1.0 Basisopplysninger om prosjektet

- Prosjektkategori: Prosjektet er både et samhandlingsprosjekt og et prosjekt for bedre oppgavedeling.
- Prosjektets kategorisering i forhold til satsingsområder for utlysningen i 2014 (viser til utlysningen):

a. Ressursplanlegging og pasientflyt b. Forbedringsarbeid for å styrke tjenestetilbudet innen rus og psykiatri c. Bedre oppgavedeling

- Prosjektets navn: Ambulant team for sammensatte lidelser ved Tiller DPS

- Prosjektansvarlig og prosjektleder inkludert kontaktinformasjon (e-postadresse og telefonnummer)

a. Prosjektansvarlig: Avdelingssjef Anne-Lise Løvaas, Tiller DPS, tlf: 72 82 39 00, e-post: anne-lise.lovaas@stolav.no b. Prosjektleder: FoU-lederOlav Burkeland, Tiller DPS, tlf: 72 82 39 00, e-post: olav.burkeland@stolav.no

- Dokumentasjon på godkjenning hos ansvarlig leder. Dersom dokumentasjon på samarbeidet ikke foreligger vil søknaden ikke bli vurdert.

o Følgebrev fra fungerende divisjonssjef Randolf Vågen

- Interne eller eksterne samarbeidspartnere? Det må foreligge dokumentasjon som bekrefter samarbeidet. Dersom dokumentasjon på samarbeidet ikke foreligger vil søknaden ikke bli vurdert.

o I første omgang er dette et internt forbedringsprosjekt på Tiller DPS, men vi ser at fremtidige samarbeidspartnere er akuttavdelinger i Psykisk helsevern, somatiske klinikker (akuttmottak), Klinikk for rus-og avhengighetsmedisin, kommuner i opptaksområdet (Trondheim, Klæbu, Melhus)

1.1 Formål og problemstilling

o Prosjektets relevans i forhold til å utvikle tjenesten i tråd med mål i Strategi 2020 (viser til utlysningstekst).

..1 Prosjektet vil rette seg inn mot følgende mål i 2020-strategien: Pasientsikkerhet, En organisering som underbygger gode pasientforløp; Økonomisk bærekraft; Rett kompetanse på rett sted til rett tid.

..2 Problemstilling:

..2.1 Tiller DPS har en gruppe pasienter (n= ca 30) med alvorlige og sammensatte lidelser (storforbrukere av helsetjenester), og som i liten grad klarer å nyttegjøre seg polikliniske tilbud. Dette fordi de enten ikke møter opp, eller de har behov for så tett oppfølging at det går ut over de rammer poliklinkkene har. Litteraturen på feltet viser også at døgninnleggelse er lite hensiktsmessig, da pasientene ikke får bedring. Denne pasientgruppen skaper store utfordringer for flere deler av helsetjenesten, og fører ofte til konflikter mellom tjenesteytere (fastlege, poliklinikkbehandler, akuttavdeling, somatisk akuttmottak, politiet m.m). Ved å

opprette et tverrfaglig ambulant team som skal være de faste kontaktene til disse pasientene, og som skal kunne møte de i mange ulike situasjoner, så vil vi forsøke å skape en trygg relasjon som kan føre til at livssituasjonen stabiliseres. Teamet vil også skape en trygghet for det øvrige tjenesteapparat, ved at de kan si at de følger opp pasienten. Langsiktig målsetting er at teamets arbeid vil føre til at pasienten kan nyttegjøre seg gruppe-og poliklinisk behandling.

..2.2 Opprettelsen av teamet kan også bidra til følgende problemstillinger:

..2.2.1 Kan vi redusere pasientgruppens forbruket av døgninnleggelser, både på akuttavdelinger og på DPS?

..2.3 Kan vi redusere ø-hjelps innleggelser på somatisk avdeling på grunn av alvorlig selvskading?

..2.4 Kan flere av pasientene kan i større grad nyttegjøre seg kommunale tilbud.

..3 Oppgavedeling:

..3.1 Flytte oppgaver fra døgnavdelinger som er ressurskrevende og krever mye personell (24/7); til tverrfaglige ambulante team som kan følge opp pasienter mens de bor hjemme/ i kommunal bolig. Økt effektivitet

1.2 Litteraturgjennomgang/gjennomgang av kunnskapsgrunnlag på området

- Pasientene som det ambulante teamet skal ivareta, har en kompleks problematikk (men tilbudet skal ikke omfatte pasienter med psykoselidelser, da disse har andre tilbud i f.eks ACT-team):
  - Høy/svært høy suicidfare
  - Ustabil personlighetsforstyrrelse (alvorlig)
  - Har en lang sykehistorie hvor det er prøvd flere tilbud, og har en rekke innleggelser både i somatik og psykisk helse
  - Høy forekomst av alvorlig selvskading (innleggelser på somatisk avdeling pga oppkutting eller inntak av gjenstander)
  - PTSD
  - Rusmisbruk
  - Klarer i liten grad å nyttegjøre seg ordinære polikliniske tilbud, og døgnbehandling har vist seg ikke å være effektiv, og skal bare taes i bruk ved akutt risiko der alle andre midler er prøvd (Schlütter 2012)
  - Dropper ut/slutter i terapi
  - Lavt funksjonsnivå, havner ofte i kriser med omgivelser/ familie/partner
  - Dårlig fungerende nettverk
- I forskningslitteraturen finnes det lite kunnskap om spesifikke terapiformer som hjelper for denne gruppen. For personer med ustabil personlighetsforstyrrelse, har man funnet lovende funn med en mentaliseringsbasert tilnærming (Bateman & Fonagy 2006) og Dialektisk adfeerdsterapi (Linehan 1993). På traumefeltet finnes det tilsvarende terapiformer som har vist positive resultat: http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/to-behandlinger-har-dokumentert-effekt-ved-post-traumatisk-stresslidelse-cochrane

- Utfordringen er at det er forsket lite på pasienter som har en så sammensatt problematikk (de blir ofte ekskludert eller dropper ut av forskningsprosjekt). Det er i litteraturen vist til at en trygg relasjon til behandlingsapparatet er viktig (Se NICE-retningslinje for behandling av borderline under). Det må være fagpersoner som kan følge disse pasientene over tid, og som må tåle at relasjonen utsettes for store spenninger pga kriser i livene til pasienter. Ved å ha en ambulant

arbeidsform, kan teamet følge opp pasienter på en annen måte enn man kan i ordinær poliklinisk

- Review-artikler eller andre forskningsartikler som omhandler temaet, om dette finnes
  - Cochrane-rapport om selvskading: http://onlinelibrary.wiley.com/o/cochrane/cldare/articles/DARE-12007008022/frame.html
  - NICE-retningslinjer for behandling av borderline-personlighetsforstyrrelse: http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12125/42868/42868.pdf
  - Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern: http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Sider/default.aspx
  -
- Dokumenterte erfaringer fra andre fagmiljøer/andre land
  - Det finnes mye dokumentasjon på at arbeidsformen er effektiv i arbeidet med psykosepasienter. Psykisk helsevern har opprettet tverrfaglige ACT-team som følge ropp svært krevende pasienter og som vi tidligere trodde ville bo på institusjon resten av livet. I dag bor disse i egen bolig/kommunal bolig, og det har redusert behovet for kostbare døgnplasser på sykehus/DPS.
  - I Veste Viken HF / Bærum kommune har de under utprøving et prosjekt som muligens inkluderer pasientgruppen vårt prosjekt skal omfatte (Andersen 2013)
  - Sosial-og helsdirektoratets rapport IS-1554 (2008) *Mennesker med alvorlige psykiske lidelser og behov for særlig tilrettelagt tilbud.*
  - Sosial-og helsedirektoratets veileder IS-1388 (2006) *Psykisk helsevern for voksne. Distriktpsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen.*

1.3 Prosjektgjennomføring

- Fremdriftsplan og viktige milepæler
  - 01.01.14: Opprettelse av Team for sammensatte lidelser: 1 psykologspesialist, tilsetting av 3 prosjektmedarbeidere
  - 01.01.14: Fortløpende inntak av pasienter, prøve/pilotfase
  - 01.01.14: Kompetanseutvikling
  - 01.05.14: Oppstart av systematisk kartlegging av pasienter ved inntak
  - 31.12.14: Staus på alle pasienter i prosjektet, utarbeidelse av årsrapport
  - 01.02.15: Kompetanseutvikling
  - 01.05.15: Gjennomgang av alle pasienter som har vært i prosjektet i 12 mnd eller mer
  - 31.12.15: Status på alle pasienter i prosjektet, foreløpige resultater.
  - 01.03.16: Analyse av data, forberede evalueringsrapport
  - 01.05.16: Status etter 2 års drift
  - 01.05.16: Utarbeidelse av evalueringsrapport
  - 01.10.16: Presentasjon av evalueringsrapport/ beslutning om videreføring
  - 31.12.16: Avslutning av prosjektet

1.4 Plan for evaluering og dokumentasjon av resultater

- System for evaluering og dokumentasjon, underveis og i sluttføringen av prosjektet
  - Systematisk evaluering av alle pasienter i prosjektet: Vi vil benytte standardiserte screeningsverktøy som brukes i klinikken (se punkt under), og samle inn elektronisk (via CheckWare). Både skjema som pasientene fyller ut, og skjema som fylle sut av personalet. I tillegg vil vi hente data fra Pasient-administartivt system (PAS)
    - Ved inntak
    - Etter 3 mnd
    - Etter 6 mnd
    - Ved avslutning
    - 6 mnd etter avslutning
- Omtale/beskrivelse av valgt metodikk og begrunnelse for valg av metode
  - Vi ønsker å se endring i pasientenes behov for helsetjenester. Det vil ikke være mulig å randomisere pasienter til enten teamet eller ordinær behandling, så vi har valgt en følgeforskning med pre/underveis/post.
  - Potensialet i prosjektet ligger i at vi får stabilisert/redusert bruken av helsetjenester, slik at vi vil følge nøye med på PAS-data
- Effekt og resultat: beskrivelse av målbare mål som vil legges til grunn for evalueringen og hvordan dokumentasjon sikres.
  - Målbare mål: her vil vi ha et samarbeid med vitenskapelig miljø på Avdeling for forskning og utvikling (AFFU) i Psykisk helsevern St.Olavs hospital. De er et anerkjent fagmiljø for å forske på slike endringsprosesser
    - Ut fra PAS-data: se på forbruket av helsetjenester, antall døgn innlagt i Psykisk helsevern, antall døgn innlagt i somatiske avdelinger
    - Global assessment of Functioning (GAF) ved inntak og avslutning
    - Severity Indices of Personality Problems (SIPP) ved alle målepunkter
    - Brief Psychiatric Rating Scale 4 (BPRS)
    - Alkohol-og rusproblemer (AUDIT og DUDIT) ved alle målepunkter
    - Livskvalitet måles ved Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)
    - Brukermedvirkning: Vi vil benytte metoden "Klient-og resultatstyrt praksis" som vil si at vi i hvert møte ber pasienten om å vurdere sentrale områder i sitt liv/sine relasjoner, og som de ønsker at vi skal ha fokus på ved dette møtet (eks: de skårer at de har det vanskelig i relasjonen med familie); og på slutten av hvert møte ber vi om feedback på om pasienten har opplevd å få hjelp/om vår tilnærming hjalp de/om det er noe vi kan gjøre annerledes for å hjelpe pasienten. Innsamlet data fra hver time vil gjøre det mulig for oss å monitorere pasientens utvikling, og sette inn evt tiltak dersom utviklingen går i feil retning. En slik monitorering vil også hjelpe oss til å forebygge at pasienten dropper ut av behandling. Utviklingen vil også bli diskutert med pasienten.
  - Data vil bli forsvarlig lagret i journal til pasienten.

1.5 Vurdering av prosjektets betydning for forbedring av dagens praksis

1.5.1 Tilbudet er av stor betydning for utvikling av tilbudet til pasienter i Psykisk helsevern. Det er et forbedringsprosjekt rett i kjernen av strategi 2020 (overgang fra heldøgns innleggelse til ambulant/poliklinikk), og vil kunne gi oss svar på om et *svært* krevende pasientgruppe kan nyttegjøre seg et slikt tilbud.

1.5.2 Tilbudet vil kunne dreie ressurser fra døgndrift til ambulant virksomhet, samtidig som man ønsker å fremme en økt brukerinvolvering i tilbudet.

1.5.3 Gjennom at team for sammensatte lidelser skal være de som er definert som kontaktpersoner for pasienten og de som koordinerer ved alle kriser, vil det øvrige system bli trygget og få frigjort kapasitet.

1.5.4 Prosjektet vil også overføre oppgaver fra knappe legeressurser til et tverrfaglig team. Psykiateren vil fremdeles være påkoblet, men vil få en mer veiledende rolle.

1.6 Formidling og videreføring

Beskrive planlagte aktiviteter

- Forskning og artikler (vitenskapelige) som følger prosjektet
  - Vi satser på flere vitenskapelige artikler ut fra prosjektet:
    - Baseline-data ved inntak: hvem er disse svært krevende pasientene? Hvor mange kontakter har de?
    - Se på om det er endringer ved de ulike måletidspunktene
    - Se på status/endringer ved avslutning
    - Hva skjer med pasientene etter utskrivning?
    - Kvalitative intervjuer med pasienter i samarbeid med Kompetansesenter for brukermedbirkning (KBT) for å innhente pasientenes opplevelse av tilbudet
  - Noen vil skrive masteravhandlinger på deler av datamaterialet.
  -
- Fagseminar- eller konferansedeltakelse (fremlegg av poster, presentasjon eller lignende)
  - Tilbudet vil bli presentert på både interne og ekstrene fora.
    - Regional FoU-konferanse HMN
    - Konferanser i regi av Rådet for psykisk helse
    - Konferanser i regi av brukerorganisasjoner
- Deltakelse/presentasjon i regionale fora, eksempelvis fagledernettverk
  - Presentasjon på fagledernettverk i rus/PH
  - Presentasjon for KS
  - Prosjektet vil fortløpende ha orientreringer på samarbeidsmøter mellom Tiller DPS kommuner i opptaksområdet.
- Formidling i populærvitenskapelig tidsskrift, kronikk eller lignende
  - Skrive artikkel til Psykisk helse (utgitt av Rådet for psykisk helse)
  - Sykepleien
  - Legetidsskriftet

1.7 Muligheter for erfaringsoverføring til andre enheter/foretak:

- Vurdering av potensialet for fremtidig erfaringsoverføring
  - Til andre HF/kommuner i Helse Midt-Norge
    - Høy overføringsverdi til andre HF i regionen
  - Til andre avdelinger/fagområder ved eget HF
    - Høy overføringsverdi til andre avdelinger i eget HF.
  - Til andre kommuner
  - Til fagmiljø/HF utenfor Helse-Midt-Norge

- Høy overføringsverdi

1.8 Prosjektbudsjett

- o Spesifisert budsjett skal vedlegges
- o (vedlagt følger et oppsett over inntekter og utgifter). Under følger noen presiseringer:

..1 Søker totalt om 2.000.000 i året i 3 år
..2 Tiller DPS vil holde teamet med lokaler, tlf, kontorutstyr
..3 Tiller DPS dekker utgifter til psykologspesialist som vil lede teamet: 914.000
..4 Søker om dekning av 3 prosjektmedarbeidere (miljøterapeuter): 2.229.000
..5 Søker dekning av midler til evalueringsverktøy (lisenser) 30.000
..6 Søker dekning av kompetanseutvikling hvert år
..7 Vi har beregnet en administrativ overhead (jfr reglement fra Helse Midt-Norge), men vi har kun søkt om deler av den summen.
..8 Vi har beregnet inntekter på pasientbehandlingen i hht det vi forventer av konsultasjoner, samt at vi har beregnet åpningstidsrefusjon.
..9 Summene i vedlagt budsjett er ikke indeksregulert for 2015 og 2016.

1.9 Referanser:

Andersen BJ (2013) Samhandlingsteamet i Bærum –S-Flex-modellen. Praksis og effektevaluering. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid, vol.10, nr.4*

Bateman A & Fonagy P (2006) *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: a practical guide.* Oxford, UK, Oxford university press

Linehan M (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* Guilford press

Schlütter, Christian (2012) Hvordan engasjere suicidale pasienter i mentaliseringsbasert behandling? *Suicidologi, årg 17, nr 2*

Budsjett Team for sammensatte lidelser

UTGIFTER	2014	2015	2016
prosjektmedarbeidere	2.229.000	2.229.000	2.229.000
Kompetanseutvikling	30.000	15.000	15.000
Lisenser	20.000	20.000	20.000
reiseutgifter/bil/buss	20.000	20.000	20.000
Psykologspesialist	914.000	914.000	914.000
Husleie/renhold/strøm	20.000	20.000	20.000
PC/tlf	20.000	20.000	20.000
Administrativ overhead	343.000	343.000	343.000
TOTALE UTGIFTER	3.596.000	3.596.000	3.596.000
INNTEKTER			
Tiller DPS (psykologspesialist)	914.000	914.000	914.000
Inntekter på pasientbehandling)	582.000	582.000	582.000
Tiller DPS	100.000	100.000	100.000
Eksterne midler (HMN)	2.000.000	2.000.000	2.000.000
TOTALE UTGIFTER	3.596.000	3.596.000	3596.000

St. Olavs Hospital
Universitetssykehuset i Trondheim
Psykisk Helsevern

Tiller Distriktpsykiatriske Senter
DPS-ledelsen
Besøksadresse:
Østre Rosten 55
Telefon:
73 86 40 00
Telefaks:
73 86 40 26

Divisjon psykisk helsevern

Vår ref: OB

Dato: 07.04.14

Søknad om midler til forbedringsprosjekter 2014

Viser til utlysning på Helse Midt-Norge sine hjemmesider ang midler til forbedrings-prosjekter.

Tiller DPS har utarbeidet en søknad (vedlegg) om midler til utprøving av et tverrfaglig ambulant team (Team for sammensatte lidelser), som skal gi et tilbud til en svært krevende pasientgruppe som er storforbrukere av helsetjenester. Vi har en hypotese om at vi gjennom å gi et ambulant tilbud, kan flytte oppgaver fra døgndrift til ambulant drift på dag/ettermiddag. Et slikt team vil kunne følge opp pasientene tett, uten at vi får de negative konsekvensene av å være døgninnlagt. Prosjektet vil også være med å styrke brukermedvirkningen på tilbudet.

For organisasjonen vil det kunne gi en ressursmessig gevinst, og styrke pasientforløpet. Prosjektet vil være med å understøtte arbeidet med realisering av Strategi 2020, samt følge opp de politiske signaler om en økt satsning på psykisk helse og rus.

For Tiller DPS er dette er svært viktig prosjekt, både faglig og ressursmessig. Vi har gitt arbeidet høy prioritet innad i vår organisasjon, og det er ledelsesmessig forankret hos avdelingssjefen.

etter fullmakt
Anne-Lise Løvaas
Avdelingssjef

Olav Burkeland
FoU-leder

Vedlegg: Søknad om prosjektmidler med spesifisert budsjett for 2014-2016