

Søknad om prosjektmidler fra hovedprosjektet

Sikre kritisk kompetanse i PH og TSB

1. Kort om prosjektet

1.1. Prosjekttittel og satsningsområde

Prosjekttittel:	Etablering av ambulerende APSD-team (Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens)
Hvilket av satsningsområdene i hovedprosjektet tilhører søknaden: <ol style="list-style-type: none">1. Utvikle gode og sammenhengende pasientforløp2. Beholde og rekruttere fagfolk3. Sikre god ledelse, styring og administrasjon4. Tjenesteutvikle og styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten5. Optimalisere samarbeid med utdanningsinstitusjonene	<i>Søknaden tilhører følgende satsningsområde:</i> Prosjektet dekker satsningsområdene: <ol style="list-style-type: none">1. Utvikle gode og sammenhengende pasientforløp2. Beholde og rekruttere fagfolk4. Tjenesteutvikle og styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten5. Optimalisere samarbeid med utdanningsinstitusjonene

1.2. Søknadsansvarlig/prosjektleder

Navn:	1) Arne Okkenhaug 2) Per Ivar Finseth 3) Tor Andreas Aasen
E-postadresse:	1) Arne.okkenhaug@hnt.no 2) Per.ivar.finseth@stolav.no 3) Tor.andreas.aasen@hnt.no
Telefonnummer:	1 og 3) 74098605 2) 97506076
Institusjon:	1) Seksjon alderspsykiatri, klinikk for psykisk helsevern og rus, Sykehuset Levanger, HNT HF 2) Avd. for alderspsykiatri, Klinikk psykisk helsevern - akutt, eldre, barn og unge, St Olavs hospital HF



2. Prosjektforklaring

2.1. Prosjektsammendrag

Seksjon alderspsykiatri, sykehuset Levanger HNT og Avdeling for alderspsykiatri St. Olavs søker om midler til et felles prosjekt rettet mot behandling av pasienter med APSD, hvor det vil pilotes og etableres spesialiserte ambulerende APSD-team hos de respektive sykehusene. HMR deltar i sentral referansegruppe med representanter fra begge alderspsykiatriske lokalisasjoner. Deres utgifter for deltakelse er medberegnet i budsjett. Målet er å bidra til å sikre kritisk kompetanse i psykisk helsevern gjennom å forbedre/ effektivisere pasientforløp og samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten, samt styrke rekruttering til fagområdet.

Det sentrale utfordringsbildet:

APSD er belastende for pasienter, pårørende og helsepersonell. Utredning, håndtering og behandling er ressurskrevende, med omfattende omsorgsbehov. Dette skaper utfordringer for helsepersonell, både i arbeidsbelastning og behov for spesialisert kompetanse. Med flere eldre, forventes flere APSD-pasienter, noe som peker på behov for tiltak for å sikre kompetanse og effektiv ressursbruk.

Spesialisthelsetjenesten involveres i APSD-tematikk på flere måter: henvendelser til vakttelefon, henvisninger til poliklinikk og døgninnleggelse, tilsynsforordninger, ambulant behandling og rådgivning til kommunehelsetjenesten, digital pasientkonferanse og undervisning. Pasientene kan også ha behov for innleggelse ved geriatrisk avdeling og psykiatrisk akuttpost. Tilbudene til pasientgruppen er ukoordinerte, både innad i HF, og mellom HF og kommune. Dette fører til ekstra belastning for helsepersonell, og kan bidra til stress og utilfredshet.

Det finnes ingen konkret/kurativ behandling for APSD. Tiltak og råd er i hovedsak bistand til utredning og vurderinger av pasientene, samt veiledning og undervisning til personell. Dette betyr at helsepersonell må håndtere en kompleks pasientgruppe uten klare retningslinjer eller behandlingsmetoder, noe som kan forsterke stress og utilfredshet, og kan føre til høy turnover og rekrutteringsutfordringer.

Det er utviklet flere modeller for veiledning med kommunehelsetjenesten, slik som Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende adferd ved Demens (TID) og Samhandling mellom sykehjem og alderspsykiatri (SAMSA). Det er varierende dokumentasjon på effekten av de vanlige tiltak og råd som gis. APSD-problematikkens kompleksitet tilsier at de som jobber med tematikken bør oppnå et visst volum av pasientsaker for å få tilstrekkelig kompetanse og dermed bli i stand til å yte best mulig målrettede tilbud.

Problemstillinger og hovedhypotese

Problemstillinger

En problemstilling for spesialisthelsetjenesten er at pasienter med APSD utfordrer første- og andrelinjetjenesten, både når det gjelder ressursbruk, kvalitet på samhandling mellom tjenestene og opplevelse av egen arbeidshverdag. Suboptimale pasientforløp og manglende samhandling kan, i tillegg til forverring av pasienters symptomer, føre til økt ressursbruk som unødvendige sykehusinnleggelse.

Hovedhypotese

Prosjektets hovedhypotese er at et ambulant APSD-team vil forbedre pasientforløpene og styrke samhandlingen mellom tjenestene. Teamet, inkludert en lege, vil utvikle økt kompetanse på APSD, noe som kan redusere belastningen på spesialisthelsetjenesten og frigjøre kapasitet i alderspsykiatrisk poliklinikk, døgnseksjoner innen psykiatri og somatikk, samt i vaktlegenheten.



Fokuset på systematisering og kompetansebygging vil også kunne virke rekrutterende i form av mer tilfredsstillende arbeidsvilkår, og bidra til å tiltrekke seg nye medarbeidere.

Sekundære fordeler inkluderer:

1. Styrket rekruttering gjennom samarbeid med utdanningsinstitusjoner, praksisplasser i teamet, og integrasjon i NTNUs "Eksperter i team".
2. Forbedret arbeidsvilkår og trivsel for helsepersonell, noe som bidrar til å beholde kritisk personell.

Kortsiktige mål med prosjektet

- Samle det alderspsykiatriske spesialisthelsetjenestetilbudet som i dag rettes mot APSD til et team med færre personer som jobber ambulerende ut til kommunene. Spesialistkompetanse kommer dermed raskere og nærmere pasientene.
- Etablere tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten, og utvikle målrettede og direkte samarbeid mellom HF og kommunen. Ambulerende team gir hjelp og veiledning lokalt, unngår forflytninger og innleggelser.
- Utvikle en samhandlingsmodell med kommunen for effektiv pasienthåndtering, tilpasset regionale forhold, basert på tidligere erfaringer med ambulant virksomhet og erfaringer fra andre helseregioner som Innlandet HF og HMR HF.
- Utvikle veilednings- og undervisningspakker for spesifikke problemstillinger (f.eks. agitasjon, miljøterapi, symptomkartlegging, bruk av psykofarmaka, somatisk utredning).
- Felles kompetanseheving i alderspsykiatriske seksjoner for APSD-behandling, i hele regionen, inkludert TID-modellen. I starten av prosjektet ønsker vi å arrangere fagsamling for felles kompetansegrunnlag og prosjektevaluering, og deretter årlig fagsamling for prosjektevaluering og gjensidig metodeutvikling.
- Tilby undervisning/veiledning/refleksjon til alle ansatte ved sykehjem og hjemmetjeneste etter TID-modellen, noe som innebærer kompetanseløft. Kommende saker vil deretter bli håndtert etter TID-metodikken.
- Jobbe for tettere samarbeid med NTNU og NORD universitetet. Tilby praksisplasser og integrere prosjektet i NTNUs "Eksperter i Team".

Langsiktige mål med prosjektet

- Arbeidsmetodikken vil øke jobbtilfredsheten både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sammen med fagutvikling og potensiell forskning vil dette kunne bidra både til å beholde og rekruttere fagfolk til fagområdet.
- Videreføre APSD-team som en varig modell og en del av spesialisthelsetjenestens tilbud, og å bidra til kompetanseheving i øvrige områder i Helse Midt-Norge.

Forventet effekt og betydning for hovedprosjektets delmål

Delmål 1: Utvikle gode og sammenhengende pasientforløp



Fragmenterte tilbud samles for å tilby høyere kvalitet til pasienter og pårørende. Pasienten får behandling i kommunen, unngår reising og unødvendige innleggelse. Arbeidsmåten antas å være samfunnsøkonomisk nyttig ved at kompetansen øker i kommunen, og ved at spesialisthelsetjenester ytes ute i kommunen. TID-metodikken er vist å være økonomisk besparende ved å føre til mindre innleie av ekstra personell.

Delmål 2: Beholde og rekruttere fagfolk

Opprettelser av praksisplasser i teamene bidrar til nyrekruttering. Prosjektet tiltrekker nye medarbeidere gjennom praksisplasser og integrasjon i utdanningsprogrammer. Ved å skape et attraktivt arbeidsmiljø med sterke samhandlingsmodeller og kompetanseheving, bidrar vi til å beholde og rekruttere medarbeidere. I tillegg tilbyr vi kontinuerlig læring og karriereutvikling.

Delmål 4: Tjenesteutvikle og styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten

Ansatte i helseforetakene og kommunen får økt kompetanse på APSD, og samarbeidet styrkes. Ved å samle APSD-saker til spesifikke fagfolk fra spesialisthelsetjenesten, økes kompetansen gjennom volum, noe som kan øke mestring og kontinuitet i kompetanse. Prosjektet forbereder spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge på en eldre befolkning ved å utnytte kritisk kompetanse effektivt. Dette styrker også det øvrige alderspsykiatriske fagtilbudet, da spesialistene kan jobbe mer konsentrert, og bli mer tilgjengelige for den øvrige driften i avdelingen.

Delmål 5: Optimalisere samarbeid med utdanningsinstitusjonene

Prosjektet styrker samarbeidet med utdanningsinstitusjonene NTNU og NORD Universitetet, ved å tilby praksisplasser, integrere prosjektet i NTNUs "Eksperter i team", og legge til rette for forskning. Dette gir studenter erfaring, møter helsesektorens problemer, og bygger bro mellom akademia og praksis. Prosjektet bidrar til forbedring, innovasjon, og øker fagfeltets attraktivitet.

2.2. Lokal tilpasning av delprosjekter

Geografisk og lokal tilpasning av APSD-team

Organisering av APSD-team avhenger av geografi og kommunale forhold. St Olavs hospital etablerer tilbud i storkommunen Trondheim med allerede differensierte tilbud og høy pasienttetthet, mens HNT etablerer tilbud til rurale og mindre kommuner. Prosjektet vil studere forskjellene mellom storbyforhold og distriktene for å informere fremtidig prosjektorganisering. Selv om APSD-problematikk er lik overalt, krever det lokale tilpasninger. Trondheim har etablerte førstelinjeteam, mens mindre kommuner samler ressurser per sak. Derfor må faglig tilbud og arbeidsmetode differensieres og tilpasses hver kommune.

HNT

HNT tar utgangspunkt i etablering av ambulerende APSD-team i tilknytning til alderspsykiatrisk poliklinikk på Levanger. Teamet vil samarbeide tett med blant annet kommunale tjenester. HNT vil etablere et ambulerende APSD-team bestående av tre hjemler, inkludert lege i 50% stilling i teamet. Vi ser for oss et samarbeid med alderspsykiatrisk poliklinikk og døgnsesjon ved sykehuset Namsos på flere områder, og felles kompetanseheving (deltagelse på seminarer). Vi vil utarbeide en samhandlingsmodell med alderspsykiatrisk poliklinikk i Namsos, hvordan teamet kan utfylle det eksisterende polikliniske/ambulante tilbudet som gis herfra. Det ambulerende APSD-teamet involveres i ukentlig "Felles-inntaksmøte" for døgnsesjonen i Namsos. Felles vurdering av dette teamet kan bistå pasienter som er henvist for døgnsbehandling, i påvente av innleggelse, eller som alternativ til innleggelse.



St. Olavs

St. Olavs vil etablere et APSD-team bestående av to spesialsykepleiere/vernepleiere og psykiater i 50 % stilling. En av de ansatte får rollen som teamkoordinator som innebærer ansvar blant annet for avtaler med de kommunale enhetene hvor pasientene bor, samt organisering av APSD-prosjektets fagsamlinger i samarbeid med HNT. Teamet lokaliseres fysisk og faglig sammen med alderspsykiatrisk poliklinikk. Teamets opprettelse annonseres til relevante mottakere i Trondheim kommune og avdelinger ved St Olavs. Teamet tilbyr undervisning/veiledning/refleksjon til personell som jobber med henviste APSD-pasienter, bidrar til avklaring av konkrete pasientsaker, samt gir råd om øvrige spesifikke tiltak inkludert bruk av psykofarmaka. Etter nærmere avtale med Trondheim kommune ønsker teamet å tilby systematisk opplæring for alt pleiepersonell ved enkeltsykehjem etter TID-modellen. Vi ønsker da å starte med de sykehjem i Trondheim hvor kommunen mener at behovet er størst. Teamet vil også kunne bistå alderspsykiatrisk avdeling med avklaringer av henviste pasienter til døgnavdelingen.

HMR

HMR har allerede veletablerte APSD-team, og har dermed solid driftserfaring. De har to lokasjoner, Molde og Ålesund, som har driftet team fra før. Deres dyptgående erfaring vil være svært viktig for referansegruppen, spesielt med tanke på overføring av kunnskap og innsikt. For å sikre at HMR kan delta fullt ut i seminarer og holde foredrag, er det avsatt midler i budsjettet for å dekke alle relaterte utgifter. Det er viktig å merke seg at HMRs organisering av teamene har noen forskjeller fra vår foreslåtte tilnærming. Gjennom en åpen og konstruktiv utveksling av erfaringer, har vi muligheten til å forbedre begge modellene. Videre vil HMR ha muligheten til å prøve ut vår modell, dersom det er av interesse. Arbeidsgruppen i dette prosjektet har hatt dialog med HMR.

3. Plan for gjennomføring av prosjektet

3.1. Oversikt over organisering og samarbeid

Se vedlegg om prosjektorganisering for nærmere beskrivelser

Rolle i prosjektet	Navn	Institusjon	Stilling
Prosjekteiere	1) Arnt H. Moe	KPHVR, HNT	Klinikkssjef
	2) Vegard Vestvik	Klinikk psykisk helsevern – akutt, eldre, barn og unge St. Olavs	Klinikkssjef
Prosjektleder	1) Engasjeres sept/okt 2024 Frem til da, fungerer Arne Okkenhaug i rollen	Avklares i forbindelse med ansettelse	Rådgiver/Ph.D



Prosjektansvarlig	1) Tor Andreas Aasen	Alderspsykiatri, KPHVR, HNT	Seksjonsleder
	2) Per Ivar Finseth	Avdeling for alderspsykiatri, St. Olavs HF	Avdelingssjef
Eksterne samarbeidspartnere for St. Olavs	2) Elizabeth Anna Kimbell	Trondheim kommune	Kommune-overlege
	2) Siri Ekle Skaanes	Trondheim kommune	Kommunalsjef for sykehjem
Eksterne samarbeidspartnere for HNT	1) Britt Aina Lyngstad	Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester Trøndelag – Nord (USHT Nord)	Prosessdesigner
	1) Gro Nina Helberg		Konstituert leder
Eksterne samarbeidspartnere, HMR	1) Anne Starheim	Alderspsykiatrisk team, Ålesund	Teamleder
	2) Reidun Tystad	Alderspsykiatrisk team, Molde	Teamleder

3.2. Plan for samarbeid

<p>Prosjektlederens rolle og ansvar</p> <p>Prosjektlederen vil ha ansvar for den overordnede prosjektgjennomføringen. Dette inkluderer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Initiere møter og dialog med styrings- og referansegruppene (sentralt og lokalt), lokale team, HMR, utdanningsinstitusjoner, TUD-prosjekt og andre samarbeidende aktører. • Initiere seminarer. • Håndtere prosjektrapportering, budsjett og regnskap. • Koordinere sluttrapport. • Legge til rette for forskning og utvikling, koordinere forskningsassistenter, samt ha et hovedansvar for å søke forskningsmidler og sikre god forskningspraksis. <p>Prosjektleder er leder av prosjektgruppen, men de lokale APSD-teamkoordinatorene er underlagt de lokale prosjektansvarlige. Ansettelsen av en lokalisasjonsovergripende prosjektleder vil fremme god ledelse, styring og administrasjon, både i prosjektet og innen andre områder. Prosjektledelse blir sentralt for prosjektleder, hvor prosjektstyringsmetodikken PLP vil benyttes. Dermed vil det bli benyttet en solid modell for ledelse og styring i prosjektet.</p> <p>Prosjektgruppens samarbeid og møter</p> <p>Prosjektgruppene ved HNT og St. Olavs planlegger å ha månedlige digitale statusmøter gjennom prosjektperioden. Det blir viktig å samarbeide med tanke på felles tilnærming til evaluering av måloppnåelse i prosjektene. Her vil vi også legge til rette for samarbeid om eventuell forskning knyttet til prosjektene. Prosjektet har etablert et samarbeid med TUD-prosjektet, som</p>
--



inkluderer samarbeidsmøter mellom prosjektledere, evaluering av status for ambulante tilbud, felles KPI'er, og potensielt samarbeid om utvikling av intervjuguiden.

Kompetansebygging og planlagte seminarer og konferanser

Det er sentralt med fagsamlinger for alderspsykiatrimiljøene i Helse Midt-Norge for felles kompetansegrunnlag både ved starten og underveis i prosjektperioden. Dette arrangeres av HNT og St. Olavs i samarbeid, hvor det legges til rette for at HMR kan delta som aktive samarbeidspartnere. Vi planlegger å arrangere fem samlinger: **forankringsseminar** (Kvalitetssikre metodikk, verktøy, samarbeid og nødvendige forpliktende avtaler før oppstart. Deltakere: medlemmer av prosjektorganiseringsen), **oppstartsseminar** (80 deltakere, 1 dag, Deltakere: nytilsatte team, medlemmer av prosjektorganisasjonen), **evalueringseminar** (Samme deltakere som ved oppstartseminaret, Sikre god halvtidsevaluering og fremdrift), **konferanse** (År 3: Prosjektet søker om å delta med et parallell-seminar på landskonferansen for alderspsykiatri 2026 med ambulerende alderspsykiatri som hovedtema), og **avslutnings- og implementeringsseminar** (Samme målgruppe som ved forankringsseminar år 1 og evalueringseminar år 2). I tillegg planlegger vi å gjennomføre årlig fagsamling for prosjektevaluering og gjensidig metodeutvikling.

Samhandling og veiledning med kommunene

Vi vil etablere TID-modellen som utgangspunkt for samhandling og veiledning med kommunene. Dette inkluderer arrangement av egne samlinger eller møter mellom St. Olavs/HNT og kommunene for felles avklaring av spesialisthelsetjenestenes involvering og praktisk samhandlingsmodell.

Samarbeidspartnere og referansegruppe

Vi vil involvere samarbeidspartnere i referansegruppe (se punkt 3.3 og vedlegg). I tillegg vil vi utveksle erfaringer med kommunehelsetjenesten på allerede eksisterende konferanser med ansatte i kommune- og spesialisthelsetjeneste som målgruppe, slik som Nordre og Søndre Trøndelag Demensforum.

3.3. Plan for medvirkning

Prosjektet legger stor vekt på medvirkning fra ulike aktører, og planlegger medvirkning fra andre fag- og forskningsmiljø for å holde seg oppdatert og lære fra andre; som kommunehelsetjenesten for å møte lokale behov og fremme integrert omsorg, tillitsvalgte for å ivareta ansattes interesser, frivillige organisasjoner for ekspertise, ressurser og lokalsamfunnsengasjement, og brukerorganisasjoner for å sikre brukerorientering og hensyn til brukernes behov. Det er planlagt organisering av en sentral styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe, samt lokale styring- og referansegrupper.

Rolle og funksjon i referanse- og styringsgruppe følger prosjektlederprosess-metodikken (PLP).

Se vedlegg for oversikt over medlemmer i gruppene.

3.4. Plan for kompetansedeling



Et viktig ledd av prosjektet er å utvikle og dele kompetanse og erfaringer, som vil kunne være til hjelp for regionen som helhet og brukes videre. Prosjektet planlegger:

- Prosjektet vil aktivt dele informasjon om Ambulerende APSD-team på relevante faglige forum i Midt-Norge, som Nordre og Søndre Trøndelag demensforum. Dette vil bidra til å øke bevisstheten og forståelsen av prosjektet blant fagpersoner i regionen.
- Det planlegges årlige fagseminarer for hele regionen. Disse seminarene vil fungere som en plattform for kunnskapsoppsummering, kompetansedeling og utvikling av en felles forståelse av prosjektets mål og metoder.
- Fagsamlinger på tvers av helseforetak (HF) og kommuner vil bli arrangert for å etablere en effektiv samhandlingsform. Dette vil bidra til å styrke samarbeidet og koordineringen mellom ulike aktører involvert i prosjektet.
- Kompetansedeling med kommunehelsetjenesten er en integrert del av prosjektets metodikk. Målet er å sikre at kommunehelsetjenesten har den nødvendige kompetansen for å kunne tilby effektiv og høykvalitets omsorg.

Kompetanseutvikling/ evidensbaserte undervisningspakker. Disse vil gi en strukturert tilnærming til opplæring og sikre at alle involverte har den nødvendige kompetansen for å oppnå prosjektets mål

- Ved avslutning av prosjektet vil det bli utarbeidet en skriftlig rapport som dokumenterer metoden og erfaringene som er gjort. Dette vil gi en verdifull ressurs for fremtidig forskning og praksis. Det vil også bli vurdert muligheter for å publisere forskningsartikler basert på prosjektets resultater.
- Basert på måloppnåelse i prosjektperioden vil HNT, St. Olavs og HMR dele erfaringer basert på likheter og ulikheter i opptaksområdene. Dette vil bidra til å identifisere beste praksis og områder for forbedring.
- Ved prosjektets slutt, vil teamene implementeres i ordinær drift, erfaringsnettverk er etablert og det vil være naturlig å vurdere videreføring av disse.



3.5. Aktivitetsplan

Fase	Tidsperiode	Hovedaktiviteter
Oppstartsfase	April/mai 2024	<ul style="list-style-type: none">• Etablere prosjektorganisasjon. Prosjektansvarlige i hhv. HNT og STO fungerer som midlertidige prosjektledere.• Utlysning av felles prosjektlederstilling i samråd med felles styringsgruppe for prosjektet
	Oktober 2024	<ul style="list-style-type: none">• Forankringsseminar
	Juli 2024	<ul style="list-style-type: none">• Utlyse teamstillinger Tilsette prosjektleder
	Januar 2025	<ul style="list-style-type: none">• Oppstart team
	Februar 2025	<ul style="list-style-type: none">• Oppstartsseminar HMN



<p>Gjennomføringsfase</p> <p>1) Utprøvningsfase</p> <p>2) Implementeringsfase</p>	<p><u>Oppstart i drift</u> Januar 2025 – juni 2025</p> <p>Juni 2025</p> <p><u>Implementering</u> Juni 2025 – desember 2026</p> <p>Desember 2026 – mars 2027</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Styringsgruppemøte • Gjennomføring av tiltak og drift i henhold til søknad • Evalueringsseminar • Gjennomføring av tiltak • Drift i henhold til søknad ved å sikre at prosjektet blir drevet slik som beskrevet i søknaden. • Konklusjoner gjennom evalueringsseminar. Samling av alle involverte parter for å diskutere prosjektets resultater og lære av erfaringer. • Basert på erfaringene så langt: Planlegging av trygg faglig og økonomisk drift etter prosjektperiodens slutt. • Konferanse erfaringsdeling • Avslutnings- og implementeringsseminar. • Rapportering • Søke ekstern finansiering oppstart forskning. • Implementere tiltak i ordinær drift
<p>Gevinstrealiseringsfase</p>	<p>Januar 2027 – mars 2027</p>	<ul style="list-style-type: none"> • I tillegg til det som står under implementeringsfase: • Samle data fra prosjektstedene • Kunnskapsdeling med nasjonale miljø • Med utgangspunkt i evalueringen, avdelingene ønsker å videreføre arbeidet. • Evaluering for å vurdere prosjektets oppnåelse av mål og effekter



3.6. Beskrivelse av nåsituasjon, mål og måleindikatorer

Punktene nedenfor er flere innspill vi foreslår pr. dags dato, men beskrivelse av nåsituasjon, endelig beslutning av mål og KPI, vil være tema til diskusjon på forankringsseminaret oktober-24.

Beskrivelse av nåsituasjon	Målbilde for prosjektet	Beskrivelse av KPI
<p>Hvordan oppleves nåsituasjonen?</p> <p>Hva er status på måleindikatorene i dag (nullpunktsmålinger)?</p>	<p>Beskriv hvordan det ser ut når prosjektet har nådd de ønskede målene.</p>	<p>Hvordan vil vi måle gevinsten av prosjektet (KPI)?</p>
<p><u>Delmål 2: Beholde og rekruttere fagfolk</u></p> <p>Det er mangel på ansatte i alderspsykiatrien, noe som kan påvirke kvaliteten på pasientomsorgen og legge større arbeidspress på det eksisterende personalet.</p>	<p>Alderspsykiatrien blir mer attraktivt, noe som medfører redusert turnover og at flere fagfolk forblir i stillingen</p>	<ul style="list-style-type: none">• Reduksjon i turnover rate. Måles ved å se på antall turnover før og etter APSD-teamets involvering.
<p><u>Delmål 2:</u></p> <p>Det er begrenset kunnskap om APSD hos mange ansatte i kommunen og PH.</p>	<p>Færre ansatte i PH jobber med APSD, men får større kunnskap gjennom økt volum. Personal ved sykehjem opparbeider kompetanse som gjør at de opplever å håndtere pasientene bedre.</p> <p>Det er etablert et samarbeid med TUD-prosjektet som inkluderer samarbeidsmøter mellom prosjektledere og evaluering av status for ambulante tilbud.</p> <p>Økt kompetanse blant ansatte bidrar til å beholde fagfolk, og bidrar også til å kontinuerlig forbedre pasientforløp.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Måle opplevelse av tilfredshet og kompetanse før og etter prosjektet ved bruk av spørreskjema og tester.• Registrere hvor mange som deltar på TID-kurs.• Registrere antall pasienter teamene veileder på pr TID-metodikk.•



<p><u>Delmål 2:</u></p> <p>Det er rom for forbedring når det kommer til arbeidsplassens attraktivitet, og tiltak for å styrke rekruttering av nye medarbeidere kan være gunstig.</p>	<p>Tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene i form av å tilby praksisplasser fører til at arbeidsplassen blir mer attraktiv og styrker nyrekruttering.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bruk av standardiserte skjema med alle som har hatt praksisplass i teamet for å samle erfaringer og opplevelse av arbeidsplassen. På denne måten kan man identifisere hva som fungerer og forbedringsområder knyttet til at arbeidsplassen blir mer attraktiv.
<p><u>Delmål 4: Tjenesteutvikle og styrke samarbeidet med kommunehelsetjenesten</u></p> <p>Samarbeidet mellom 1. og 2. linjetjenesten fungerer ikke optimalt, og det er en høy belastning hos personal i kommunehelsetjenesten som bidrar til sykefravær og mistrivsel</p>	<p>Samarbeidet mellom ansatte i 1. og 2. linjetjenesten styrkes, noe som reduserer belastningen på personalet i kommunehelsetjenesten. Dette vil også medføre redusert sykefravær.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reduksjon i sykefravær ved sykehjem • Kvantitative spørreundersøkelser og kvalitative intervjuer med ansatte som måler opplevd samarbeid mellom 1. og 2.linjetjenesten. Dette gjennomføres ved oppstart og avslutning av prosjektet. • Måle forbedring på følgende punkter innen medarbeiderundersøkelser: arbeidsforhold, sikkerhetsklime, psykososialt arbeidsmiljø
<p><u>Delmål 4:</u></p> <p>Det er fragmenterte og ukoordinerte tilbud rundt APSD-problematikk mellom HF og kommune.</p>	<p>Styrket samhandling og koordinering av tilbud mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antall koordinerte tiltak/samarbeidsavtaler mellom APSD-teamene og kommuner
<p><u>Delmål 5: Optimalisere samarbeid med utdanningsinstitusjonene</u></p> <p>Det er et forbedringspotensial når det gjelder styrking av samarbeidet med utdanningsinstitusjonene.</p>	<p>Det er etablert et samarbeid med utdanningsinstitusjonene NORD universitetet og NTNU. Dette samarbeidet inkluderer tilbud om praksisplasser for studenter i prosjektteamet, og integrasjon av prosjektet i NTNUs emne "Eksperter i team". Det vil også legges til rette for senere forskning</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antall praksisplasser tilbudt ved NORD universitetet og NTNU • Antall studenter som deltar i NTNU sitt emne "Eksperter i team" • Gjennomføre undersøkelser ved bruk av standardiserte skjema med alle som har hatt praksisplass i teamet for å samle erfaringer og opplevelse av arbeidsplassen • Antall studenter som skriver oppgaver/bachelor/master i samarbeid med teamet



<p><u>Delmål 1: Utvikle gode og sammenhengende pasientforløp</u></p> <p>Innleggelse på psykiatrisk akuttpost pga APSD-problematikk. Ved St Olavs omtrent 3 innleggelse pr mnd med 3-4 ukers varighet i gjennomsnitt. Ved akuttavdelingen ved SL er det omtrent 1 innleggelse annenhver måned med 1 dag til 2 ukers varighet i gjennomsnitt.</p>	<p>Relativ reduksjon av innleggelse og innleggelsesens varighet, justert for forventet økt forekomst av demens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bruke avdelingsdata/Kvalitetsdata for å måle reduksjon av innleggelse: Måle innleggelse av pasienter med demens som hoveddiagnose og APSD-problematikk
<p><u>Delmål 1:</u></p> <p>Pårørende er iblant utilfredse med håndteringen av pasientene.</p>	<p>Forbedret pårørendetilfredshet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Måle pårørendetilfredshet gjennom bruk av spørreskjema.
<p><u>Delmål 1:</u></p> <p>Begrenset kapasitet til å gjennomføre ambulante oppdrag med dagens organisering, og økonomisk ulønnsomt for HF med takstrefusjon.</p>	<p>Ressursbruken blir mer effektiv, og det vil bli gjennomført flere ambulante oppdrag. Gevinsten vil være færre innleggelse og liggedøgn på sykehus som følge av investeringen i APSD-team. Det vil også bli mindre bruk for innleie av personell ved sykehjem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kostnadsanalyse • Antall ambulante oppdrag utført før og etter involvering av APSD-team. • Antall personell innleid til sykehjem før og etter involvering av APSD-team.
<p><u>Delmål 1:</u></p> <p>Det er varierende og usystematisk bruk av passende symptomregistreringer.</p>	<p>Forbedring av symptommålinger hos pasienter.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prosentandel av helsepersonell som bruker symptomregistreringssystemet (NPS-skjema og bivirkningsskjema) regelmessig før og etter prosjektet.
<p><u>Delmål 1:</u></p> <p>Svakt dokumentasjonsgrunnlag for tiltak ved APSD.</p>	<p>Evner å foreslå og differensiere målrettede tiltak ved APSD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Felles registrering av kvalitetsdata hos delprosjektene. Data som er egnet for kvalitetssikringsstudier.
<p><u>Delmål 1:</u></p> <p>Det er et overforbruk/feil bruk av psykofarmaka. Videre skjer det flere alvorlige hendelser som fall og rømming, samt utagering mot</p>	<p>Medikamentell behandling og tvang brukes på en riktig måte, og man har færre alvorlige hendelser.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bruke tilgjengelige variabler for pasientpopulasjonen på sykehus og kommunalt nivå: • Måle medisinbruk gjennom antall foreskrevne psykofarmaka og definerte



<p>personal og medbeboere. Nåsituasjonen er preget av bekymringer om at tvangsbruk, hjemlet i pasient- og brukerrettighetsloven og psykisk helsevernloven, ikke alltid anvendes på en optimal eller rettferdig måte, noe som kan utfordre pasientenes rettigheter og verdighet</p>		<p>døgn doser før og etter APSD-teamets involvering.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Måle alvorlige hendelser som meldes i institusjonenes avvikssystemer. Dette gjennomføres før og etter APSD-teamets involvering. • Måle antall tvangsvedtak som sendes til Statsforvalteren og Kontrollkomisjonene før og etter APSD-teamets involvering. Et allerede finansiert forskning-prosjekt: «Global Trigger Tool – psykiatri 65+» vil bli gjennomført i 2024 (ref Helse Midt RHF: 2021/157 – 1174/2021). Journaler fra alle pasienter over 65 år innlagt i 2022 og 2023 vil bli gjennomgått for å vurdere om pasienter blant annet er påført iatrogen pasientskade. Instrumentet vil igjen benyttes etter prosjektavslutning 2026. Forklarende artikkel på metoden: DOI: 10.3233/JRS-190064
--	--	---

3.7. Plan for gevinstrealisering

<p>Prosjektets hovedfokus Prosjektets hovedfokus er å sikre kritisk kompetanse i psykisk helsevern ved å bedre helsetilbudet for pasientgruppen, utvikle samhandling og utarbeide en arbeidsform som er attraktiv og rekrutterende for helsepersonell.</p> <p>Oppfølgingsmøter og gevinstrealiseringsplan Det vil gjøres jevnlige oppfølgingsmøter for å vurdere fremdrift opp mot målbildet og justere tiltakene deretter. Det vil også utvikles en mer detaljert gevinstrealiseringsplan som beskriver aktivitetene som skal gjøres, dette på bakgrunn av KPIer som landes i oppstarten av prosessen. Disse KPI-ene vil bli regelmessig målt og overvåket for å spore prosjektets fremgang, effektivitet og for å identifisere områder for forbedring.</p> <p>Læringspunkter og synliggjøring og videreføring av effekter Prosjektets læringspunkter, særlig hvis man oppnår ønskede effekter, vil synliggjøres gjennom:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Internrapport og erfaringsdeling: basert på evalueringer underveis og ved slutten av prosjektet, vil det utarbeides en rapport med læringspunkter fra prosjektet. Denne vil deles med klinikksjefer og andre aktuelle kanaler for å dele erfaringer rundt nytten av prosjektet, og eventuelle anbefalinger til andre innenfor samme fagfelt. • Eventuelt forskningsarbeid i tilknytning til prosjektet. • Videreføring av effektene vil være å implementere arbeidsmodellene inn i ordinær drift innen seksjon alderspsykiatri: Etablering av ambulerende APSD,



pasientkoordinator, TID-modellen og ny samhandlingsmodell med kommunen i ordinær drift, med mulighet for etablering også i andre sykehus.

- Mulighet for videre opplæringskurs/nettverkssamlinger for kompetanseheving og erfaringsoverføring med aktuelle samarbeidspartnere.

Evaluering etter prosjektets slutt: Evaluering for å vurdere prosjektets oppnåelse av mål og effekter

Ansvaret for gevinstrealisering ligger hos prosjektledelsen, som vil sikre at nødvendige ressurser er tilgjengelig og at målingene gjennomføres. Gevinstrealiseringen vil skje løpende gjennom perioden, med en endelig evaluering ved prosjektets slutt hvor identifiserte gevinster blir vurdert opp mot faktiske resultater. Dette vil bidra til kontinuerlig forbedring og optimalisering av fremtidige prosjekter.

3.8. Innledende vurdering av risikoelementer

Risikoelement	Beskrivelse	Aktuelle tiltak for å redusere risiko	Initiell vurdering av risikonivå
Pasientsikkerhet	Endringer i behandlingsmetoder og rutiner kan potensielt påvirke pasientsikkerheten.	Streng overholdelse av alle relevante sikkerhetsprotokoller og standarder, grundig opplæring av helsepersonell, og kontinuerlig overvåking og evaluering av pasientsikkerhet.	Høy
Potensielt lav nytteverdi opp i mot ressursbruk	Økt ressursbruk på veiledning og kompetanseheving kan ha lav nytteverdi hvis lav prioritering eller høy turn-over i kommunehelsetjenesten.	Engasjere ledernivå i forståelse av kost-nytte av TID-modell og APSD-intervensjon.	Moderat
Kompetanse og opplæring	Manglende eller utilstrekkelig opplæring av prosjektteamet og helsepersonell kan føre til feil i implementering av nye metoder og behandlinger.	Sørge for grundig og kontinuerlig opplæring, veiledning og støtte for alle involverte. Bruk av TID-modellen og andre anerkjente veiledningsmetodikker.	Moderat
Ressurser i kommunen	Optimal utnyttelse av TID-modellen innebærer opplæring av alle ansatte ved et sykehjem. Dette forutsetter at	Planlegge med kommunen. Estimere gevinst på sikt (mindre sykefravær + mindre ekstra innleie) ifht	Moderat



	kommunen prioriterer å sette av tid.	initiell kostnad (fravær ved kursing)	
Mangel på søkere til legestilling	50 % stilling i et tre-årig prosjekt antas lite attraktivt i seg selv.	Kombinere med 50 % stilling i annen relevant del av PH eller forskning. Alternativt kombinert med sykehjemslege eller fastlege	Moderat
Tilgang til data for analyse av prosjektet	Pasientgruppen mangler ofte samtykkekompetanse til datainnsamling	Bruke aggregerte data fra avdelingsrapporter. Informere nærmeste pårørende. Søke om bruk av data i medhold av § 17 i helseforskningsloven	Ved manglende tilgang til data: -Lav risiko for den enkelte pasient. -Høy risiko for evaluering av KPI-er

4. Innledende vurdering av etiske problemstillinger

Pasienter med APSD-problematikk vil i regelen ikke være samtykkekompetente til å ta helsevalg for seg selv. Dette prosjektet påvirker organiseringen av helsehjelpen, men ikke selve innholdet eller tilbudet til pasientene utover at de kan få raskere og mer hensiktsmessig hjelp ute i kommunen der de bor. Forskningsdelen av prosjektet vil, før igangsettelse, forankres i DAC.

En annen problemstilling er hvordan spesialisthelsetjenesten skal bistå denne pasientgruppen som øker i volum, og hvordan ressursene skal fordeles. Dette prosjektet er et forsøk på å berede spesialisthelsetjenesten på denne problemstillingen.

