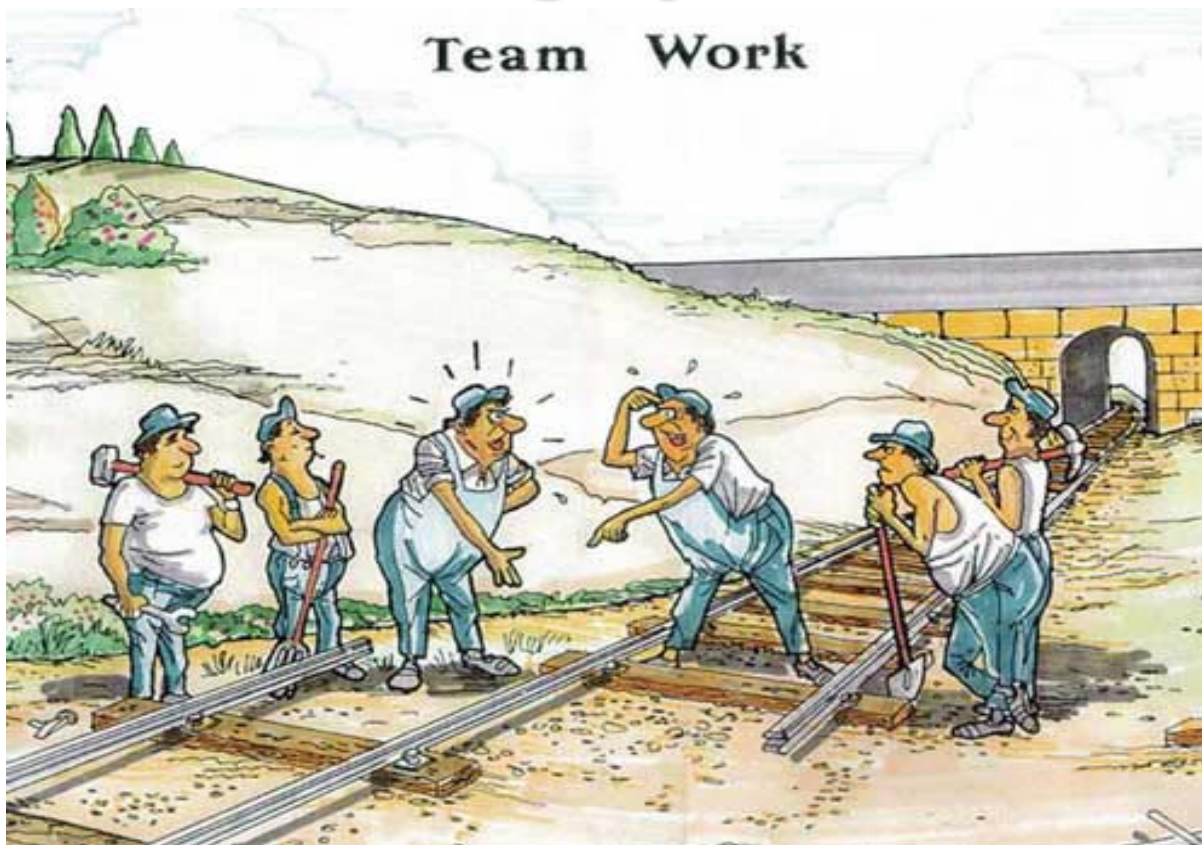
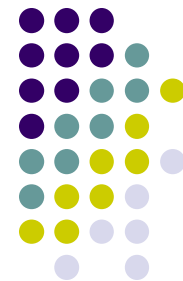
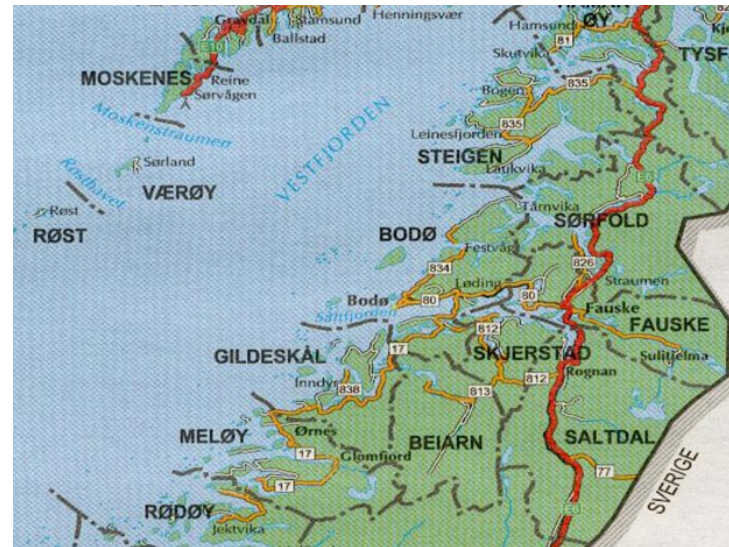
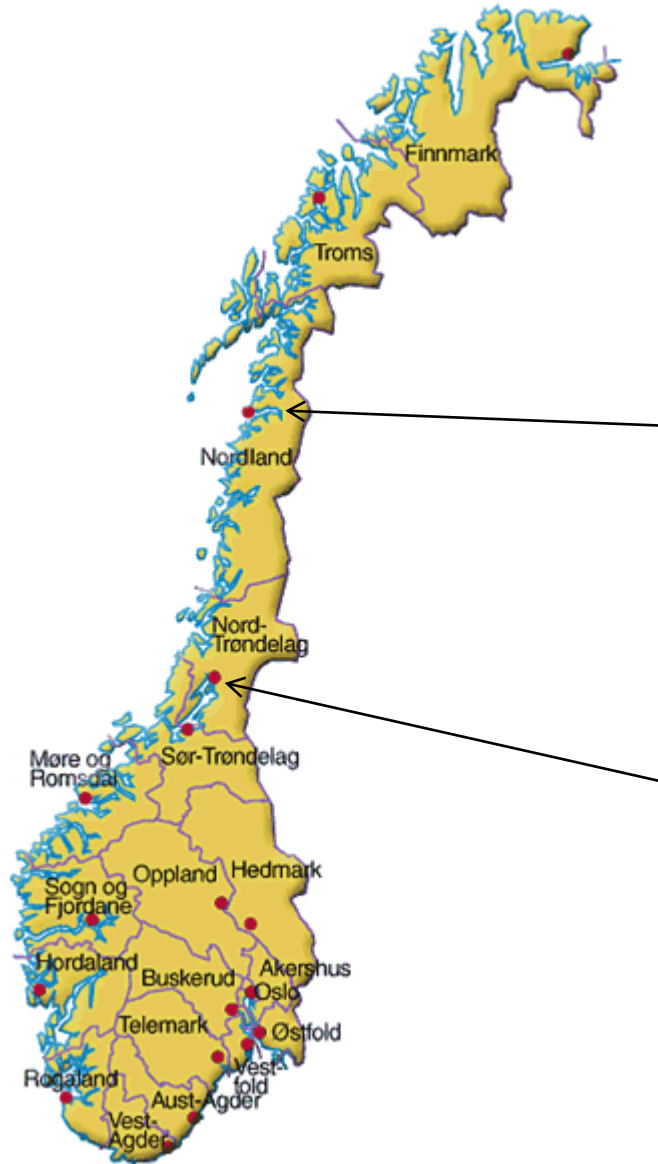
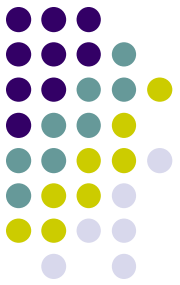


Verktøy for samhandling på individnivå og systemnivå

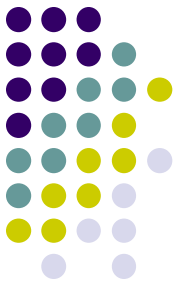


Samhandling om mennesker med alvorlige psykiske lidelser
Konferanse 10 -11. november 2011

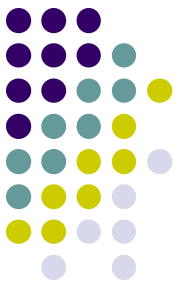


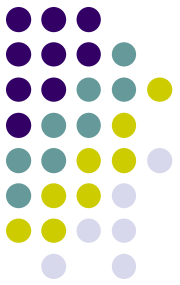


Disposisjon



- Samhandlingsprosjekt i Namdalen og Salten
- Bruk av helhetlige pasientforløp som metodikk for utvikling av samhandlingsmodeller
- utfordringer i det videre arbeidet med utvikling og implementering av tiltak på individ og systemnivå

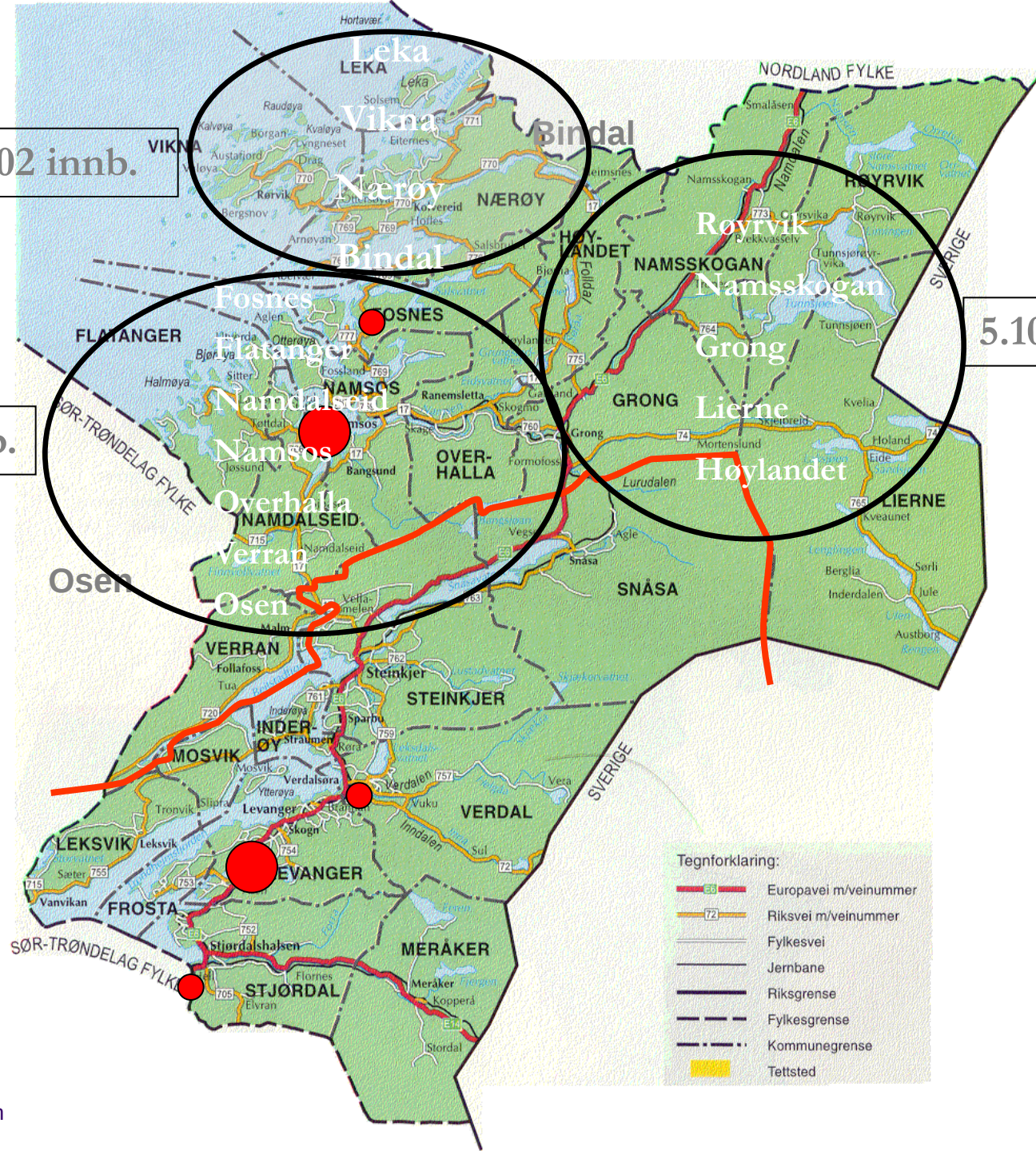




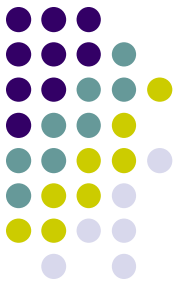
10.702 innb.

23.105 innb.

5.101 innb.



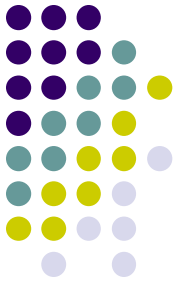
- Tegnforklaring:
- Europavei m/veinummer
 - Riksvei m/veinummer
 - Fylkesvei
 - Jernbane
 - Riksgrense
 - Fylkesgrense
 - Kommunegrense
 - Tettsted



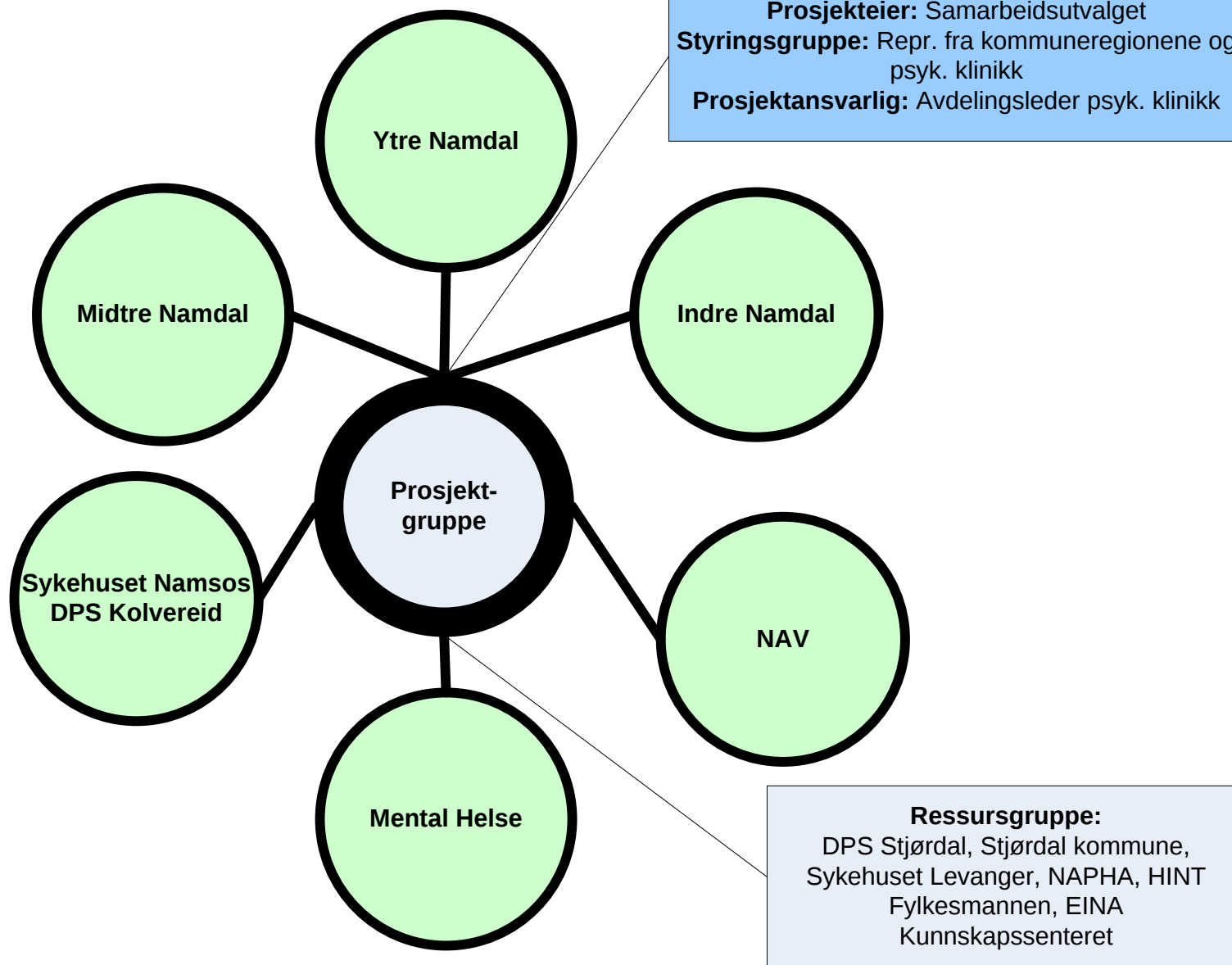
Særtrekk for praksis

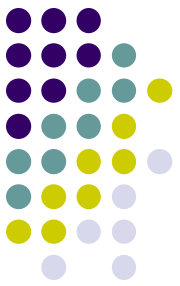
- Kompleks geografi, lange avstander
- Lav bruk av tvang
- Høy andel poliklinisk behandling
- Mye ambulant behandling
- Lite Sengetall
- Ikke overbelegg på sengeposter
- Høy bemanningsfaktor i døgnbehandling

Salten - Nordland

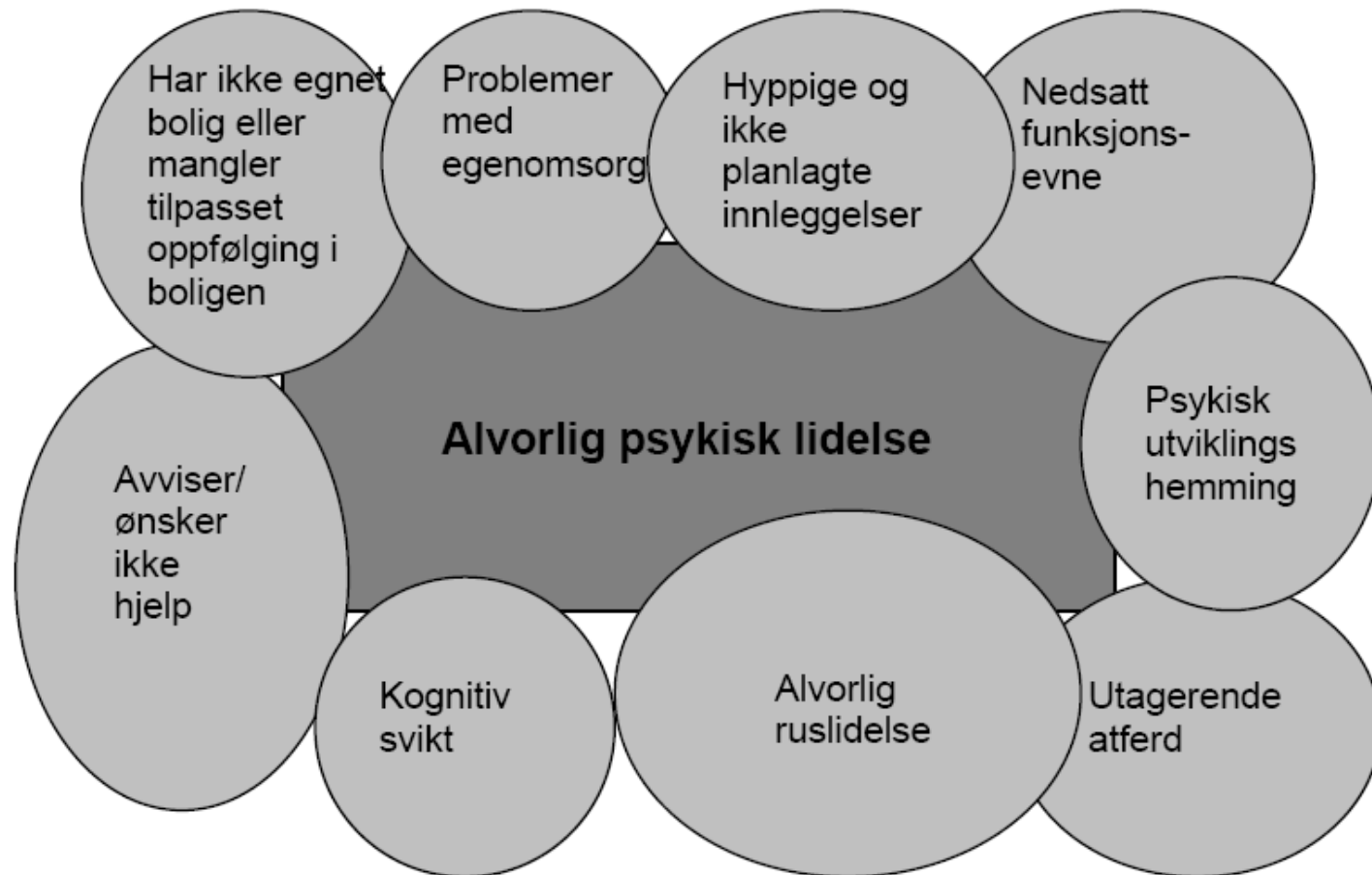


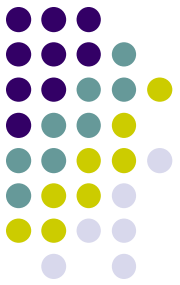
Namdal – Nord-Trøndelag





Modell: Illustrasjon av målgruppens heterogenitet og sammensatte problematikk

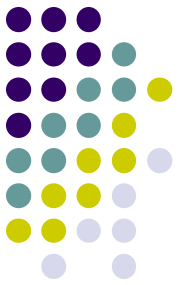




Målgruppe for prosjektet

Funksjon / Diagnose	God	Middels	Dårlig
Lett	1	4	7
Moderat	2	5	8
Alvorlig	3	6	9

Tom Verpe, Sykehuset Namsos



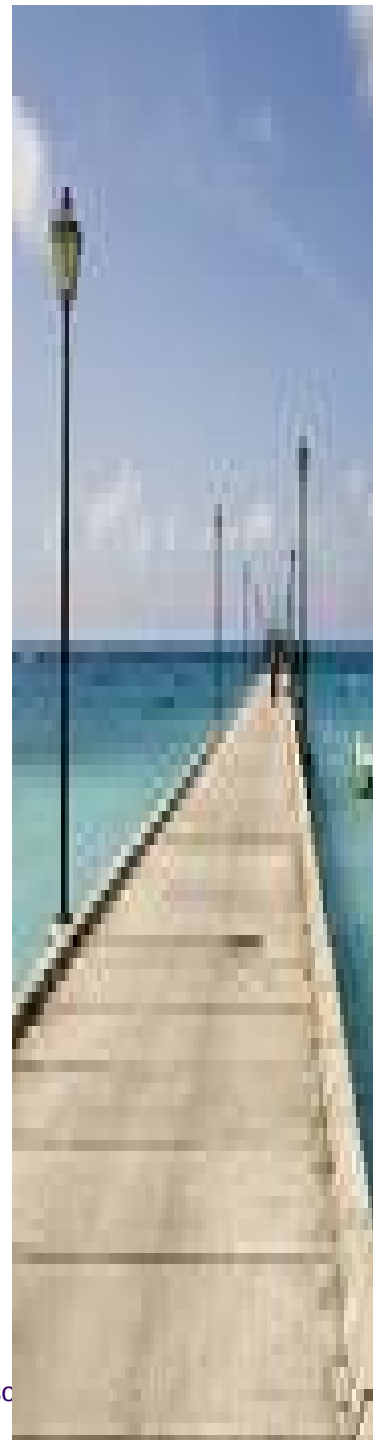
Mål om optimal samhandling – hva er brukerens behov?

1. Permanent bolig til overkommelig pris
2. Nok penger å leve av
3. Betalt arbeid
4. Meningsfull hverdag
5. Venner og sosialt nettverk
6. God fysiske helse
7. **Bedring av symptomer**
8. Mulighet til å være en vanlig borger

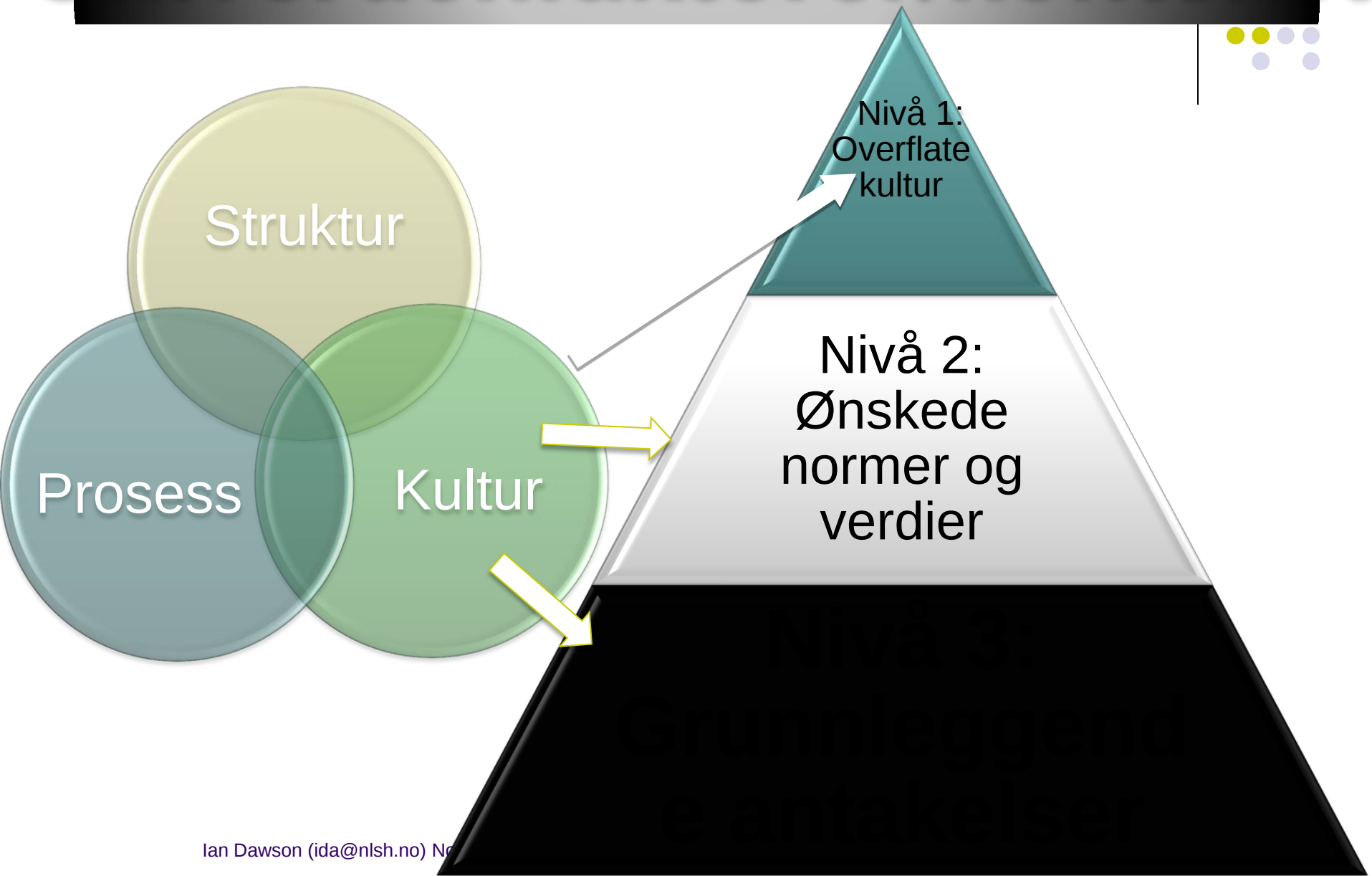
Prof. Geraldine Strathdee, Oxleas NHS Trust, London UK, Oslo 2006

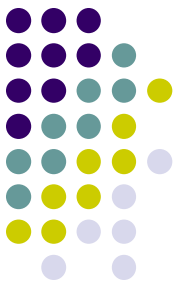
Utfordringer

- Felles forståelse av
 - Individuell plan
 - Kriseplan
 - Koordinatorrollen
 - Ansvarsgruppe
- Samarbeid på tvers
 - Interkommunale prosjekter
 - Ulike samhandlingsprosjekt
 - Samkjøre somatikk og psykiatri
- Utvikle og iverksette forpliktende samarbeidsmodeller (individ og systemnivå)

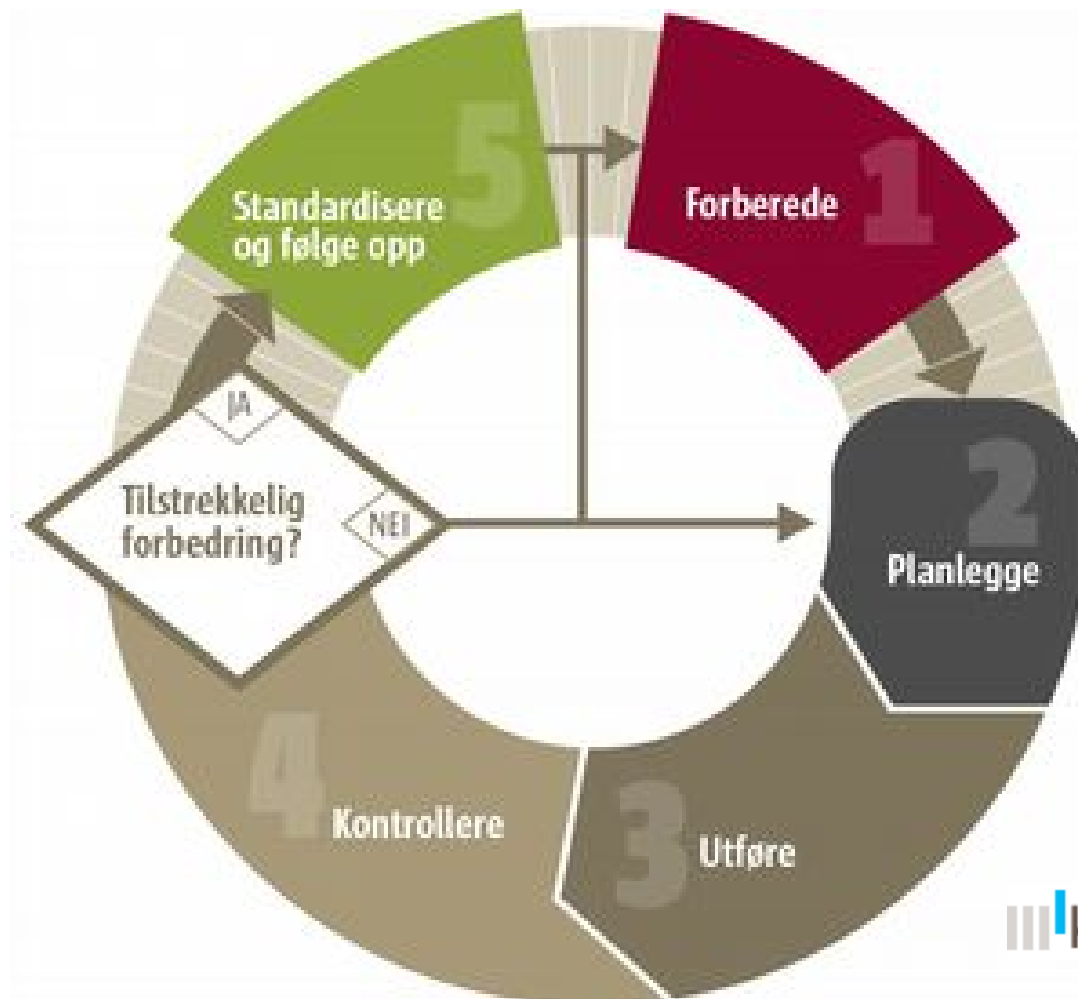


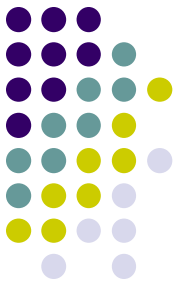
Omverdenfaktorer/kontekst



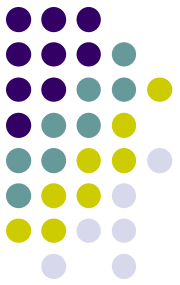


Modell for kvalitetsforbedring





Extreme Confidence



Mange navn

- Forløp
- Pasientforløp
- Helhetlige pasientforløp
- Behandlingslinjer
- Prosessforløp



Tiltak: Hvem og hva



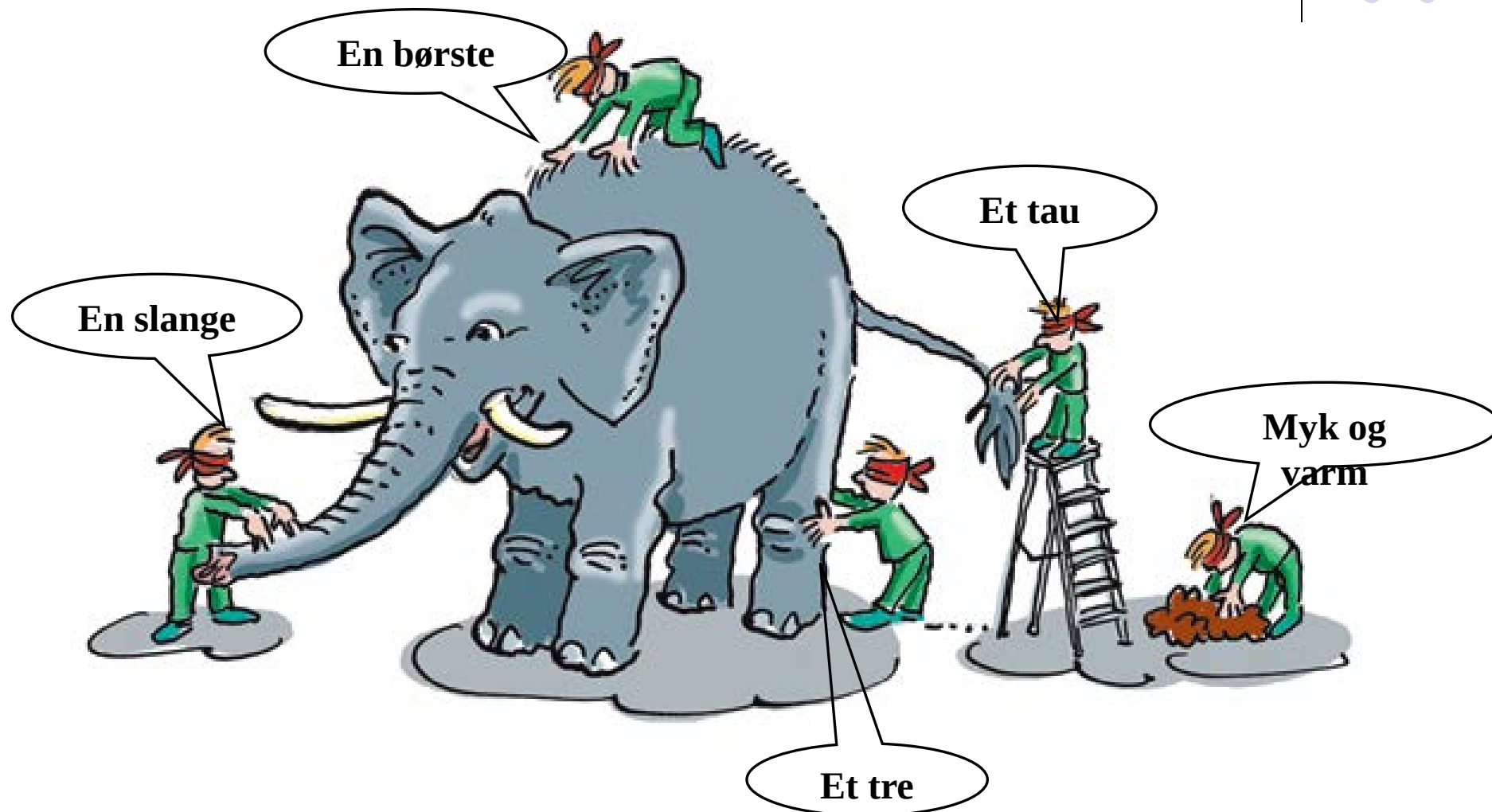
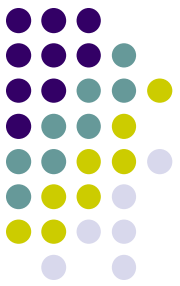
Nivå	Roller / person / instanser	IP	Ansvarsgruppe	Individual-samtaler	Medisin	Gruppe tilbud	Flerfamilie grupper	Pårørende grupper	Egenterapi	Praktisk hjelp	Aktivitet	Arbeid	Bolig	Økonomi	Undervisning	Opplæring
0	Pasient	x	x											x		
0	Familie	x	x											x		
0-1-2	Koordinator	x	x	x										x		
1	Fastlege	x	x	x	x											
1	Psykisk helsetjeneste i kommunen	x	x	x		x								x		
1	Hjemmesykepleie		x	x												
1	Hjemmehjelp	x		x												
1	Sykehjem		x													
1	Skole	x	x													
1	Arbeidsplass		x													
1	NAV	x	x											x		
1	Støttekontakt	x														
1	TIPS melder															
1	Hjelpeverge		x											x		
1	Dagsenter	x				x										
2	TIPS mottaker															
2	Intern henviser															
2	Vaktlegeenhet															
2	Psykoseseksjon	x	x		x	x										
2	Akutt / almen post															
2	DPS Kolvereid															
2	Allmenpoliklinikk					x										
2	Dagbehandlingsenhet					x										
0	Idrettslag															
0	Nabo															
	Lokale tiltak:															

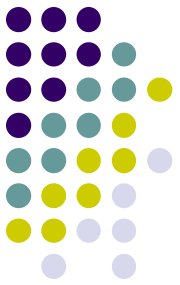
Verktøy

- Pasientforløp
- Kartlegging – involvering
- Resultater - involvering
- Fokusgruppeintervju
- Møter med de involvert kommuner og avdelinger
- Samarbeidsavtaler
- Behandlingsteam
- Beredskapsplaner / kriseplaner



Prosesser kan forstås på ulike måter avhengig av ståsted.....

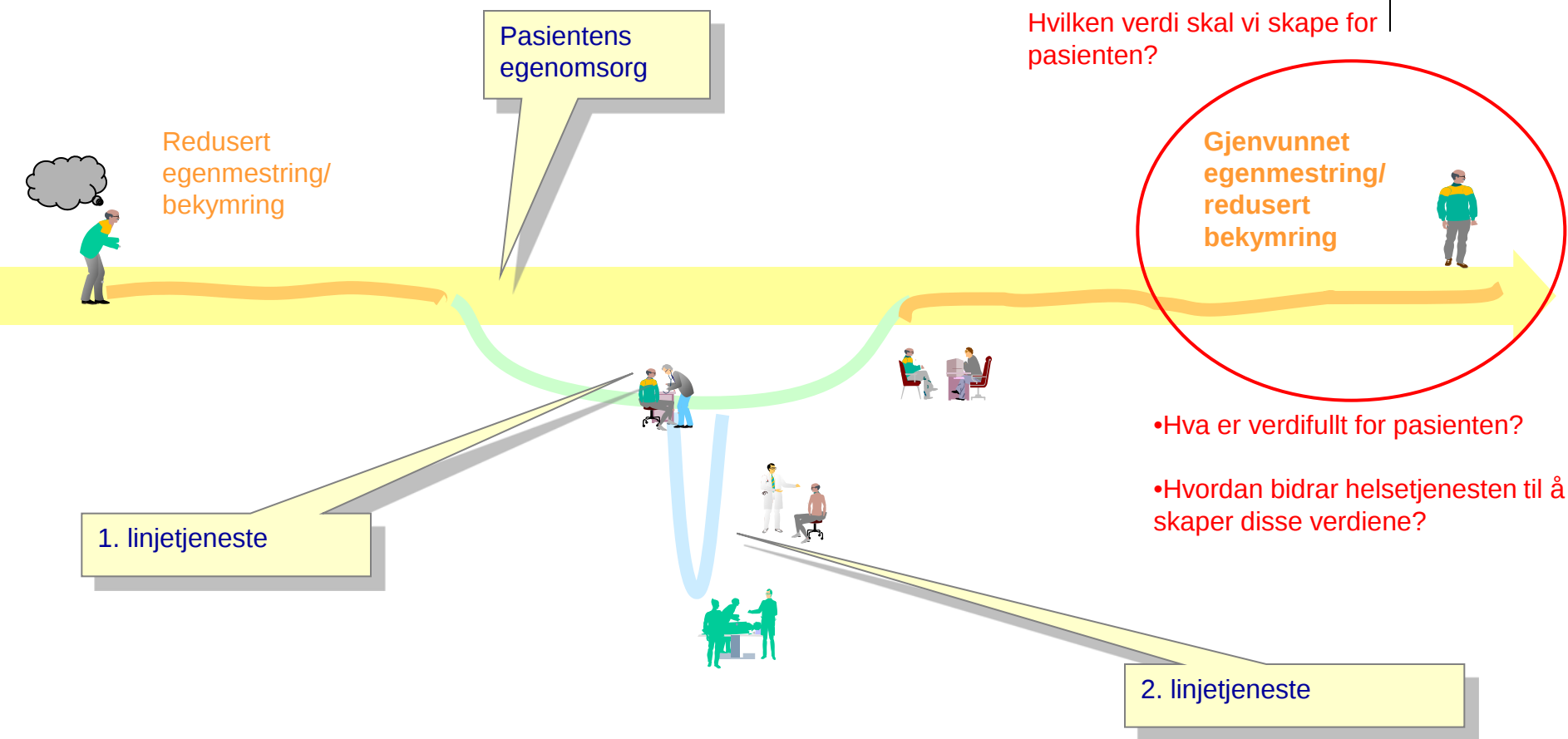


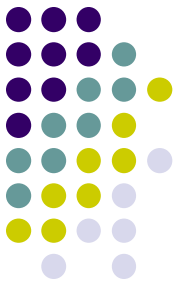


Aktiviteter / tiltak.....

- Kartlegging av målgruppen
- Kartlegge behandlings- / samhandlings prosessen på individ- og systemnivå
- Kartlegging av eksisterende tilbud for målgruppen i kommuner og helseforetak
- Utvikle en felles faglig forståelse for behandling og tilbud til mennesker med omfattende hjelpebehov
- Utvikle nye tiltak/tilbud
- Utvikle forpliktende samarbeidsmodeller
- Arbeidsprosessen i prosjektgruppa

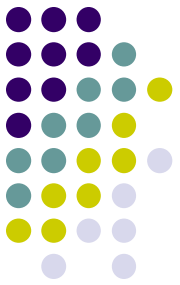
Pasientbehandlingen i makroperspektiv





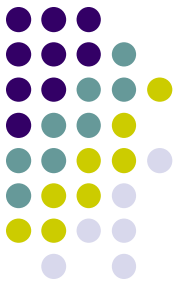
Pasientforløp: metoden

- Hensikten: Belyse samarbeid/samhandling
 - Mellom forskjellige etater og instanser
 - Mellom pasient og hjelpeapparat
- Basert på Fylkesmanns klage behandling
- En fullstendig oversikt over de ulike tjenestenes aktiviteter/tiltak og tilbud.
- Kronologisk gjennomgang av dokumentasjon
 - Specialisthelsetjeneste
 - Postene
 - Poliklinikk
 - Kommunehelsetjeneste
 - Hjemmesykepleie inkl. hjemmehjelp
 - Psykisk helse
 - Fastlege
 - Sosialtjeneste inkl. støttekontakt
- Over et begrenset tidsperiode



Pasientforløp: metoden

- Stille sentrale spørsmål om bl.a.
 - Betydning av kontinuiteten i tilbudet
 - Ev. brudd
 - Forklaring på hvorfor viktige tiltak ikke ble fulgt
- Eksempel på spørsmål:
 - Når nevnes aktivitet fra andre tjenester (eksempel: medisinalutdeling)?
 - Hvilke kontakter har tjenestene med hverandre (eksempel: telefon fra fastlege til hjemmetjenesten)?
 - Når overtas ansvaret av andre (eksempel: innleggelse i institusjon eller utskrivelse fra institusjon)?
 - Er det viktig informasjon som ikke når fram (eksempel: innkallelse til poliklinisk samtale)?
 - m.m.



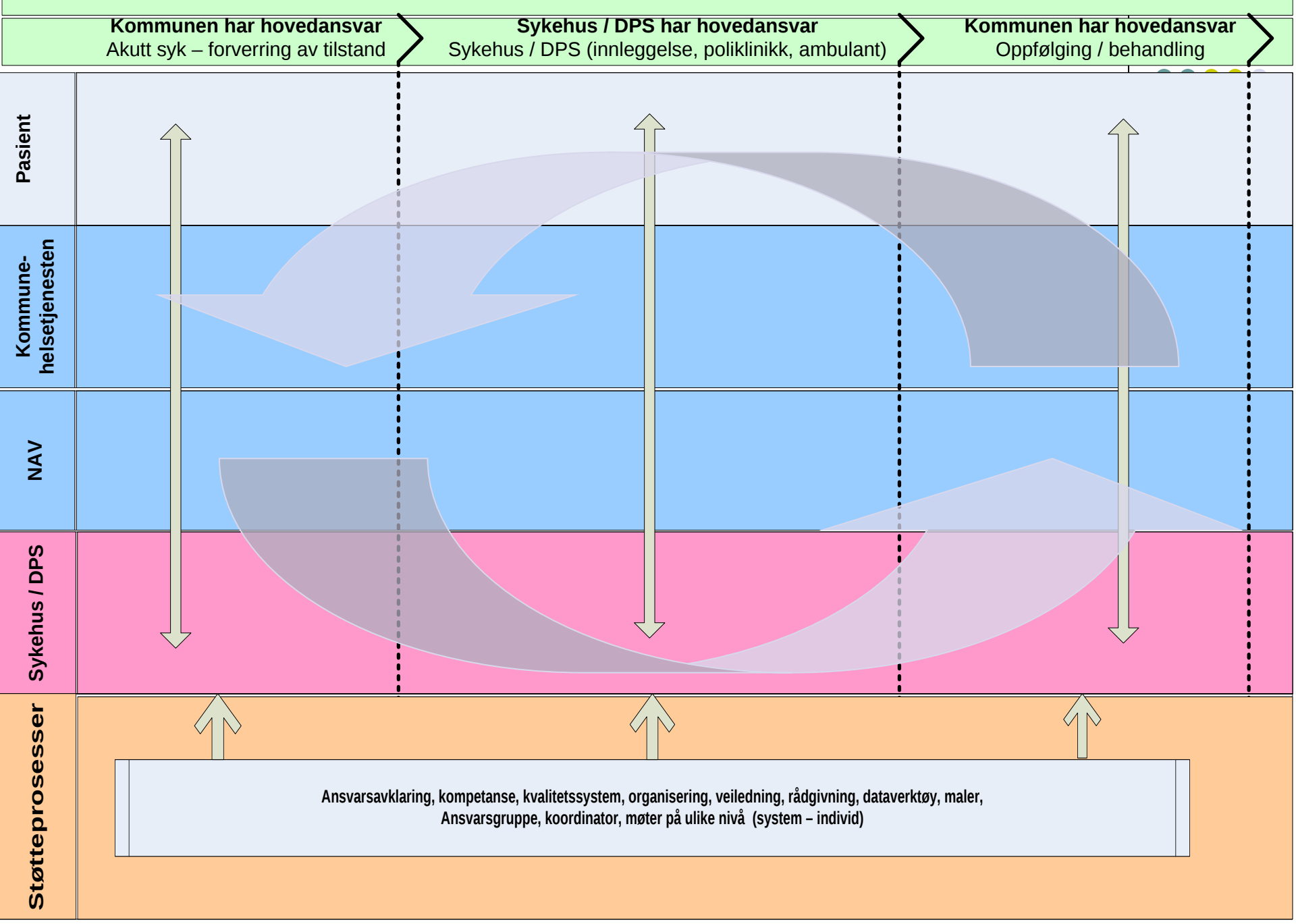
Pasientforløp: metoden

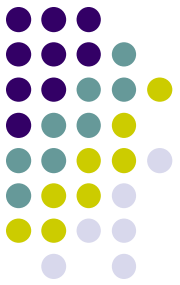
Tjenesteaktører:	Jan. 2010	Feb. 2010	Mars 2010	April 2010	Mai 2010	Juni 2010	August 2010	Sept. 2010	Okt. 2010	Nov. 2010	Des. 2010
ROP	1	4,5	9, 10, 11	16	21			32, 33	34	35	37
Hjemme- sykepleie						25, 26	29				
Fastlege	2	6	12, 13	17, 18						36	38, 39
Spesialist- helsetjeneste				19	22, 23	27, 28	30, 31				
Støttekontakt	3	7, 8	14, 15	20	24						
Andre											

Viktige hendelser har henvisninger til siden
i dokumentet.

Viktig informasjon merkes.

Pasienter med kroniske lidelse, med behov for koordinerte tjenester



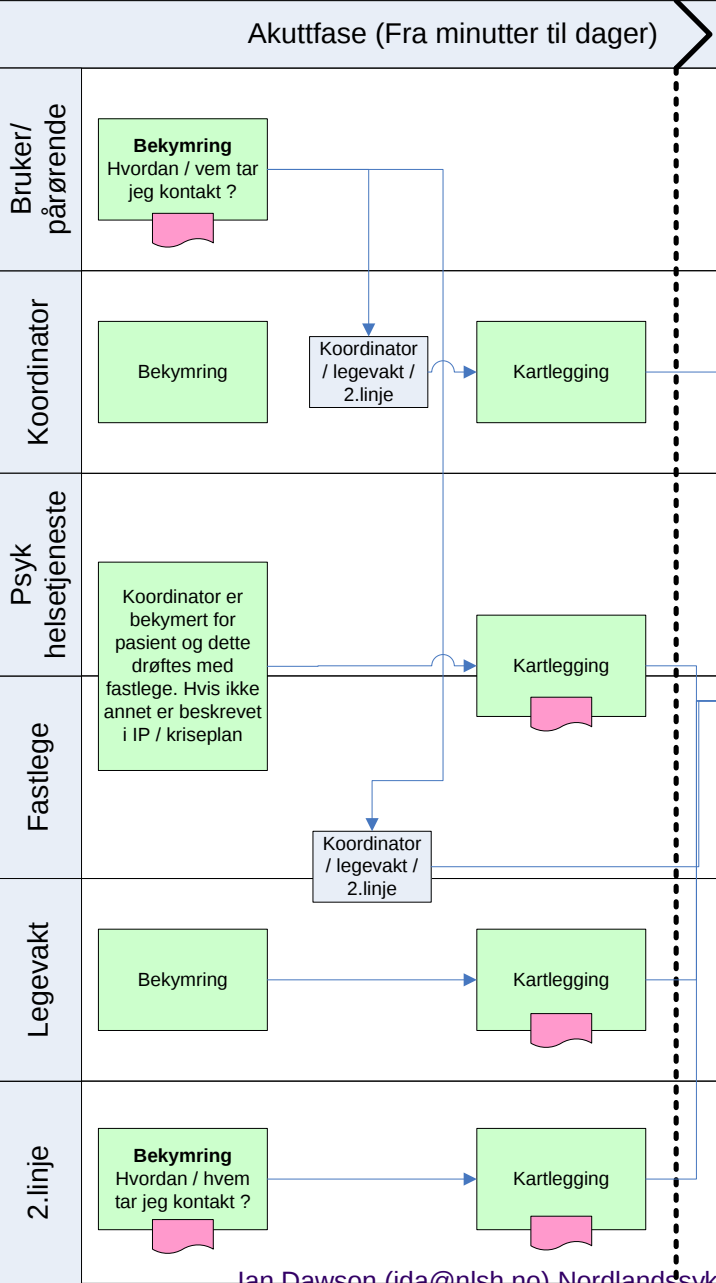


Datagrunnlag

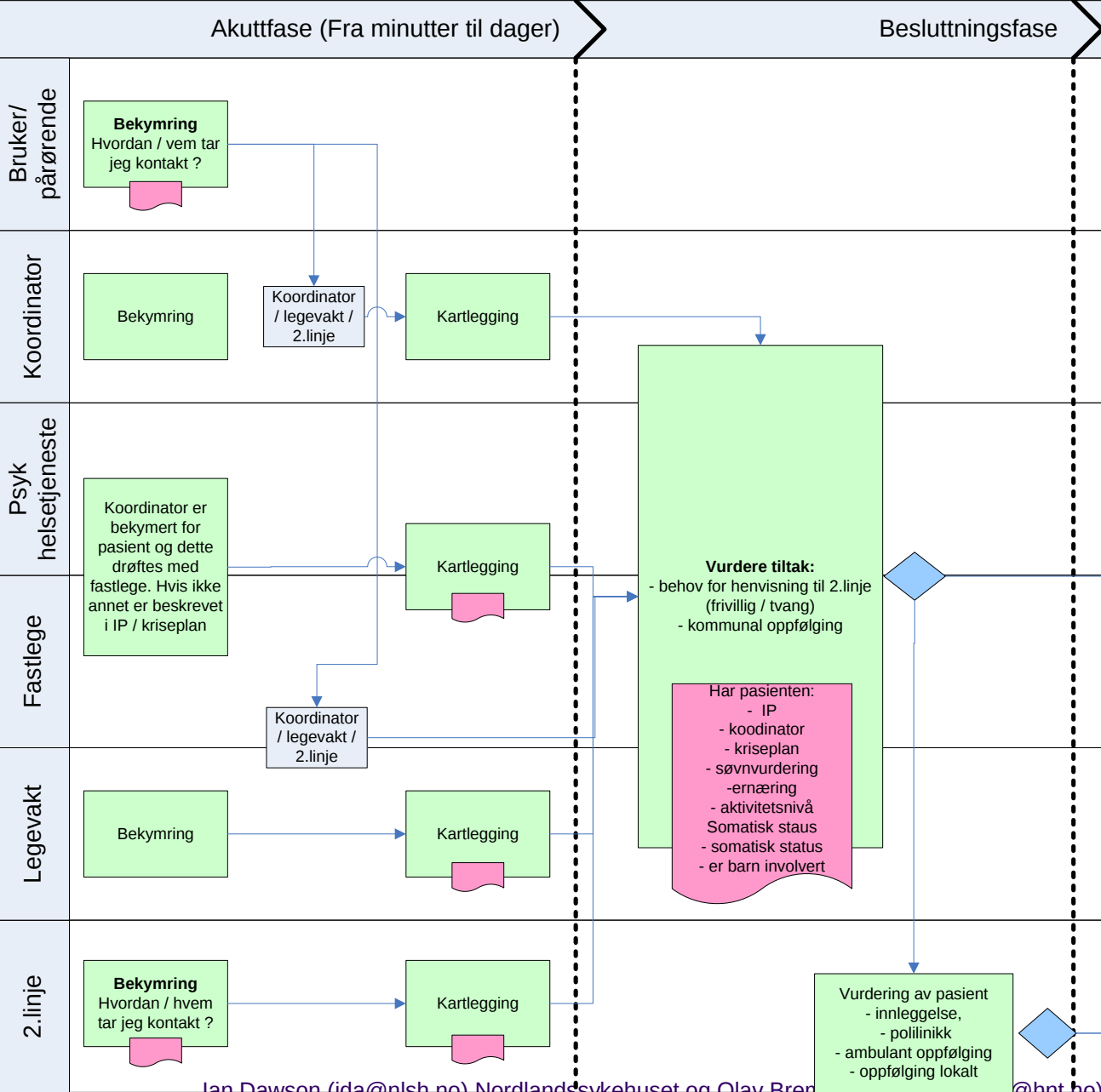
- Dokumentgjennomgang
 - Forskningsrapporter
 - Utviklingsarbeid
 - Nasjonale veiledere
- Dialogkonferanser (kommuner, NAV, helseforetak og brukerorganisasjoner)
- Brukermøter
- Beskrive det ideelle pasientforløp (Lean metodikk)

Nordlandssykehuset	Sykehuset Namsos
● Evaluering av samarbeidsavtale ● Kartlegge fire konkrete pasienter ● Fokusgrupper i brukerorganisasjoner, kommuner og sykehus ● Avdelinger / kommuner beskriver egne interne forløp	● Kartlegging av målgruppen ● 338 personer i kommunene i opptaksområdet ● 217 v/ DPS Kolvereid, Sykehuset Namsos ● Kartlegging mht samarbeid - Internt, interkommunalt, mellom kommuner og helseforetak

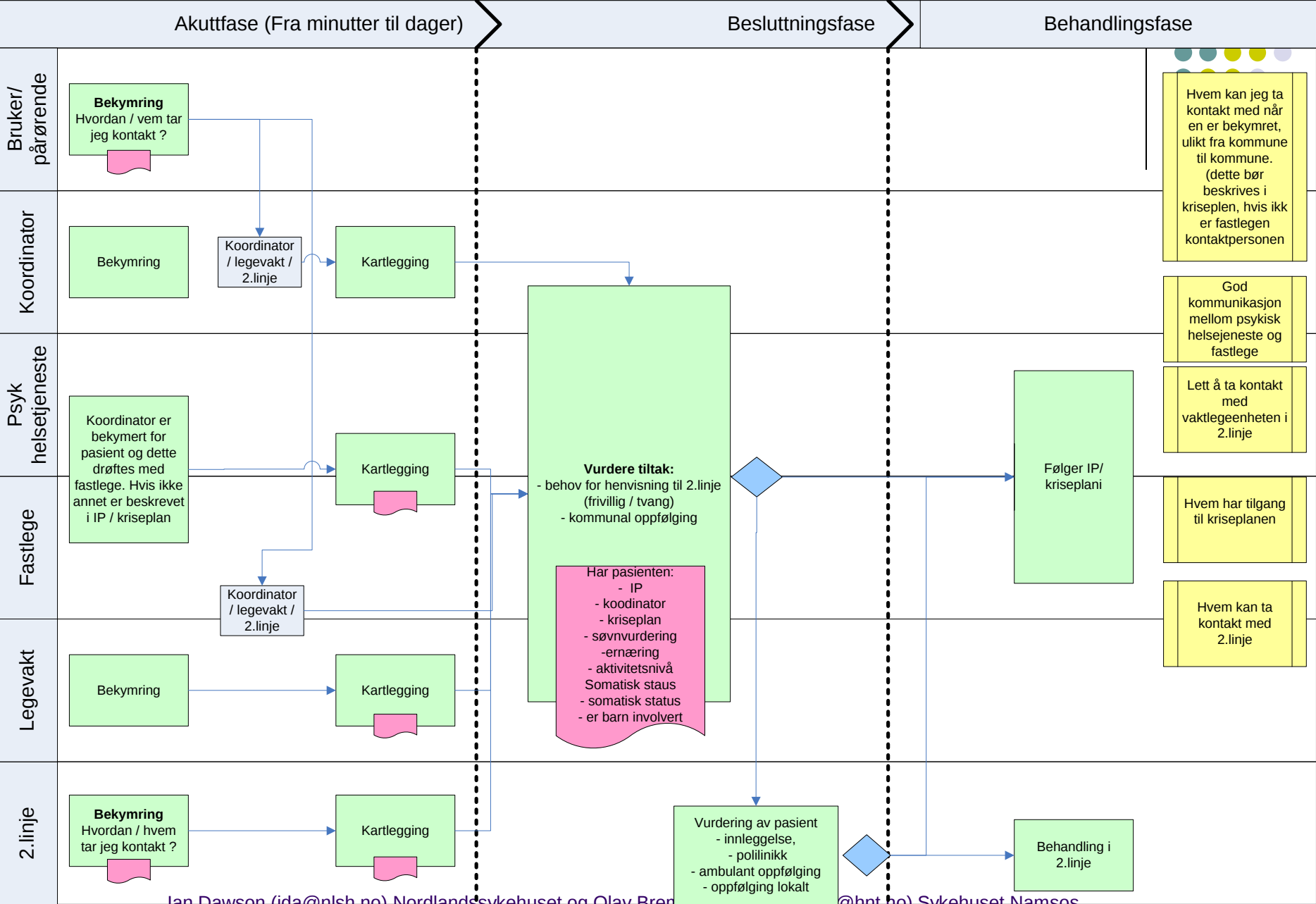
Akutt forverring av tilstand (pasienten er kjent i behandlingsapparatet)



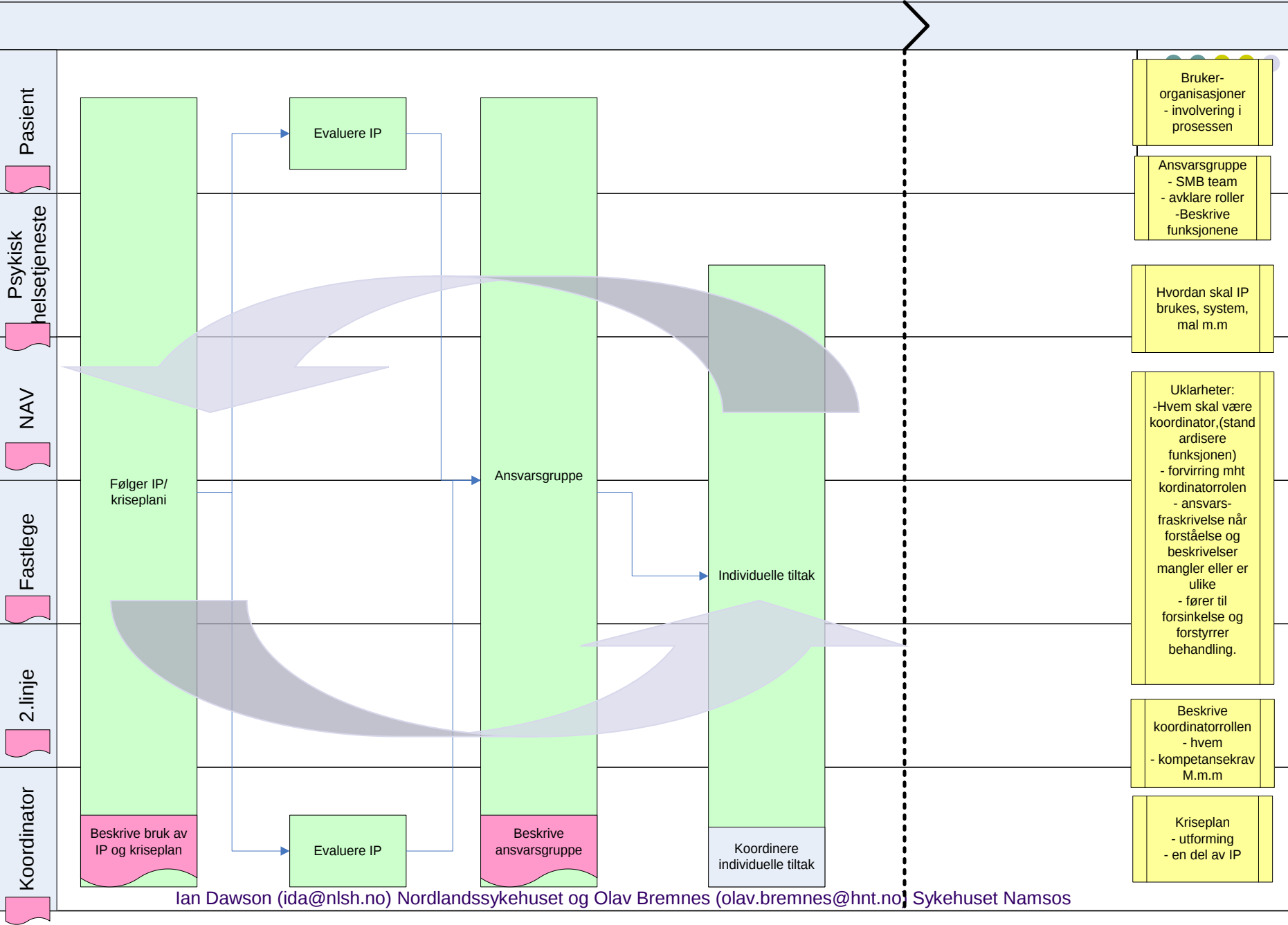
Akutt forverring av tilstand (pasienten er kjent i behandlingsapparatet)



Akutt forverring av tilstand (pasienten er kjent i behandlingsapparatet)

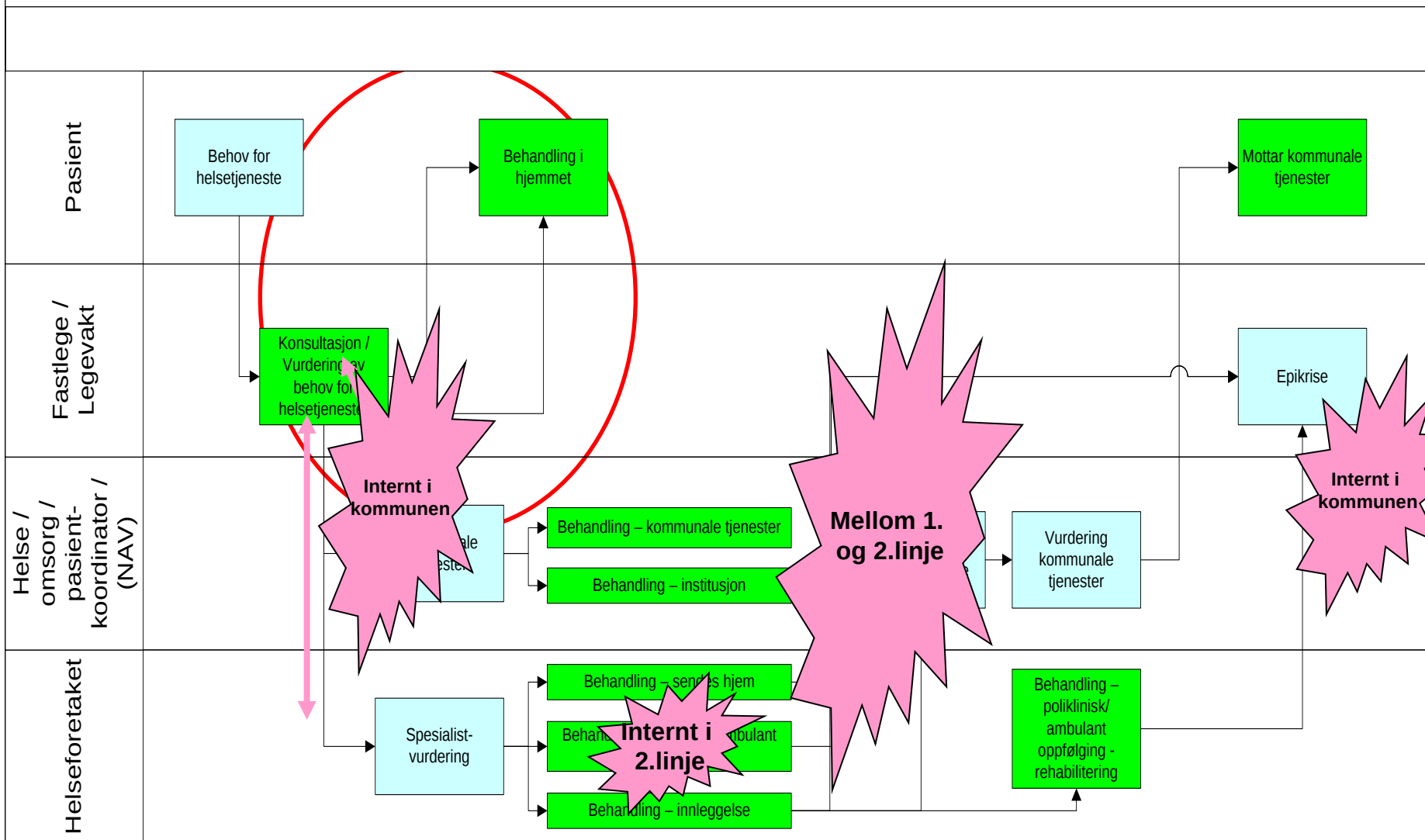


Planlagt og forutsigbart forløp

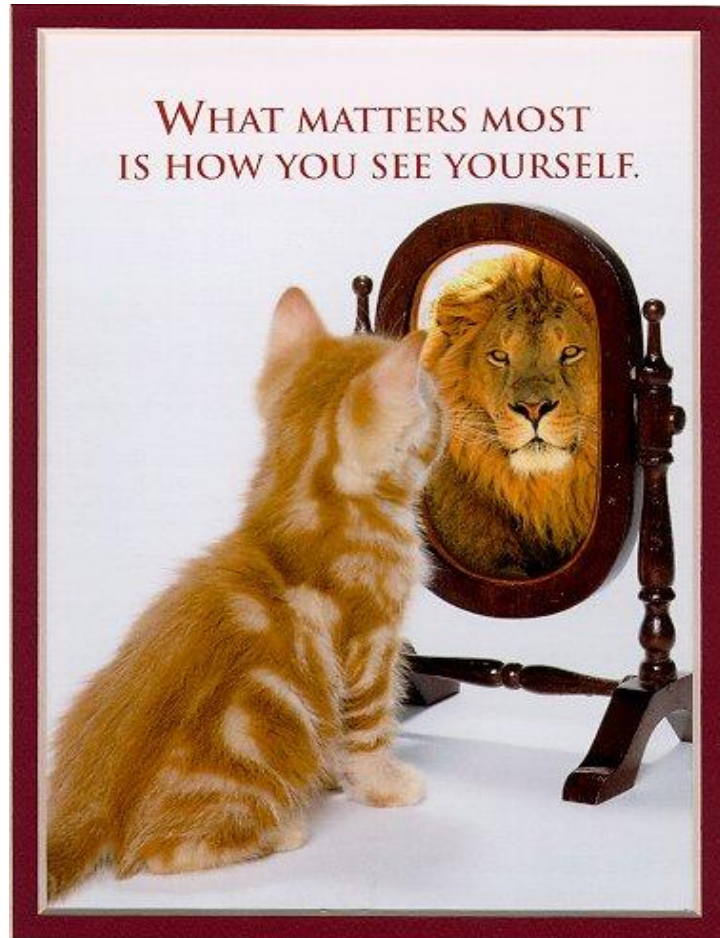
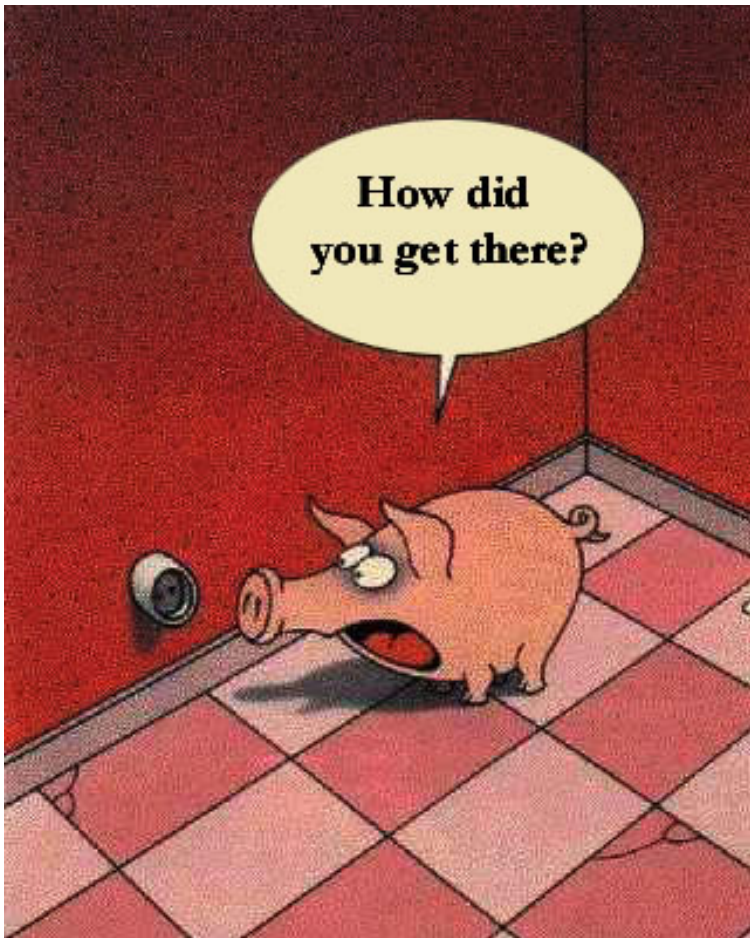
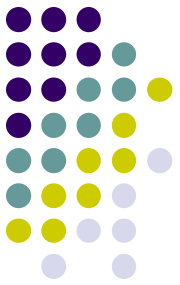




Generelt helhetlig pasientforløp



Utfordringer videre



Samhandlingsreformen

- Nye avtaler mellom kommuner og helseforetak

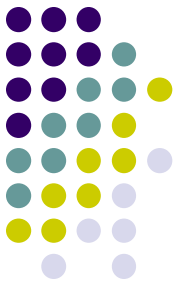


Meld. St. 16

(2010–2011)
Melding til Stortinget

Nasjonal helse- og omsorgsplan
(2011–2015)

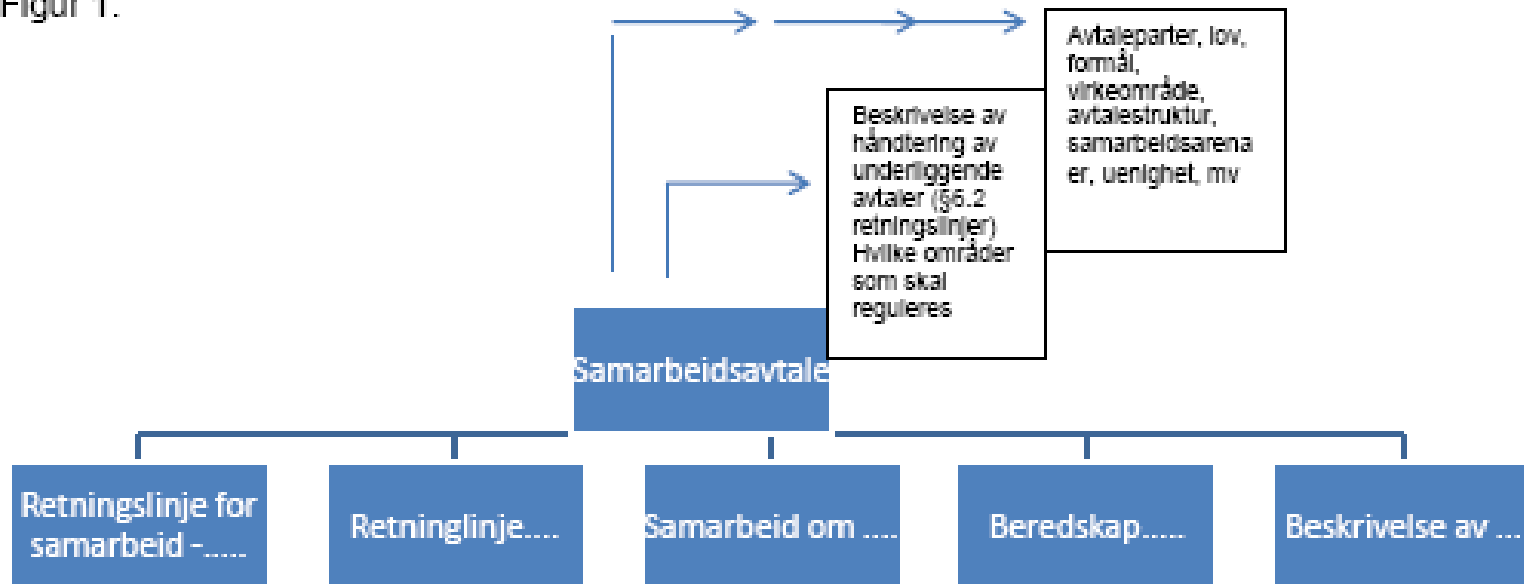




Ulike avtaler

1. Intensjonsavtale på regionsnivå
2. Samarbeidsavtale generell del
 - Tjenesteavtaler (foreløpig 11)

Figur 1:

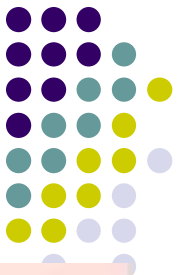


Helse- og omsorgstjenesteloven



§ 6-2. Avtalen skal som et minimum omfatte:

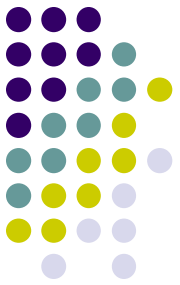
1. Enighet om **hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt** ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre. (31.01.2012)
2. Retningslinjer for **samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud** for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.
3. Retningslinjer for **innleggelse i sykehus** (31.01.2012)
4. Beskrivelse av kommunens tilbud om **døgnopphold for øyeblikk** hjelp etter § 3-5 tredje ledd
5. Retningslinjer for **samarbeid om utskrivningsklare pasienter** som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra institusjon (31.01.2012)



Helse- og omsorgstjenesteloven

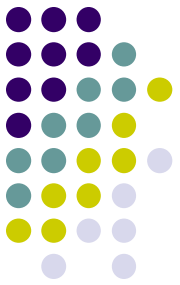
§ 6-2. Avtalen skal som et minimum omfatte:

6. Retningslinjer for gjensidig **kunnskapsoverføring**
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 (31.01.2012)



Prioriterte oppgaver i prosjektene

- Kontakt med
 - alle kommuner
 - DPS / sykehusavdelinger
 - brukerorganisasjoner
- Oppfølging på individnivå
 - Individuell plan (mal, elektronisk, rutiner m.m)
<http://www2.helsekompetanse.no/atutor/108/>
 - Kriseplan
 - Koordinatorrollen
 - Videreutvikling av ansvarsgruppemodell
 - Felles forståelse og avklarte forventninger mht praksis på individ og systemnivå
- Pasientforløp (systemnivå)
 - Avklare forventninger til hverandre i de ulike fasene
 - Beskrive praksis
 - Arbeid med samarbeidsavtaler



Prioriterte oppgaver i prosjektene

- **Kompetanseutvikling**

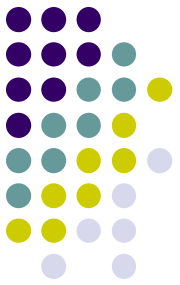
- Hva har pasienten behov for
- Felles forskning og fagutvikling (kommune – helseforetak – NAV)
- Hospiteringsordninger
- Felles introduksjonsprogram for nyansatte
 - Kommune, helseforetak, NAV

- **Videreutvikling av behandlingstilbud**

- Hvor skal det være
- Hva kan vi samarbeide om

- **Fokus på arbeid og aktivitetstilbud**

- Fagutvikling og forskning på tvers
(kommune – helseforetak – NAV- høyskole - universitet)



Aktuelle tiltak.....

- Jobbmestrende oppfølging (NAV)
- IPS (Individual, Placement & Support)
- TIPS prosjekt (tidligintervensjon)
 - Sekundærforebyggende tiltak
 - Forebyggende mht fattigdomsproblematikk
- Innføring av SMB-team
(Strukturerte multiprofesjonelle behandlingsteam)
 - Forpliktende samarbeid mellom kommuner og helseforetak i utvikling å drift av DPS



”Den som i sannhet skal lykkes i å føre et mennesket til et bestemt sted, må først og fremst passe på å finne ut hvor den andre er, og begynne der.”

Søren Kirkegaard

“Bruddstykke av en ligefrem meddelse” (oversatt 1985)

Takk for oppmerksomhet



Søren Kierkegaard tegnet i 1854 av H.P. Hansen.