserede, kontrollerede forsøg	Vejledende fortællinger
Systematiske vurderinger	Baseret på rollemodeller
Dekontekstualiseret	Inden for en social kontekst
Arbejdspraksis	
Beskrivelse	Forståelse
Fokus på sygdommen	Fokus på personen
Sygdomsbaseret	Baseret på personens stærke sider
Baseret på reduktion af negative hændelser	Baseret på håb og drømme
Personen tilpasser sig programmet	Medarbejderen tilpasser sig personen
Belønner passivitet og efterlevelse	Fostrer empowerment
Omsorgen koordineres af ekspertter	Selvstyring
Mål med indsats	
Bekæmpelse af sygdom	Fremme af sundhed
Bringe under kontrol	Selvkontrol
Efterlevelse	Valg
Tilbagevenden til normalitet	Forandring

Da personlig recovery er noget personen selv gennemlever, er medarbejdernes opgave at støtte personen i sin rejse på vej mod recovery. Resten af rapporten beskriver, hvad det vil sige i praksis.

Vedlegg 2: Invitasjon til oppstartsseminar



Psykisk helsearbeid i et samhandlingsperspektiv - hvordan utvikle den sømløse tjenesten?

Tid: Fredag 30. oktober 2009

Sted: HINT i Namsos 09.30. – 15.00

Målgruppe:

- Helse og sosialsjefer eller tilsvarende i kommunene
- Ledere eller tilsvarende for psykisk helsearbeid i kommunene
- Ledere i helseforetak innen barne og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri.
- Mental Helse
- Andre interesserte i kommuner og helseforetak
- Fylkesmannen, Høgskolen i Nord-Trøndelag, NAV

I regi av Samarbeidsutvalget for kommunene og Helse Nord-Trøndelag inviteres det til møte for å informere og utfordre til hvordan vi konkret kan arbeide videre med de utfordringer som ligger i Samhandlingsreformen.

Det er allerede etablert en arbeidsgruppe bestående av representanter for kommunene i Ytre Namdal, Indre Namdal, Midtre-Namdalen, Helseforetaket og Mental Helse. Arbeidsgruppen arbeider tett med Samarbeidsutvalget, og har fått prosjektmidler på 1,3 mill for å videreutvikle samarbeidsmodeller mellom og kommunene og helseforetaket og bidra til kompetanseheving.

PROGRAM

- 08.45 – 09.25 Registrering, kaffeservering
09.30 – 09.40 Velkommen v/ Arne Flaate, adm. direktør Helse Nord-Trøndelag HF
09.40 – 10.00 Orientering om samarbeidet som er etablert i lokalsykehusområdet til Sykehuset Namsos, mellom kommunene, helseforetaket og Mental Helse v/Eli Anne Willard, Namsos kommune
10.00 - 10.40 Presentasjon av et planlagt treårig samarbeidsprosjekt mellom kommunene i lokalsykehusområdet og Helseforetaket. v/ prosjektleder Olav Bremnes
10.40-11.00 Pause
11.00 – 12.15 Presentasjon av Nasjonalt Kompetansesenter for psykisk helsearbeid i Kommunene (NAPHA) v/ Arve Almvik og Gry Stub (www.napha.no)
12.15 – 13.00 Lunsj i kantina
13.00 – 15.45 Hvordan utvikle et samhandlingsnettverk for psykisk helsearbeid i Namdalen i et samarbeid mellom kommunene og helseforetaket, og sammen med Mental Helse, Høgskolen (HINT), NAV, NAPHA og fylkesmannen.
Innledning v/ Bernt Harald Opdal, Sykehuset Namsos
15.45 Oppsummering / avslutning.

Arrangør: Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag, Mental Helse og Etterutdanningsnettverket for Namdalen.

Vedlegg 3: Invitasjon til dialogkonferanse

Dialogkonferanse psykisk helse 16. juni 2010

Vi planlegger flere dialogkonferanser for å styrke samarbeidet innen psykisk helsearbeid. Vi inviterer ansatte i 1.- og 2.linjetjenesten, Mental Helse, NAV og HINT, - for opptaksområdet til Sykehuset Namsos og DPS Kolvereid. På denne første dialogkonferanse vil vi presentere data fra kartleggingen, og drøfte hvordan det skal arbeides videre med aktuelle problemstillinger. Vi starter dagen med et faglig innlegg som belyser utfordringer i samhandlingen.

Målgruppe:

Ansatte i 1.- og 2. linjetjenesten, fastleger, brukere, pårørende, Samarbeidsutvalgets medlemmer, ledere, NAV, og andre interesserte.

Sted: HINT Namsos

Program:

09.30 – 10.00 Registrering og kaffe

10.00 - 12.00 "Samarbeid mellom hvem og samarbeid om hva?"

- "vendepunkt" i samarbeid - faser i prosessen der samarbeid har stoppet opp?
- forholdet mellom de store yrkesgruppene: pleie- og omsorgspersonale vs. behandlere?

v/ Walter Schönfelder, seniorforsker Dr. polit., Valnesfjord Helseportssenter

12.00 – 12.45 Lunch

12.45 – 13.30 Status for samarbeidet mellom 1. og 2. linje inne psykisk helse Namdalen

- Presentasjon av data fra kartlegging i kommunene og sykehus / DPS
 - Utfordringer i den nye innstillingen (april 2010) til Samhandlingsreformen v/prosjektgruppa
 - Viser data forskjeller mellom 1. og 2. linje og interkommunalt
- V / Aage Stenseth og Olav Bremnes

13.30 – 13.45 Pause

13.45 – 14.30 Cafedialog. (For mer info google "cafedialog")

Småbordsprat med framtidsperspektiver. Drøfting av aktuelle problemstillinger / tema for videre arbeid for å styrke samhandlingen mellom pasienter/brukere, hjelpeapparatet i kommunene og sykehus/DPS, NAV og Mental Helse.

14.30 – 14.45 Grønn pause

14.45 – 15.15 Cafedialog fortsetter

15.15 – 15.30 Oppsummering av dagen v/Arve Almvik (NAPHA)

Vedlegg 4: Program dialogkonferanse



Samarbeidsprosjektet Psykisk Helse i Nord-Trøndelag

Dialogkonferanse – psykisk helse

- for kommunene i Ytre Namdal, Bindal, NAV, DPS Kolvereid og Sykehuset Namsos

Målsetting:

Styrke samarbeidet mellom NAV, psykisk helsetjeneste, fastlegene og spesialisthelsetjenesten, for mennesker med psykiske lidelser med behov for koordinerte tjenester. Øke kunnskapen om hverandres ansvar og oppgaver.

Målgruppe:

Ansatte i psykisk helsetjeneste i kommunene, fastlegene, NAV, DPS Kolvereid og Sykehuset Namsos. Representanter for brukerorganisasjoner.

Sted: Kulturhuset på Kolvereid, rom: Kolvereidvågen

Tid: Torsdag 10. februar kl 09:00 – 15:00

Program:

09:00 – 09:30	Registrering/kaffe/te
09:30 – 09:40	Presentasjon
09:40 – 10:15	Hvorfor samhandling er viktig v/Olav Bremnes, Samhandlingsprosjektet Psykisk Helse
10:15 – 10:30	Pause
10:30 – 11:15	Presentasjon av kommunene sine oppgaver innenfor psykisk helsearbeid, representant fra fastlegene og Rus og psykiatritjenesten i Vikna
11:15 – 12:00	Lunsj
12:00 – 12:45	Presentasjon av NAV – oppgaver og organisering v/ Hugo Olsen
12:45 – 13:00	Pause
13:00 – 13:45	Presentasjon av psykiatrisk klinikk – oppgaver og organisering v/ Geir Thy og Tom Verpe, psykiatrisk klinikk
13:45 – 14:45	Gruppearbeid med case
14:45 – 15:00	Oppsummering og avslutning

Vedlegg 5: Fagnettverk



Namsos 08.02.2012

Samarbeidsprosjektet psykisk helse, kontaktinformasjon:

Funksjonsbeskrivelse for kontaktpersoner innen psykisk helse i kommunene i Namdalen, Bindal og Osen, DPS Kolvereid, Sykehuset Namsos, NAV, HINT og EINA.

Bakgrunn

For å få til et strukturert samarbeid mellom 1. – og 2. linjetjenesten i lokalsykehusområdet til Sykehuset Namsos, psykiatrisk klinikk er det behov for å ha kontaktpersoner som kan være bindeledd. Som kontaktperson er det du som har oversikt over hvem andre i/rundt din tjeneste du bør videregående mail til eller gi div. informasjon til.

Målsetting

Bidra til god og strukturert informasjonsflyt mellom psykiatrisk klinikk, NAV, og kommunen i Namdalen, Bindal og Osen

Oppgaver / roller

- Sikre informasjon til aktuelle samarbeidspartnere i egen organisasjon
- Kontaktperson for ulike henvendelser som for eksempel
 - o kurs
 - o undervisning
 - o informasjon om tilbudene i kommuner, sykehus, DPS, NAV
 - o generelle forespørsler
- Mottaker av informasjon som omhandler samarbeid mellom 1.- og 2. linjetjenesten.
- Kontaktperson for prosjektinformasjon eller fagutviklingsarbeid

Hilsen

Samarbeidsprosjektet innen psykisk helse v/ prosjektgruppa
Tonja Almenning, Bodil Sofie Hanssen, Aage Stenseth, Bente Finnestrand og Olav Bremnes

Endringer av kontaktinfo meldes til: olav.bremnes@hnt.no

Vedlegg 6: Orientering om kartlegging

Til kommunene i Namdalen, Bindal og Osen
v/ rådmann
Sende postmottak via epost

Vår ref.: 2009/1913 - 3924/2010 Deres ref.: Arkiv: Dato: 16.02.2010

Orientering om kartleggingsarbeid i forbindelse med samhandlingsprosjekt mellom 1. og 2.linjetjenesten i forhold til psykisk helsevern / psykisk helsearbeid

Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag gjennomfører nå et samarbeidsprosjekt i forhold til psykisk helse. Prosjektet har sitt utgangspunkt i en rapport som Helsedirektoratet utarbeidet i 2008, "Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagte tilbud" *Vurdering av omfang og behov, samt forslag til tiltak, (Rapport fra Helsedirektoratet, 2008, IS-1554)*

Samarbeidsutvalget er styringsgruppe for prosjektet, og vi som er ansatt i prosjektet representerer kommunen i opptaksområdet til Sykehuset Namsos og sykehuset. Det er gjennomført regionsvise informasjonsmøter med kommunene i Namdalen, hvor de som arbeider innenfor psykisk helsearbeid har vært invitert.

Et sentralt tiltak i prosjektet er å:

- Gjennomføre en kartlegging av målgruppen for prosjektet
- Kartlegge tilbudene / ressursene i 1. og 2. linjetjenesten
- Kartlegge hvordan samarbeidet fungerer mellom 1. og 2. linjetjenesten

Ut fra kartleggingen vil vi videreutvikle modeller for samarbeid mellom sykehuset og kommunene i forhold til målgruppen for prosjektet.

Data vil tilhøre den enkelte kommune. Disse kan imidlertid brukes anonymisert på tvers av forvaltningsnivåene der det er nødvendig for å evaluere og forbedre samhandlingen mellom 1. og 2. linjetjenesten.

Målgruppen for kartleggingen er:

1. Få en oversikt over brukere med de alvorligste psykisk syke i den enkelte kommune
Definisjon av alvorlig psykisk lidelse:
 - Psykoselidelser
 - Alvorlige affektive lidelser
 - Alvorlige personlighetsforstyrrelser
 - Alderspsykiatriske tilstander
 - Dobbelt diagnoser (psykiske lidelser og psykisk utviklingshemming / psykisk lidelse og rus)

Modell: Illustrasjon av målgruppens heterogenitet og sammensatte problematikk



Rapport fra Helsedirektoratet, 2008, IS-1554

Er man i tvil om pasienter skal registreres, bør de tas med dersom samhandling mellom 1. og 2. linjetjenesten er viktig.

2. På bakgrunn av kartleggingen kan vi avdekke / identifisere utfordringer i dagens behandlingsforløp. Dette skal bidra til å utvikle forpliktende samarbeidsmodeller mellom 1. og 2. linjetjenesten i samarbeid med brukere og pårørende.

Det vil i etterkant av kartleggingen arbeides i samarbeid med den enkelte kommune og region for å videreutvikle tilbudene for denne målgruppen. Vi arbeider også parallelt med Mental Helse på fylket og lokallagene med det samme tema, hvor målsettingen er å videreutvikle tilbudene til målgruppen.

Vedlagt følger et kartleggingsskjema for kartlegging av tilbud til den enkelte bruker, og et skjema for kartlegging av ressurser og tilbud i 1. og 2.linjetjenesten. Det er kontaktpersonene i kommunene (se vedlegg) som er ansvarlig for gjennomføringen av kartleggingsarbeidet i den enkelte kommune, og disse har deltatt i utarbeidelsen av skjemaene.

For mer informasjon om arbeidet vises til vedlagte informasjonsskriv og kommunekontaktene.

Frist for kartlegging er **15. mars 2010**.

For Samarbeidsutvalget

Bernt Harald opdal
Prosjektansvarlig

Olav Bremnes
Prosjektleder

Vedlegg:

1. Prosjektinformasjon
2. Kartleggingsskjema av tilbud og samarbeid
3. Kartleggingsskjema for brukere i målgruppen

Kartlegging av ressurser og samarbeid i 1. og 2. linjetjenesten

Kommune: _____

Tema	Svar
Ressurser i 1.	
Hvordan er psykisk helsearbeid organisert i kommunen. Antall stillinger / antall brukere	
Blir tilbud om støttekontakt/treningskontakt brukt?	
Hvilke tilrettelagte botilbud finnes for målgruppen? (spesifiser/antall)	
Finnes det tilrettelagte arbeid og sysselsettingstiltak (antall plasser)	
Hvilke aktivitetstilbud finnes? - dagsenter, gruppetilbud (friluftsliv, mat, data, angst mm) - annet	
Hvordan arbeides det med pårørende?	
Finnes det brukerorganisasjoner?	
Er det tilstrekkelig bistand til økonomisk rådgivning og oppfølging av brukerne	
Andre tilbud (beskriv)	
Samhandling internt i kommunen	
Er det faste møter? (hvem deltar, hvilke instanser)	
Har dere internundervisning?	
Har dere kompetanseplan?	
Er det strukturert samarbeid med fastlege?	
Annet	

Interkommunalt samarbeid	
Veiledningstilbud	
Undervisningstilbud	
Faste møter	
Samarbeid om tilbud til brukere	
Annet	
Samarbeid mellom 1.- 2. linje	
Er det faste møter eller etter behov	
Gis det tilbud om veiledning (generell/på sak)	
Er det lett å få kontakt når det er behov for det? Ø.hjelp, behandler, deltaker i ansvargruppe m.m. Beskriv	
Annet	
Hva kan gjøres for å styrke samhandlingen	
- mellom 1. – 2. linje på pasient / individnivå	
- på systemnivå / generelt samarbeid	
Annet	
Ønsker framover	
Hospiteringsordninger	
Undervisning	
Veiledning	
Konsultasjon/rådgivning	
Ambulant virksomhet	
Hvordan sikre samarbeid mellom 1. linje når pasienten er innlagt eller får poliklinisk tilbud i 2. linje	
Andre ønsker	

Kartlegging av brukere i 1. og 2.linjetjenesten

Hvis det er vanskelig å finne svaralternativer, kan dette stå blankt eller en kan skrive inn tekst

Nr.	Navn	Diagnose	Alder	Kjønn	Bolig		Samarbeid med fastlegen	Arbeid	Aktivitets-tilbud	Støttekontakt/treningskontakt	Sosialt nettverk	Kontakt med pårørende
					Bemannet bolig	Egen bolig						
1							ja/nei	ja / nei	ja / nei	ja / nei	Ja /nei	
2												
3												

Nr.	Innleggelse i 2009	Ansv. gruppe	IP	Kontakt med NAV	Problemer rundt økonomi	Andre tilbud fra 1.linje	Tilbud fra 2.linje	Samhandling mellom 1. og 2.linje	Får brukeren et tilfredsstillende tilbud	Annet
1		ja / nei	ja / nei	ja / nei	ja / nei					
2										
3										

Vedlegg 7: Invitasjon til dialogmøte

Til kommunene og seksjoner ved psykiatrisk klinikk i sykehusområdet for Sykehuset Namsos / DPS Kolvereid

April 2011

Invitasjon til dialogmøte med Samhandlingsprosjektet Psykisk Helse i Namdalen

Samhandlingsprosjektet psykisk helse i Nord-Trøndelag er et 3-4 årig prosjekt som arbeider med å utvikle / forbedre samarbeidsmodeller både på individnivå og systemnivå. Målgruppen er brukere med alvorlig psykiske lidelser og rusproblematikk, og som har behov for koordinerte tjenester.

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt i regi av samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag. Sentralt i dette prosjektet er også samarbeid med NAV og Mental Helse. I prosjektgruppa er det tilsatt representanter for de tre kommuneområdene Indre-, Midtre-, og Ytre Namdal og Sykehuset Namsos / DPS Kolvereid.

Våren 2010 foretok alle kommunene i Namdalen, Bindal og Osen, og Sykehuset Namsos / DPS Kolvereid en kartlegging av brukere med alvorlige psykiske lidelser med behov for koordinerte tjenester. Til sammen er det kartlagt tilbudet til ca. 450 brukere i Namdalen. Det ble også kartlagt ulike aspekt rundt samhandling. Bakgrunnen for dette var en forespørsel som var sendt til rådmenn i alle kommunene og lederne ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Namsos / DPS Kolvereid i februar 2010. (se vedlegg)

Vi ønsker nå å presentere data for alle som har deltatt i kartleggingen, og gi de bearbejdede dataene tilbake mht videre oppfølging.

Tema for møte med

1. Gjennomgang av resultatet av kartleggingen for kommune
 - a. Kartlegging i forhold til enkeltpasienter
 - b. Kartlegging i forhold til samarbeid
2. Videre oppfølging av kartleggingsresultatene
3. Innspill fra kommunen i forhold for å gi brukerne et mer helhetlig tilbud, med utgangspunkt i pasientforløp – hva forventer dere mht til samhandling i de ulike fasene av et forløp?

Målgruppe i kommunene:

Helse og sosialsjef, ledere for psykisk helsearbeid, fastleger og ansatte i psykisk helsetjeneste.

Vi håper på en konstruktiv dialog rundt det videre samarbeidet, og innspill på tema dere mener er viktig å fokusere på i fortsettelsen.

Vi vil følge opp denne runden til alle kommunene og avdelinger på sykehuset, Mental Helse og NAV, med en dialogkonferanse høsten 2011. Her vil vi oppsummere erfaringen og gi innhold til de utfordringene som Samhandlingsreformen kan ivareta for denne målgruppen.

For samhandlingsprosjektet

Bodil Sofie Hanssen, Aage Stenseth, Bente Finnestrand og Olav Bremnes

Vedlegg:

1. Utkast til pasientforløp
2. Brev om kartlegging fra februar 2010

Vedlegg 8: Invitasjon til arbeidsseminar

Samarbeidsprosjekt Psykisk Helse i Nord-Trøndelag 2010 – 2013

Arbeidsseminar på Rørvik 5. juni om helhetlige pasientforløp

Arbeidsseminar på Rørvik 5. juni

Tema: "Helhetlige pasientforløp"

Bakgrunn

I forbindelse med samarbeidsprosjektet inviterer vi til et arbeidsseminar om helhetlige pasientforløp. Ut fra de erfaringer

vi har gjort oss i samhandlingsprosjektet så langt, tror vi det vil være nyttig å arbeide sammen - med å beskrive hva som bør være et godt helhetlig forløp.

Målsetting for dagen:

- o Fokus på samhandling omkring brukere med alvorlige psykiske lidelser som trenger koordinerte tjenester
- o Hvilke forventninger har vi til hverandre i ulike faser av et helhetlig forløp
- o Innspill til videre arbeid med helhetlige forløp
- o Konkrete forslag til forbedringer slik at brukerne opplever at tjenestene er sømløse

Målgruppe:

Inviterte deltakere er:

Medlemmer fra Mental Helse, ansatte i kommuner og helseforetak, fastleger, brukere, pårørende og NAV.

Sted: Rørvik Kysthotell

Vi planlegger sosialt samvær på mandag kveld, og mulighet for overnatting fra mandag til tirsdag for dem som ønsker det.

Påmelding til: olav.bremnes@hnt.no tlf: 95784064

Pris: Prosjektet dekker alle utgifter unntatt reise

Program:

09.00 – 12.00 Introduksjon av helhetlige pasientforløp

- Hva er de kritiske punktene i samhandling
- Hva er sentrale tema for å få til god samhandling

12.00 – 13.00 Lunch

13.00 – 15.00 Fortsatt arbeid med beskrivelse av helhetlige forløp



Vedlegg 9: Invitasjon til dialogmøte

Samarbeidsprosjekt Psykisk Helse i Nord-Trøndelag 2010 – 2013 "Helt ikke stykkevis og delt"

Invitasjon til dialogmøte tirsdag 27. november 2012

Målsetting:

- Informere om status i Samarbeidsprosjektet psykisk helse i Nord-Trøndelag
- Informere om konkrete tiltak som er utarbeidet
- Få innspill fra deltakerne m.h.t utforming av tiltak, implementering og involvering.
- Se sammenhengene mellom tiltak i prosjektet og de nye avtalene mellom kommuner og helseforetak

Målgruppe:

Kontaktpersoner i kommunene, NAV, Mental Helse og helseforetaket, og deltakere i ressursgruppa.

Sted:	HINT Namsos, auditoriet "Karinanna", i 2. etg. over ekspedisjonen
Påmelding:	<u>Innen 20.11</u> til Olav Bremnes, tlf. 74215670/95784064, olav.bremnes@hnt.no

Program:

- | | |
|---------------|--|
| 09.30 – 10.00 | Registrering og kaffe |
| 10.00 – 10.15 | Status for samarbeidsprosjektet "Helt ikke stykkevis og delt" |
| 10.15 – 10.45 | Gjennomgang av aktuelle tiltak, v/ prosjektgruppa
Hvordan arbeide med involvering og implementering av tiltak? <ul style="list-style-type: none">- Selvhjelpsplan- Henvissingsvedlegg- Bruke av individuell plan, koordinatorrollen, ansvarsgrupper – felles opplæringstilbud- Pårørendearbeid (relatert til veileder og Nasjonal strategigruppe II) |
| 10.45 – 11.00 | Pause |
| 11.00 – 12-15 | Gjennomgang av aktuelle tiltak v/ prosjektgruppa, fortsetter..... <ul style="list-style-type: none">- Helhetlige forløp- Hospiteringsordninger- Felles introduksjonsprogram for nytilsatte- |
| 12.15 – 13.00 | Lunch |
| 13.00 – 13.45 | Hvordan utvikle gode helhetlige forløp
Hvilke forventninger har vi til hverandre (kommune, helseforetak (døgn og poliklinikk), NAV, brukere og pårørende? <ul style="list-style-type: none">- Når bruker bor hjemme- Når bruker er innlagt i DPS/sykehus |
| 13.45 – 14.00 | Pause |
| 14.00 – 14.30 | Hvordan utvikle gode helhetlige forløp..... |
| 14.30 – 15.00 | Oppsummering |

Hilsen prosjektgruppa

Tonje Almenning, Bodil Sofie Hanssen, Bente Finnestrand, Aage Stenseth og Olav Bremnes