

Mandat

Samhandlingsforløpet

Etter SU 28.4.16, AU/SU 13.5.16/OSU 23.5.16

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

Innhold

1. BEGRUNNELSE FOR PROGRAMMET	3
2. NÅSITUASJONEN	3
3. MÅL	4
3.1 EFFEKTMÅL	4
3.2 RESULTATMÅL	4
3.3 MÅLINGER	5
4. PREMISSER FOR PROGRAMMET / DELPROSJEKTENE	5
5. INTERESSEENTER	5
6. ORGANISERING, GJENNOMFØRING OG ØKONOMI	6
6.1 ORGANISERING	6
6.2 GJENNOMFØRING	7
6.2.1 Stegvis fremdrift	7
6.2.2 Spredningsmodellen og rolleansvar	7
6.2.3 Aktivitetsplan	8
6.3 ØKONOMI	10

Vedlegg

[Sett inn navn på vedlegg]

1. Begrunnelse for programmet

Et av satsningsområdene i Samhandlingsreformen er å utvikle helhetlige og koordinerte pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene.

Samhandlingsarbeidet i Vestfold har i perioden 2009 – 2016 utarbeidet en rekke tiltak som har hatt som mål å sikre pasienter og brukere trygge og sikre overganger, enten disse skjer internt i kommunen, i spesialisthelsetjenesten eller i overgangen mellom forvaltningsnivåene. Flere av tiltakene som er skissert under lokale prosesser har vært i utvikling over tid og vil fortsatt være det i flere år. For å få større effekt av allerede igangsatte tiltak skal programmet prioritere og systematisere disse, med tanke på hvilke tiltak som skal forsterkes eventuelt avvikles.

I programperioden vil det bli igangsatt nye delprosjekter og det vil bli lagt større vekt på at prioriterte tiltak gjennomføres.

Lokale prosesser

I perioden 2012-2015 har det vært jobbet med en rekke prosjekter og forbedringstiltak som understøtter samhandlingsforløpet.

Her kan nevnes:

- Elektronisk meldingsutveksling
- Utskrivningsklare pasienter (nettverk tjenestekontor/samhandlingssykepleiere)
- Kompetanseutviklingsprogram / hospitering innen kols
- Pasientforløp for kols
- Pasientforløp for slag
- Barn som pårørende
- Trening i simuleringssenter / ferdighetssentra / ABCD-ISBAR-MEWS
- Kompetanseutvikling innen palliasjon
- Antibiotikabehandling i sykehjem
- Innsatsene i pasientsikkerhetsprogrammet
- «Samhandlingsavvik»
- Ambulant røntgen
- «Et generelt pasientforløp med implementeringsplan» Rapport fra arbeidsgruppe 2015

Initiativene er understøttet av både avtaler, prosedyrer og rutiner, men erfaring viser at initiativene er iverksatt i varierende grad både i kommune- og spesialisthelsetjenesten og det vil derfor være en målsetting i prosjektet å sikre at initiativene / tiltakene etterleves.

2. Nåsituasjonen

Hva som fungerer bra og hva som fungerer mindre bra i dagens samhandlingsforløp er til en viss grad kartlagt av arbeidsgruppen som utarbeidet forslaget til det «generelle pasientforløpet».

Nettverket som har arbeidet med innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger har også kartlagt svakheter i dagens pasientforløp og igangsatt forbedringstiltak når det gjelder kvalitetsforbedring av innholdet i ulike meldinger. Samhandlingsavvik som er registrert de siste årene har også bidratt til å kaste lys over hva som svikter i overgangen mellom forvaltningsnivåene.

3. Mål

Det overordnede målet for dette tiltaket er at pasient og bruker til en hver tid skal oppleve et sikkert, trygt, likeverdig og koordinert pasientforløp.

3.1 Effektmål

- Pasient og bruker opplever sikre og trygge overganger i samhandlingsforløpet internt i kommunen og i spesialisthelsetjenesten og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten
- «Hva er viktig for deg?» - spørsmålet om hva som er viktig for pasient og bruker blir etterspurt og fulgt opp gjennom hele forløpet
- Rehabilitering, læring og mestring er et gjennomgående tema gjennom hele forløpet
- Helsepersonellet har relevant observasjons- og handlingskompetanse

3.2 Resultatmål

Resultatmålene må konkretiseres nærmere avhengig av hvilken fase samhandlingsforløpet befinner seg i. Det kan derfor bli lagt til nye resultatmål etter hvert som arbeidet med forløpet skrider frem.

Før arbeidet med samhandlingsforløpet er slutført, skal følgende foreligge:

- Et samhandlingsforløp som kommunene i Vestfold, helseforetaket og brukerne er enige om og som er i bruk
- Pasientforløpet for kols er iverksatt
- Pasientforløpet for slag er iverksatt
- Koordinator / Individuell plan revitaliseres med "Hva er viktig for deg" inkludert i planen
- «Samvalg» er en naturlig del av forløpet
- Innsatsområdene i Pasientsikkerhetsprogrammet er integrert i samhandlingsforløpet
- Pasientens funksjonsnivå og risikofaktorer registreres og følges opp gjennom hele forløpet
- Prosedyre for den gode henvisning- og epikrise er etablert
- E- læringsverktøy for kjernekompetanseområder er utviklet og tatt i bruk
- Opplæring i kjernekompetanseområder er gjennomført i kommune- og spesialisthelsetjenesten parallelt med utviklingen av e-læringsverktøy
- En årlig «samhandlingsforløpskonferanse» er etablert
- Det opprettes og avvikles nettverk ved behov.

- Det foreligger relevante styringsdata / samhandlingsstatistikk som understøtter samhandlingsforløpet
- Det foreligger en hensiktsmessig og innovativ verktøykasse, herunder programmer for e-læring

Gevinster

- Færre uhensiktsmessige innleggelser / reinnleggelser i spesialisthelsetjenesten
- Færre utskrivningsklare liggedøgn i spesialisthelsetjenesten
- Færre pasienter med unødvendig funksjonstap og forverring av sykdom
- Færre alvorlige hendelser for pasient
- Færre samhandlingsavvik
- Færre klager på saksbehandling og tilbud
- God kvalitet på tverrfaglige arbeidsprosesser og teamarbeid
- Helsepersonellet kommuniserer og samhandler godt seg i mellom og med den enkelte pasient, bruker og pårørende

3.3 Målinger

Samhandlingsforløpet skal følges opp ved hjelp av både kvantitative og kvalitative «målemetoder».

Her nevnes:

- Rapporter fra pasientadministrative systemer; DIPS, Gerica, Cosdoc og Profil
- Det er utviklet applikasjoner for områdene «reinnleggelser», «utskrivningsklare liggedøgn» og «kols».
- Det skal utføres «journalgjennomganger»
- Det skal gjennomføres fokusgruppeintervju med brukere og ansatte
- Det skal gjennomføres spørreundersøkelser for brukere og ansatte ved hjelp av validerte spørreskjemaer
- Samhandlingsavvik skal registreres fortløpende

4. Premisser for programmet / delprosjektene

Tiltak som iverksettes skal begrense risiko, flaskehals, feil og mangler som identifiseres undervegs i arbeidet med samhandlingsforløpet.

5. Interessenter

Det er laget et interessentkart som må bearbeides ytterligere av prosjektgruppen.

6. Organisering, gjennomføring og økonomi

6.1 Organisering

Det vil være et kontinuerlig behov for å utvikle og ta i bruk nye tjenester og innovasjoner som er aktuelle for samhandlingsforløpet i lang tid fremover – og av den grunn anses det for hensiktsmessig å organisere arbeidet med samhandlingsforløpet som et program. “Et program er en samling av prosjekter og aktiviteter med et felles overordnet mål som sammen vil medføre forandringer i en virksomhet eller en sektor, som gir gevinst for forretningen. Et program har ofte varighet på flere år, og programmets prosjekter kan gjennomføres i sekvens eller med hel eller delvis parallellitet, DIFI.”

Programorganisasjonen for samhandlingsforløpet

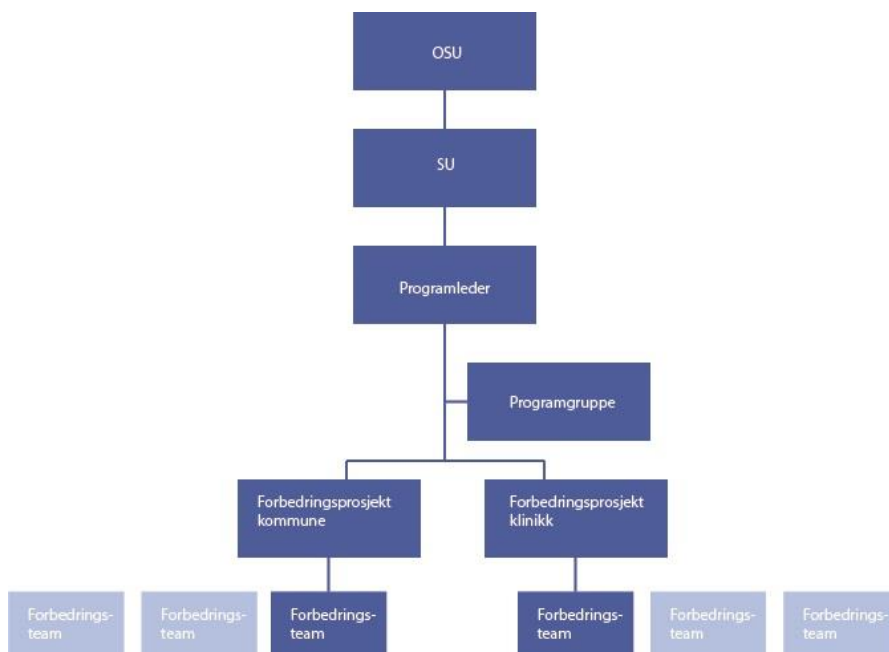
Programmeier ved Arbeidsutvalget for SU¹

Styringsgruppe SU

Programleder

Leder for forbedringsprosjekt kommune / klinikk i SiV

Forbedringsteam i den enkelte kommune og klinikk



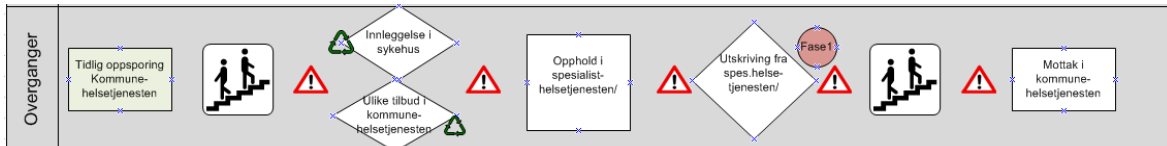
Figur 1: Organisasjonskart for samhandlingsforløpet

¹ 3 representanter fra SiV, 3 representanter fra kommunene, sekretariat

6.2 Gjennomføring

6.2.1 Stegvis fremdrift

Samhandlingsforløpet starter i hjemmet og avsluttes i hjemmet. Forløpet skal beskrives som både elektivt og akutt og som tidligere nevnt forutsetter forløpet tjenester fra både kommunehelsetjenesten, inkludert fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Tjenestereisen er omfattende og det er derfor behov for å dele forløpet inn i faser i betydningen «stegvis fremdrift». Første fasen eller steget omhandler utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og til og med mottak i kommune.



Figur 2: Illustrasjon av overgangene i pasientforløpet

6.2.2 Spredningsmodellen og rolleansvar

Forutsetninger for å lykkes med forbedrings- og implementeringsarbeid:

For å lykkes med forbedrings- og implementeringsarbeid, blir det i følge forskning vesentlig at *følgene faktorer* er tilstede gjennom hele forløpsarbeidet.

1. Forankring i ledelsen på alle nivåer.
2. Aktive og engasjerte medarbeidere, samt tverrfaglighet.
3. Tiltakene må være tilpasset konteksten i den enkelte organisasjon.
4. Forbedringsarbeidet må være integrert i organisasjonens visjoner og mål.
5. Forbedringsarbeidet må integreres i det daglige arbeidet, både for medarbeidere og ledere².

Spredningsmodell

Når det gjelder utvikling og iverksetting av samhandlingsforløpet benyttes det en spredningsmodell som vist i figur 3.

Programgruppen: Planlegger hvilke aktiviteter som skal gjennomføres – og så langt det er mulig tar programgruppen ansvar for å lede nye delprosjekter/ arbeidsgrupper når det er nødvendig. Ved behov tilføres ekstern kompetanse inn i delprosjekter /arbeidsgrupper. Programgruppen etablerer kontaktpunkter med allerede etablerte arenaer i Vestfold som er relevante for

² (Powell et al, 2009) her fra «Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid» Kunnskapsenteret, notat 2015.

Samhandlingsforløpet.

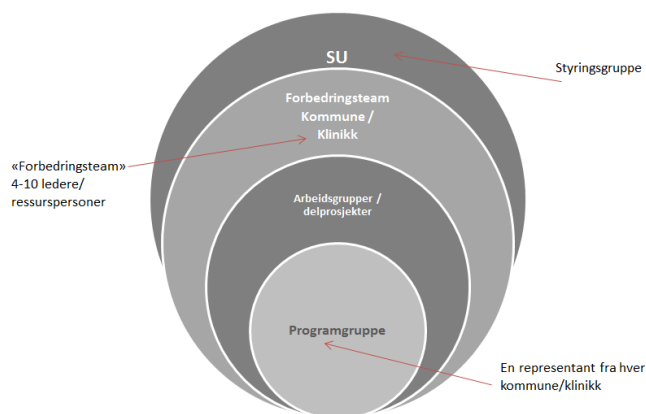
Programgruppen bør bestå av personer som har god innsikt og oversikt over «helsesamhandlingen» i sin respektive virksomhet. Vedkommende bør ha et «naturlig kontaktpunkt» i kommunaldirektørens / klinikkens ledergruppe, enten via lederlinjen eller stab. Vedkommende informerer fra programgruppen, legge frem saker til diskusjon og får med innspill tilbake til programgruppa. Dette for å sikre lederforankring.

«Forbedringsteam»: «Forbedringsteam» er et team i den enkelte kommune og klinikk og består av ledere, brukerrepresentanter og ressurspersoner, ca. 4-10 personer. Teamet skal jobbe med forankring, forbedring og gjennomføring i egen enhet.

Programgruppe, delprosjekter og forbedringsteam har tett dialog / samarbeid.

Programleder:

Programleder leder programgruppen og styrer programmet (samhandlingsforløpet) etter en aktivitetsplan og et budsjett som er godkjent av eier. Programleder har tett dialog med programeier.



Figur 3: Spredningsmodellen i Samhandlingsforløpet

6.2.3 Aktivitetsplan

For hver fase i samhandlingsforløpet lages det en aktivitetsplan. Aktivitetene som er skissert i tabellen under, er arbeidsoppgavene for programgruppen i fase 1 av samhandlingsforløpet.

	Oppgaver for SU, prosjektleder og prosjektgruppe	Frist	Ansvarlig
1.	Programleder ca.60 % ut 2017	Tilsatt innen 15. mai	Hilde Kari Per
2.	Programgruppe etablert	Frist: Melde deltakere innen 18.5	

		Oppstart uke 21 Møtes hver 4 uke ca.3timer	
3.	«Forbedringsteam» etablert	Frist: Melde deltakere innen 15.8	
4.	Lage orienteringssak bystyret / kommunestyret / foretaksstyret	15.september	
5.	Kick-off utvidet samhandlingsutvalg	15. september	Programgruppe
6.	Samhandlingskonferanse tema: Samhandlingsforløpet	Arrangeres i september	SU / programgruppe
7.	Fase 1, «utskrivning fra spesialisthelsetjeneste – mottak i kommunehelsetjenesten» - designe hvordan prosesskartlegging skal foregå	15.september	programgruppe
8.	Samling nr.1 Læringsnettverk for forbedringsteam Tema: prosesskartlegging; «utskrivning fra spesialisthelsetjeneste – mottak i kommunehelsetjenesten» Beslutte tiltak for forbedringsarbeid	1.oktober	programgruppe
9.	Hjemmelekre: Utvikle og utprøve tiltak i egen kommune og klinikk	Oktober/november	leder av forbedringsteam
10.	Veiledning og oppfølging		programgruppe
11.	Samling nr. 2 Læringsnettverk for forbedringsteam Tema: Erfaringsdeling og oppfølging fra samling nr. 1.	25.november	programgruppe
12.	Oppstart kompetanseutviklingstiltak	15.september	
13.	Plan for fase 2, 2017	Uke 49	programgruppe
14.	Kommunikasjonsstrategi «grafisk profil» verdigrunnlag for	10.september	programgruppe

	Samhandlingsforløpet		
15.	e-læring / kartlegging av eksisterende programmer	Uke 38	programgruppe
16.	Kompetanseutviklingsprogram (tiltak i fase 1- «ut-inn»)	Uke 39	programgruppe
17.	Lavhengende frukter	Høstes kontinuerlig	forbedringsteam

6.3 Økonomi

Kommunene i Vestfold er tildelt kr. 945 000 merket «innovasjons- og kompetansetilskudd» av Fylkesmannen i Vestfold. Larvik kommune som vertskommune er ansvarlig for at rapportering skjer innen 1.4.17.

SIV HF er tildelt kr. 650 000 fra Helse Sør-Øst merket «samhandlingsmidler». Rapportering til Helse Sør-Øst skjer i form av en statusrapport innen 1.12.16 og sluttrapport innen 1.4.17.

Sekretariatet utarbeider rapportene.

Slik det ser ut i dag vil arbeidet med Samhandlingsforløpet pågå ut 2017. Det budsjetteres innenfor rammen av tildelte midler, parallelt med at sekretariatet søker etter andre finansieringskilder.

BUDSJETTOMRÅDER	FINANSIERING
Program /Prosjektledelse	
Kompetanseutviklingstiltak	Tilskudd fra Fylkesmannen kr. 950 000
	Tilskudd fra Helse-Sør-Øst kr. 650 000
	Egenfinansiering; kommuner og SiV HF