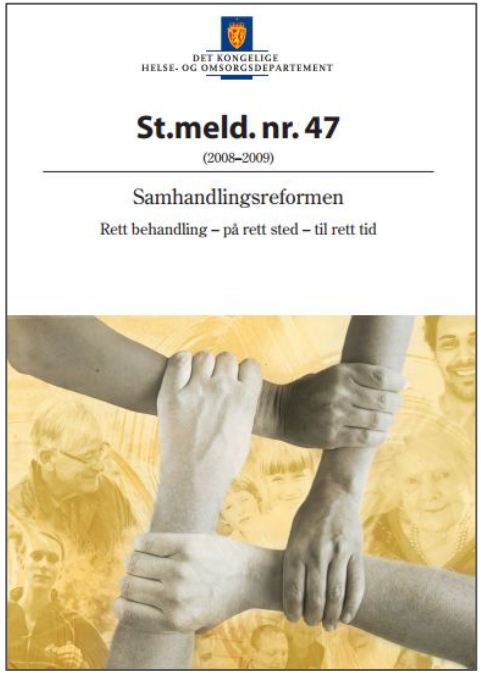
Forstudie: Samarbeid om bu- og omsorgstilbod til psykisk sjuke med behov for langvarige og kommunale tenester

Sogn Regionråd 8.12.2017

Store pasientgrupper er avhengig av at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten fungerer som en sammenhengende behandlingskjede som gir et helhetlig tilbud

Hovedmålsettingen med samhandlingsreformen var å møte dagens- og fremtidens helse- og omsorgsutfordringer, og det ble pekt på 3 hovedutfordringer:

1. Helse og omsorgstjenestene er fragmenterte
2. Det gjøres for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
3. Den demografiske utviklingen og endringer i sykdomsbildet kan bli en trussel mot samfunnets bæreevne.



Det omtales videre 5 hovedgrep for bedre samhandling:

- Klarere pasientrolle
- Ny framtidig kommunerolle
- Etablering av nye økonomiske insentiver
- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse
- Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

I primærhelsemeldingen oppfordres kommunene til å stimuleres til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene

Fremtidens primærhelsetjeneste

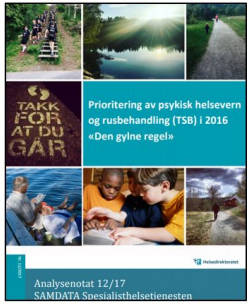
I følge Primærhelsemeldingen blir en strukturert tilnærming basert på funksjon og behov som da bl.a innebærer å koordinere tjenester, og gi systematisk oppfølging og evaluering av hver bruker viktig. Den oppfordrer videre til å:

- Stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.
- Legge til rette for etablering av primærhelseteam gjennom endringer i regelverk og finansieringsordninger. Endringer skal utredes først.
- Legge til rette for etablering av oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov.

Nasjonal helse og sykehusplan

En forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er også at primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid og at samhandlingen mellom kommunene og sykehusene videreutvikles:
"kommunenes helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten samhandler om de helsetjenestene folk trenger der de bor"
Det er regjeringens mål å videreutvikle den desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten med mer vekt på ambulante og polikliniske tjenester.
"I pasientens helsetjeneste er det EN helsetjeneste. Pasienten merker ikke hvem som eier, drifter og betaler – det tar systemet seg av"

Psykisk helsevern



Ett av fokusområdene for økt samhandling som evalueringsrapportene trekker frem er psykisk helsevern. Primærhelsetjenesten har ikke bygget opp sitt tilbud i takt med spesialisthelsetjenestens økte fokus på polikliniske konsultasjoner og redusert døgntilbud. Som en konsekvens av denne nedbyggingen i spesialisthelsetjenesten vil kommunene få samme forpliktelser til å imot pasienter når spesialisthelsetjenesten definerer dem som utskrivningsklare. Kravene til varsling og nødvendig samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten er innført, mens ikrafttredelse av betalingsplikten er utsatt til 2019. Dette innebærer at ressurskrevende brukere som har behov for et sammensatt tilbud i hjemkommunen og som er kostnadskrevende blir regnet som utskrivningsklare pasienter på lik linje med somatiske utskrivningsklare pasienter

«Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes». Spesialisthelsetjenesten må tenke nytt i forhold til oppfølging og behandling av pasienter innen TSB og psykisk helsevern

I rundskriv fra Helsedepartementet pekes det på at:

"I helse- og omsorgstjenesten er det etablert et prinsipp om at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Prinsippet innebærer i praksis at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten."

"Det er en grunnleggende forutsetning i samhandlingsreformen at veksten i bruk av spesialisthelsetjenester skal dempes ved at en større del av helse- og omsorgstjenestene ytes av den kommunale helse- og omsorgstjenesten."

"Plikten innebærer at kommunene skal få veiledning om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunen skal kunne ivareta oppgaver overfor enkeltpasienter/brukere eller pasient/brukergrupper på en forsvarlig måte, både med hensyn til utredning, behandling, habilitering/rehabilitering og pleie"

FORSTUDIE

Utvikling av interkommunalt samarbeid om bo- og omsorgstilbud til psykisk syke med behov for langvarige kommunale tjenester

Kommunene:
Lærdal, Sogndal, Luster, Høyanger, Leikanger, Vik, Aurland, Årdal og Hemsedal
2017

25. August 2017

Helsedirektoratet har delt innbyggerne med rus- og/eller psykiske utfordringer og lidelser i tre hovedforløp og fordelt ansvaret mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

	Utfordringer	Hvem har ansvar
Hovedforløp 1	Rusmiddelproblem og psykiske helseproblem som forventes å være milde og kortvarige	Kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med milde og kortvarige problemer
Hovedforløp 2	Kortvarige alvorlige problem/lidelser og langvarige mildere problem/lidelser	Fortsatt et sterkt kommunalt ansvar, men spesialist må kobles inn
Hovedforløp 3	Alvorlige og langvarige problem/lidelser	Kommunen- og spesialisthelsetjeneste har et felles ansvar, og må ha et tett samarbeid om et helhetlig tilbud

Hdir 2014, veileder, Sammen om mestring

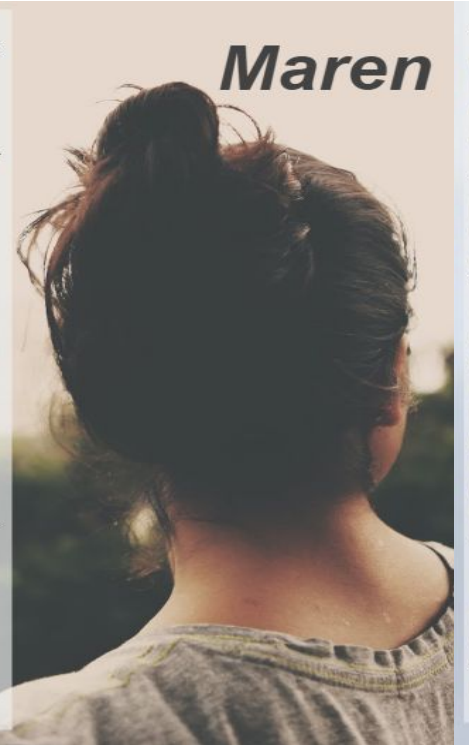
Forstudien har tatt for seg brukere med alvorlige og langvarige psykiske lidelser som kommunene- og spesialisthelsetjeneste har et felles ansvar for å gi et helhetlig tilbud til

Maren

Maren har siden 19 års alderen opplevd en overbevisning om at søsteren har planer om å drepe henne. Etterhvert opplevde hun at hun ble til søsteren når de var sammen, og at personligheten hennes ble slettet når hun dusjet.
Om nettene kan hun ofte se personer som går gjennom veggene, og som skjærer kroppsdeler av henne. Dette gjør henne livredd for å sove, og hun er ofte våken på nettene. Medisiner demper intensiteten av opplevelsene slik at hun kan klare å bo i en leilighet, men de fjerner dem ikke. Hun blir ofte sint når hun møter ukjente personer fordi hun er redd for at de skal drepe henne. Hun klarer kun å stole på det faste personalet som hun kjenner godt. Lidelsen gjør at tankemønsteret er svært kaotisk, og dette fører til store problemer med å fungere

Maren kan i lengre perioder ha behov for et heldøgnsbemannet bo- og omsorgstilbud (1:1) i perioder der lidelsestrykket er forhøyet, typisk i perioder med høyt psykososialt stress, eller i situasjoner der hun tyr til rusmidler eller selvskading for å håndtere symptomene.

Det er viktig at personalet er tilgjengelig for å trygge Maren ila kort tid når hun opplever vanskelige ting eller opplever sin overbevisning om at søsteren ønsker å drepe henne.

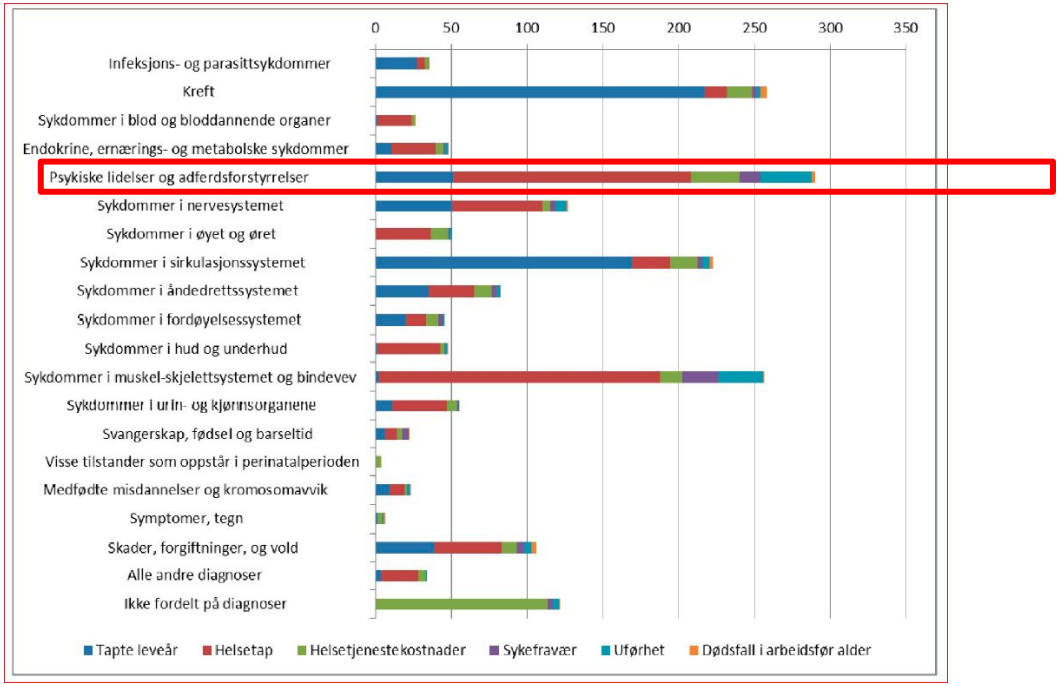


Tobias

Tobias er en 38 år gammel mann som tilhørte et belastet ungdomsmiljø som søkte spenning i hverdagen. Han utviklet en psykose etter eksperimentering med narkotiske midler i 19-årsalderen og har siden utviklet schizofreni. Han fullførte ikke utdanning som tømrer. Tobias har egen kommunal bolig og hverdagen hans er preget av uro, kaos og "støy". Dette fører til at han er ukritisk til hvem som kommer på besøk, noe som har medført flere politianmeldelser og et nabolag som ønsker at Tobias flytter til en annen bolig. De siste årene har Tobias stort sett oppholdt seg i spesialisthelsetjenesten (ut og inn i avdeling uten utvikling. "Status quo"), eller i egen bolig med to av kommunens personale tilstede gjennom hele døgnet (1:2), etter risikovurdering. Kommunen sliter med å få til en stabil bemanning som dekker kompetansebehovet når Tobias oppholder seg i egen bolig.

Det er hensiktsmessig med heldøgnsbemannet bolig som sikrer stabilitet og forutsigbarhet for Tobias, samtidig som det tilrettelegges for en meningsfylt hverdag der han kan bruke sine praktiske evner.

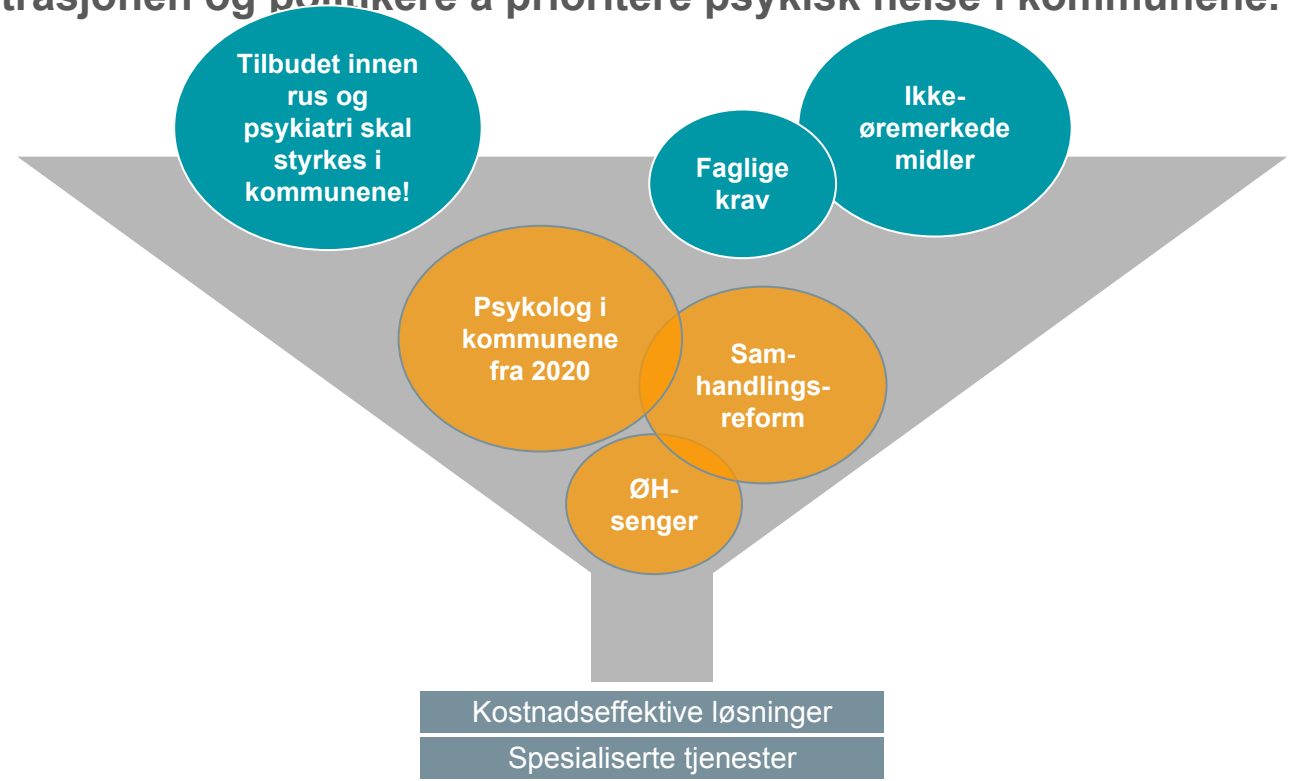
Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser er den største, og mest økonomisk krevende, helseutfordringen for kommunene i årene som kommer fordi det fører til store helsetap for brukerne gjennom resten av livet deres



1. **Psykiske lidelser er den sykdomsgruppen som har størst samfunnskostnader (sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap)**
2. **Psykiske lidelser er, sammen med muskel- og skjelettsykdommer, de største årsakene til ikke-dødelig helsetap**
3. **Blant brukere med schizofreni er levealderen redusert med om lag 20 år i gjennomsnitt**
4. **Selvmord og overdoser er de viktigste årsakene til død blant unge og voksne i alderen 15 til 49 år**

Folkehelseinstituttet; Sykdomsbyrde i Norge 2015
Helsedirektoratet, rapport, april 2016: Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker 2013 –Sykdomsbyrde, helsetjenestekostnader og produksjonstap fordelt på sykdomsgrupper

Det foreligger nasjonale krav og føringer fra myndighetene innen rus- og psykiatri uten at det nødvendigvis følger med øremerkede midler. Det er opp til administrasjonen og politikere å prioritere psykisk helse i kommunene.



https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fortsatt-satsing-pa-rus-og-psykisk-helse/id2514666/

NRK gjennomførte i 2014 en undersøkelse blant 240 av landets kommuner som forteller at de fleste kommunene i landet sliter med å gi et tilfredsstillende tilbud til denne brukergruppen

8 av 10 kommuner sier at det er vanskelig å finne egnet bolig til denne brukergruppen

8 av 10 kommuner svarer at de har store utfordringer med brukere som ikke er i stand til å klare seg selv

8 av 10 kommuner sliter med å integrere brukere med rus- og psykiatri-utfordringer i lokalmiljøet

7 av 10 kommuner mener de har ansvar for brukere som er for syke til å være hjemme, og som burde ha vært på institusjon

https://www.nrk.no/norge/klarer-ikke-finne-bolig-til-psykisk-syke-1.12048524

Funn i forstudien

For mange kommuner blir det for krevende å håndtere et lite antall brukere med omfattende tjenestebehov

Når en kommune kjøper tjenester fra en private tjenesteleverandører er det fortsatt kommunen som har ansvar for at bruker får et faglig forsvarlig tilbud

Fagpersoner i kommunene i Indre Sogn opplever det som utfordrende å imøtekomme de nasjonale føringene, og mener at kommunene burde hatt et bedre tilbud til psykisk syke i kommunene

Som ellers i landet er fagområdene rus og psykiatri ulikt organisert i de 9 kommunene. Dette krever et godt samarbeid mellom avdelinger med ulikt brukerfokus

Fagpersoner i kommunene vektlegger trygghet og stabilitet i heldøgnsbemannet bolig som viktige parametre for psykisk syke med behov for langvarige kommunale tjenester

Bemanning og kompetanse varierer betydelig i de 9 kommunene

Fordeling av kompetanse i de ulike kommunene viser at kommunene vektlegger fagkompetanse ulikt

Tiltak og prioriteringer overordnet i spesialisthelsetjenesten går mot en oppgaveforskyvning innen psykisk helse til kommunehelsetjenesten. Dette er også utviklingen i Helse Førde

Brukerens tjenestebehov overgår ofte kommunenes tjenestetilbud. Fagpersoner i flere av kommunene mener at spesialisthelsetjenestens anbefalinger ikke følges når brukere returnerer til deres kommune

Et interkommunalt bo- og omsorgstilbud vil være en naturlig samarbeidspart som kan bidra til utvikling og innovasjon i

Fagpersoner i kommunene mener at det med dagens drift er sannsynlig at man også i fremtiden vil ha behov for private tjenestekjøp for å kunne gi et tilfredsstillende tilbud.

Utfordring:	Viktig spørsmål:
Stor slitasje på ansatte som arbeider i tiltak med få brukere resulterer i lite stabilitet og forutsigbarhet i tiltak	Vil et interkommunalt samarbeid gi bedre kvalitet og stabilitet i tilbudet til brukere enn det kommunen kan tilby i dag?
Det er utfordrende å få tilsatt riktig kompetanse i kommunene - lite fagmiljø	Kan man øke kompetanse i egen kommune med kombinasjonsstillinger i et interkommunalt samarbeid og samtidig bygge faglige nettverk?
Enkelte kommuner har forsøkt å ansette psykolog for å dekke krav om psykolog innen 2020	Kan psykolog ansatt i et interkommunalt tilbud samarbeid tilfredsstille krav om psykolog i egen kommune fra år 2020?
Ønsker kommunen å prioritere å tilby heldøgnstilbud i egen kommune for å sikre nærhet til familie og nettverk?	Er nærhet til familie og nettverk viktigere enn kvaliteten på det faglige tilbudet til bruker?

Klarer den enkelte kommune å gi et bedre eller like godt tilbud i egen kommune som et interkommunalt samarbeid kan gi?

Har kommunene god nok kontroll med den faglige kvaliteten på de private tjenestekjøpene i dag?

Ved oppbygging av et interkommunalt bo- og omsorgstiltak må bruker og innhold i hverdagen settes i fokus

Bruker i fokus

Egnet bygningsmasse

Det bør vektlegges egnet bygg og bygningsmasse for å kunne hente ut potensiale med en interkommunal drift. Dette gjelder spesielt størrelse på enheter og mulighet for fellesområder og ansatt-areal

Mulighet for tilpasset aktivitet

Det bør være mulighet for å tilrettelegge for tilpasset aktivitet i umiddelbar nærhet slik at bruker den fokusere på den friske delen av kroppen

Nærhet til natur

Det anbefales at tiltaket ligger i umiddelbar nærhet til natur slik at naturen kan brukes til miljømessige aktiviteter.

Offentlig kommunikasjon

Tiltaket bør ligge i nærhet til offentlig kommunikasjon slik at både pårørende og ansatte lett kan komme seg til tiltaket. Bruker bør også kunne bruke offentlig transport etter ønsker og behov

Mulighet for en skjermet enhet

Både beliggenhet og bygningsmasse bør være tilpasset for å skape trygge rammer for bruker i ulike deler av sitt sykdomsforløp.

Nærhet til spesialisthelsetjenesten

Tiltaket bør ligge i rimelig nærhet til spesialisthelsetjenesten for å å gjøre det tverrfaglige samarbeidet enklere. Dette gjelder både tjenester innen psykiatri og somatikk.

Fokus på arbeidsmiljø for ansatte

Tiltaket må være utformet slik at ansattes behov ivaretas bl.a i forbindelse med både passiv- og aktiv hviletid.

Tilgang på fagkompetanse

Tiltaket bør ligge slik at det er er attraktivt for fagkompetanse å søke seg til tiltaket. Av kriterier kan nevnes faglig innhold, arbeidstidsordning etc.

Hvor står interkommunalt bo- og omsorgstilbud i forhold til andre prosjekter innenfor psykisk helsevern i regionen?

Individuell jobbstøtte etter IPS modell for personar med moderate til alvorlege psykisk helseproblem og/eller rusmiddelproblem som ønskjer deltaking i arbeidslivet

Kvalitetsutvikling av tenestetilbod for rus og psykiatri
FACT-team

Utvikling av interkommunalt samarbeid om bo- og omsorgstilbud til psykisk syke med behov for langvarige kommunale tjenester
BOPS

Målsetting i prosjektet	Prosjektet tek mål av seg til å etablere eit tiltak som skal drive individuell jobbstøtte etter prinsippa for IPS med to jobbspesialistar.	Bidra til at mennesker med moderate til alvorlege psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer/- avhengighet kan nyttiggjøre seg sin arbeidsevne, komme i ordinært lønnet arbeid og beholde tilknytning til arbeidslivet.	Etablere et bo- og omsorgstilbud til psykisk syke med behov for langvarige kommunale tjenester

Helsedirektoratet har delt innbyggerne med rus- og/eller psykiske utfordringer og lidelser i tre hovedforløp og fordelt ansvaret mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

	Utfordringer	Hvem har ansvar
Hovedforløp 1	Rusmiddelproblem og psykiske helseproblem som forventes å være milde og kortvarige	Kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med milde og kortvarige problemer
Hovedforløp 2	Kortvarige alvorlige problem/lidelser og langvarige mildere problem/lidelser	Fortsatt et sterkt kommunalt ansvar, men spesialist må kobles inn
Hovedforløp 3	Alvorlige og langvarige problem/lidelser	Kommunen- og spesialisthelsetjeneste har et felles ansvar, og må ha et tett samarbeid om et helhetlig tilbud

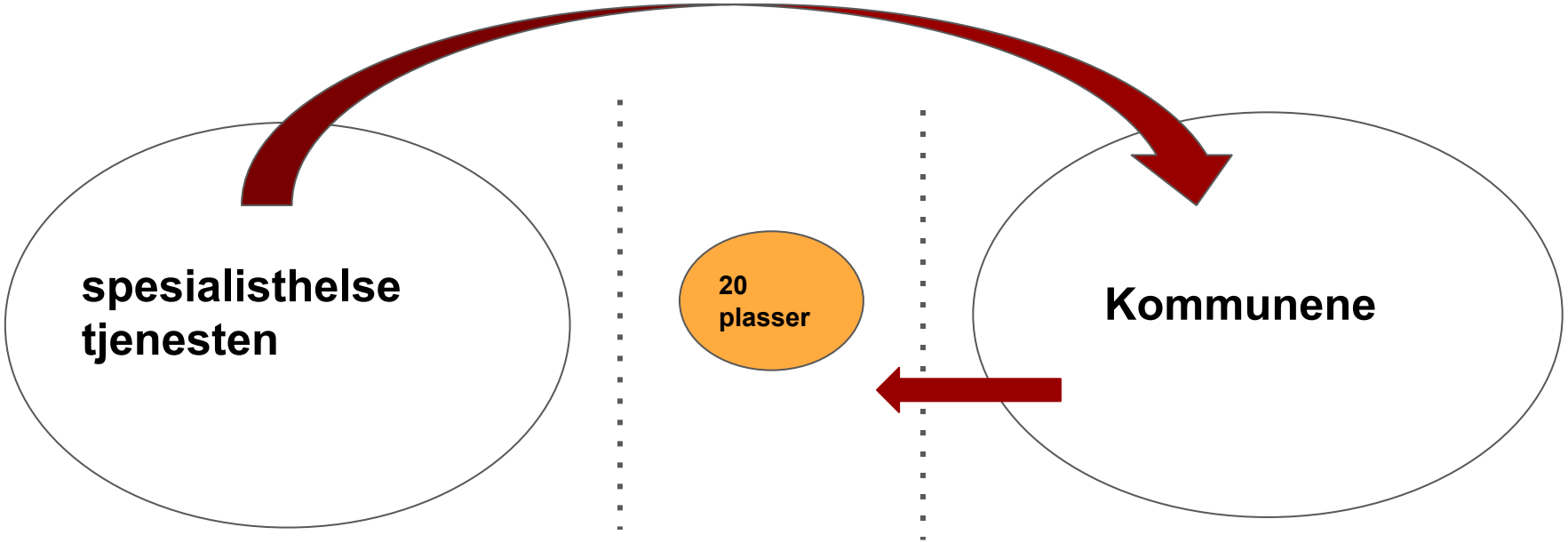
Hdir 2014, veileder, Sammen om mestring

Hvilket hovedforløp favner de tre prosjektene?

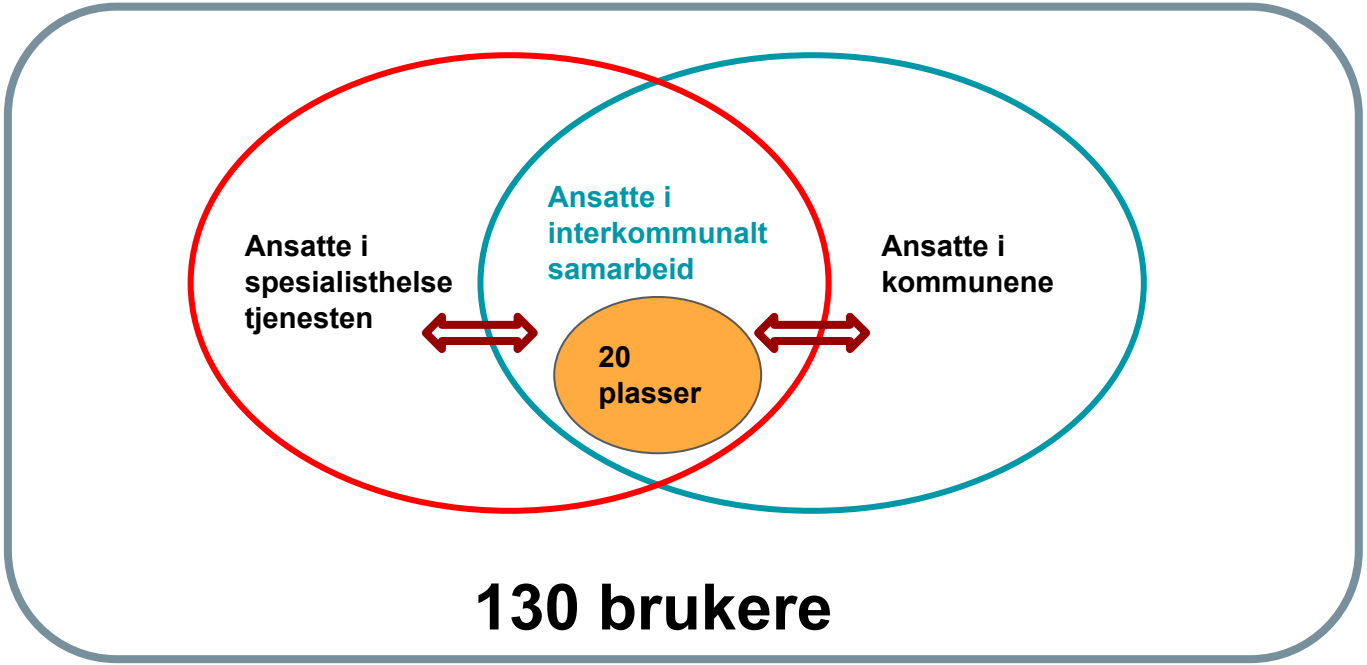
	Ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisth.tj		Målgruppe i prosjektene		
	Utfordringer	Hvem har ansvaret	NAV/ISP/ kommuner	FACT team	BOPS
Hovedforløp 1	Rusmiddelproblem og psykiske helseproblem som forventes å være milde og kortvarige	Kommunen bør ta et hovedansvar for å ha tilbud til personer med milde og kortvarige problemer			
Hovedforløp 2	Kortvarige alvorlige problem/lidelser og langvarige mildere problem/lidelser	Fortsatt et sterkt kommunalt ansvar, men spesialist må kobles inn		X	
Hovedforløp 3	Alvorlige og langvarige problem/lidelser	Kommunen- og spesialisthelsetjeneste har et felles ansvar, og må ha et tett samarbeid om et helhetlig tilbud	X	X	X

Kort oppsummering av funn i forstudien	**Gjennomgang av drift som i dag viser at:** • Det er krevende å gi et forsvarlig faglig tilbud til brukere med psykisk sykdom i kommunene i dag • Et faglig tilstrekkelig tilbud til psykisk syke er kostnadskrevende for den enkelte kommune • 6 av de 9 kommunene kjøper private tjenester til psykisk syke brukere med behov for langvarige kommunale tjenester • Det er ca 130 brukere i kommunene med et potensielt behov for omfattende kommunale tjenester
Et interkommunalt tilbud legges til Lærdal kommune	**Ved et interkommunalt samarbeid kan man:** • Skape et stabilt, forutsigbart og faglig godt tilbud til brukere • Oppnå stordriftsfordeler som kan gi lavere driftskostnader • Skape attraktive fagmiljø og fagnettverk • Gi kompetanseheving i alle kommunene i Indre Sogn • Skape et innovativt tilbud til psykisk syke i regionen

Kjøp av private tjenester som i dag



Interkommunalt samarbeid om brukerne innen psykisk helsevern



Et viktig strategisk valg for fremtiden

Utviklingen for denne brukergruppen i fremtiden skjer i skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Helse Førde stiller seg 100% bak et interkommunalt samarbeid fordi de ser at kommunene ikke klarer å håndtere disse brukerne på en god nok måte i dag

- Veiledning kan gjøres mer strukturert enn det gjøres i dag
- De ser at man kan få til en mer helhetlig oppfølging av brukergruppen
- Utvikling av psykisk helsevern kan koordineres i henhold til føringer fra Helsedepartementet

Et interkommunalt tiltak vil rekruttere fra hele regionen og bygge et konkurransedyktig kompetansebase innen psykiske helsevern. Dette vil gi grunnlag for faglig utvikling og trygghet for at man har tilgang på kompetanse i alle de deltakende kommunene når det er behov for det. Dette vil gi kommunene konkurransefortrinn til rekruttering i egen kommune.

Kommunene må innen 5. januar beslutte om de skal delta i forprosjektet

Lærdal har fått midler fra Fylkesmannen til å igangsette forprosjektet.

Det ligger ingen økonomiske forpliktelser for kommunene å delta i forprosjektet.

Involvering i forprosjekt

Forstudie

- Faktakartlegging
- Intervjuer
- Kartlagt nasjonale føringer
- Kartlagt dagens situasjon
- Mulig organisering

Forprosjekt

- **Lønnsomhetsanalyse**
- **Valg av organisasjonsform**
- **Driftsmodell**
- **Investeringer**
- **Bygg**
- **Etableringsplan**

Hovedprosjekt

- Formalisere samarbeid
- Detaljutforming av bygg
- Utlysning av byggeprosess
- Etablere driftsorganisasjon
  - Ansatte personell
  - Utforme styringsdokumenter

Beslutning om å delta i forprosjekt

Investeringsbeslutning for deltakelse i hovedprosjekt

Bekreftelse av investeringsbeslutning