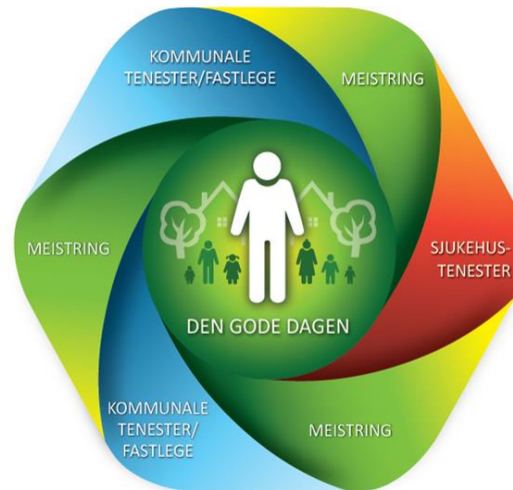


Langvarige og Koordinerte Tjenester (LKT- prosjektet)

Et rammeverk for samarbeid og samhandling med og om pasienter med behov for helhetlige og koordinerte tjenester



- Bakgrunn
- Mål og målgruppe
 - avgrensning
- Endringer i prosjektorganisering
- Status:
Fase 2. Kartlegging
- Fremdriftsplan

Bakgrunn

- LKT – Forprosjekt. Avsluttet 2014
(i regi av regionalt program «Støtte til samhandling»
Herunder lokalt prosjekt: Haukeland med deltakelse fra
Bjørnefjordkommunene)
- Samarbeidsutvalgene - mai 2015
Vedtak om oppstart av nytt samhandlingsprosjekt *Superbrukerprosjektet*
- Høsten 2015
Prosjektorganisering og utarbeiding av felles prosjektbeskrivelse
- Februar 2016
Oppstart prosjektarbeid nåværende LKT-prosjekt.

Bestilling

Prosjektet skal

- omhandle «pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester»
- være et samhandlingsprosjekt på tvers av helsetjenestenivå
- ha ambisjoner om å finne fram til felles løsninger på felles utfordringer for flere av gruppene innen målgruppen

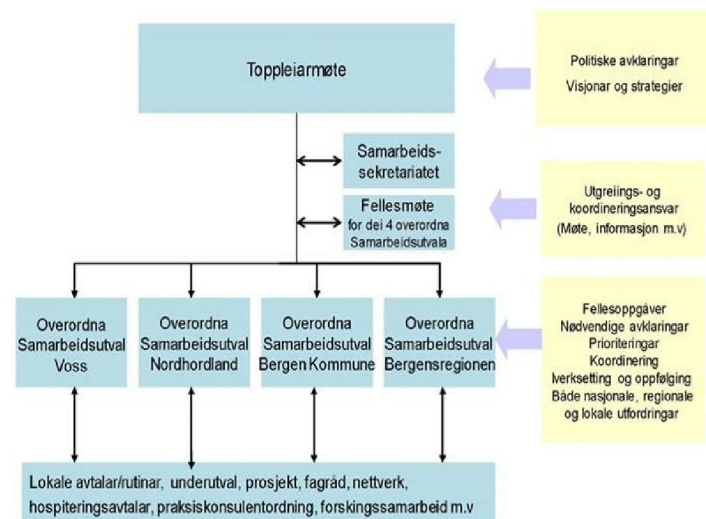
•

•

Forankring

Prosjektet er forankret gjennom de fire samarbeidsutvalgene og prioritert som et satsingsprosjekt nedfelt i felles handlingsplaner

Kommuner og spesialisthelsetjeneste har forpliktet seg til å bidra med faglige og økonomiske ressurser i prosjektperioden



SAMAN.NO

Samarbeid mellom sjukehusa og 24 av kommunane i Hordaland

HELSE BERGEN
Haukeland Universitetssykehus

Haraldsplass
Diakonale Sykehus



Prosjektorganisasjon

- Styringsgruppe - sammensatt av representanter fra Brukerutvalet i Helse Bergen og representanter på administrativt- og faglig ledernivå i sykehus og kommuner
- Prosjektgruppe - sammensatt av representanter fra Brukerutvalget i Helse Bergen, representanter med tverrfaglig helse – og medisinskfaglig kompetanse fra kommunene i de fire utvalgsområdene, Haukeland universitetssykehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus.
- Referansegrupper - de fire samarbeidsutvalgene og Medisinsk faglig utvalg
- Prosjektet har et kjerneteam med ressurser fra sykehus og kommuner. Prosjektet veiledes av Anders Grimsmo, professor v/Institutt for samfunnsmedisin, NTNU og Norsk helsenett.

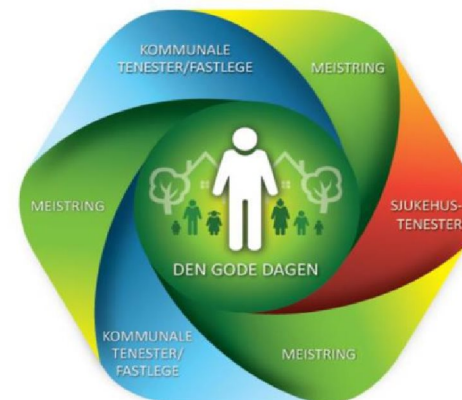
Formål

- Pasienter med behov for langvarige, helhetlige og koordinerte tjenester skal oppleve trygghet, kvalitet og egenmestring i møte med helsetjenesten.

Mål

- Utarbeide et overordnet rammeverk som gir føringer for og understøtter, likeverdig samarbeid mellom pasienter, pårørende og relevante aktører i kommune og spesialisthelsetjeneste
- Bidra til at anbefalt rammeverk blir implementert og operasjonalisert etter prosjektperioden

Mål om den gode dagen



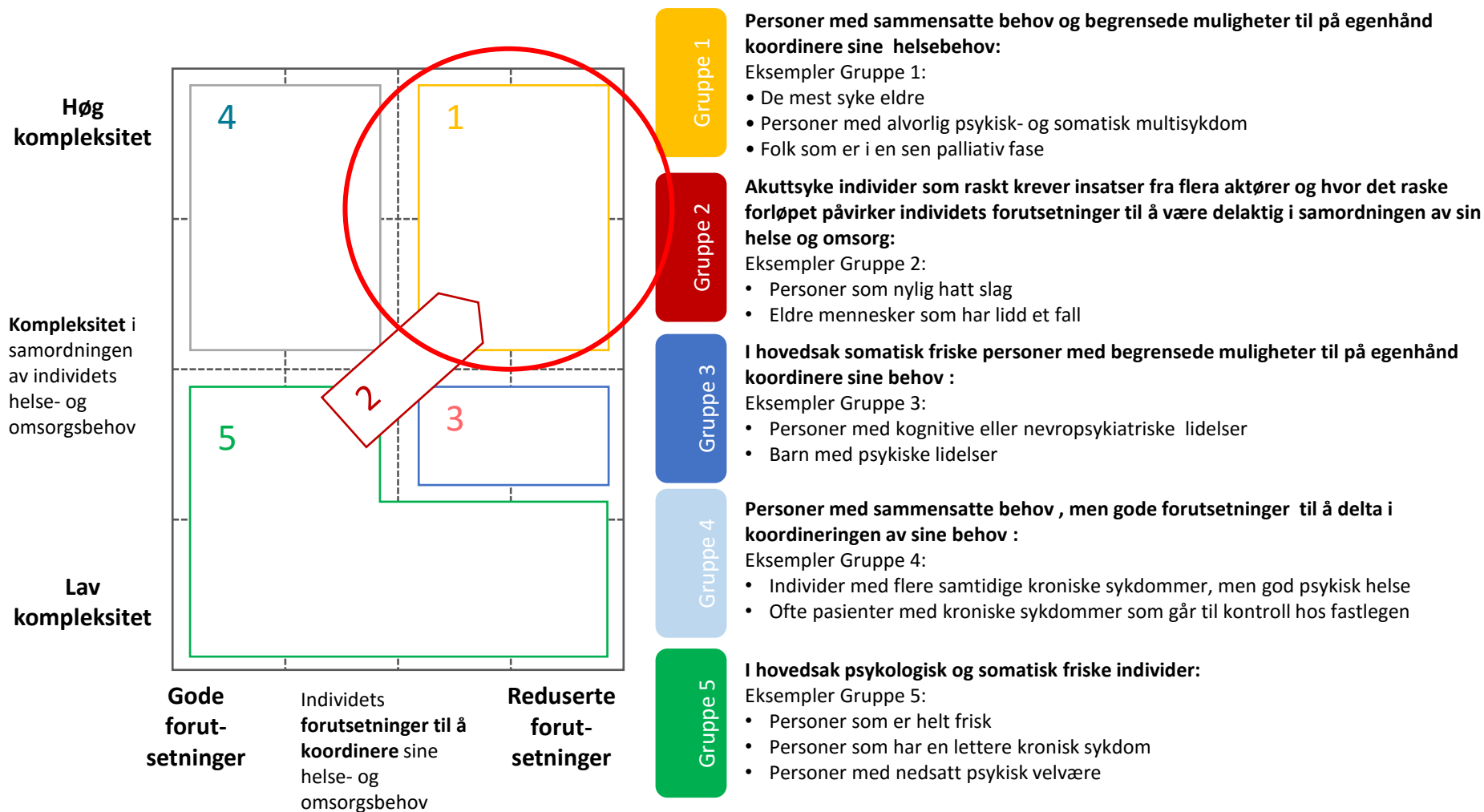
Målgruppe

«Barn, unge, voksne og eldre med komplekse og sammensatte behov, som over tid har behov for en dynamisk og samordna innsats fra ulike aktører både i kommune og spesialisthelsetjeneste – og der manglende beredskap, kontinuitet i behandling og oppfølging, på kort- og lang sikt, vil få alvorlige konsekvenser for pasient/bruker og/eller omgivelser»

Avgrensning:

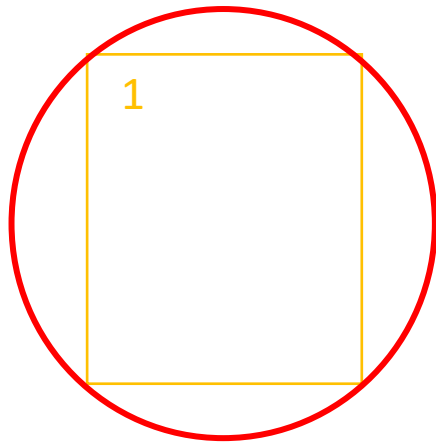
Kompleksitet i samordningsbehovet kombinert med **reduserte forutsetninger** for å være aktiv og medskapende i samordningen av egen behandling og omsorg.

Grupper med behov for koordinering og samarbeid



Kilde: Samordnad vård och omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Målgruppen er videre avgrenset til

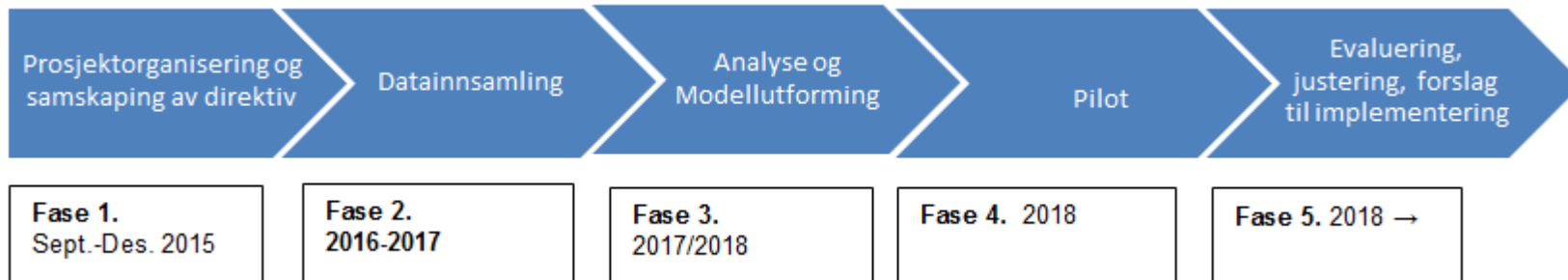


Gruppe 1

Personer med sammensatte behov og begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine helsebehov

- **Barn (0-18 år)**
- **eldre (>67 år)**
- med tilhørighet i **Bergen, Os** eller **Lindås kommune**

Prosjektfaser – prosjektets målsettinger søkes oppnådd gjennom følgende prosjektfaser



Fase 1.	Prosjektorganisering	<ul style="list-style-type: none"> - Etablere prosjektorganisasjon med utgangspunkt i samhandlingsstrukturen - forankre prosjekt i samhandlingsstruktur og felles handlingsplan 2015/2016 - Samskrive direktiv og få dette godkjent i styringsgruppa
Fase 2.	Datainnsamling	<ul style="list-style-type: none"> - Gjennomføre og oppsummere systematisk litteratursøk - Justere direktiv og få dette godkjent i styringsgruppa - Avgrense målgruppe for datainnsamling - Feltarbeid: følge pasienter tilhørende valgte alderskategorier og valgte kommuner gjennom deres møte med aktuelle aktører i spesialisthelsetjeneste og kommune. Vi vil ha fokus på samhandling og samarbeid og gjennomføre intervju/samtaler med pasienter og pårørende, samt eventuelt fokusgruppeintervju med relevante ledere og tjenesteytere.
Fase 3.	Analyse og Modellutforming	<p>Den totale datafangsten skal sammenstilles og analyse gjennomføres (under veiledning av Anders Grimsmo). I tillegg ønsker vi å knytte til oss kompetanse som kan bidra til å presentere kompleksiteten i helsevirkeligheter på en måte som gjør kunnskapsgrunnlaget mer tilgjengelig. Nye perspektiver vil kunne danne grunnlag for nye samarbeidsmåter/løsninger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utforme forslag til overordnet og forpliktende rammeverk - Utforme effektmål av tiltak; herunder erfaringsundersøkelser og/eller nye feltobservasjoner
Fase 4.	Pilot	Planlegge, dimensjonere og gjennomføre pilot
Fase 5.	Evaluering og implementering	Evaluere, justere og foreslå implementering

Kartlegging/feltarbeid

Situasjonsbestemt inngang til kartlegging

En «hendelse/situasjon» som fører til behov for spesialisthelsetjeneste og derigjennom kontakt og samarbeid mellom samhandlingsaktører; pasient, pårørende, kommune og spesialisthelsetjeneste, med fler.

Innhenting av data gjennom konkrete forløp for:

- Barn og unge 0-18, Elektive: Innkomst spesialisthelsetjenesten via henvisning
- Eldre > 67, Øyeblikkelig hjelp: Innkomst spesialisthelsetjenesten via Mottaksklinikken, PAM (HUS) og Akuttmottaket (HDS)

Metodisk til nærming

- Identifisere «innslagspunkt» i konkrete pasienters (nye) møter med spesialisthelsetjenesten og derfra tilbake til eget liv i bostedskommune

For prosjektet er dette et mulighetsrom for å komme i kontakt med konkrete pasienter i målgruppen og følge dem og de tilhørende arbeidsprosesser innenfor spesialisthelsetjenesten, i kommunen og i overgangen mellom disse.

Prosjektets fokus er på samarbeid og i hvilken grad det tilrettelegges for helhetlige og koordinerte tjenester.

Vi tenker at dette er avgjørende kunnskap for å lykkes med:

1. utforming av forbedringstiltak tiltenkt de samme lokale praksiser/kontekster
2. pilotering og implementering av tiltak/samhandlingsforløp i de samme lokale praksiser/ kontekster.

Mer konkret- hva ser vi etter?

- **Vi ønsker blant annet å se nærmere på:**
 - Hvordan opplever pasienter og pårørende møte med helsetjenesten i kommune og sykehus?
 - Hvordan samarbeider ansatte i sykehus og kommune med den enkelte pasient og eventuelle pårørende?
 - Hvordan samarbeider sykehus og kommunen og hvordan er samhandlingen internt i kommune og spesialisthelsetjeneste?
 - Hvordan tilrettelegges det for helhetlige og koordinerte tjenester?

Det er et mål om å få kunnskap om i hvilken grad systemer og ulike aktører tilrettelegger for et helhetlig og koordinert tilbud – både gjennom oppgave og ansvars avklaringer og gjennom samarbeid og samhandling

Prosjektorganisering

LKT – fra 2017

Styringsgruppe

Kjerneteam

Prosjektgruppe

Referansegrupper:

Arbeidsgruppe barn/unge (0-18år)	Arbeidsgruppe eldre > 67 år	Referansegruppe
<p><u>Deltagere:</u> Anders Alme (BUK) Marit Lerheim (SU Bergensregionen) Ida Carlsen (Brukerutvalet i HB)</p> <p>Ungdomsrådet, HUS NN fra PBU, HUS (inkl BUP) Fastlege (PKO?) – se pkt til avklaring foil 9 Bergen kommune: -Fagavdelingen barnehage og skole (PPT)? -Etat for tjenester til utviklingshemmede? Os: Helsestasjon? Lindås: Barnevern? Brukerrepr. fra kommune</p>	<p><u>Deltagere:</u> Svein Kristiansen (Brukerutvalet i HB) Bente Orlen Westervik (Brukerutvalet i HB) Eileen Langedal (BK) Janne Ferstad (HDS)</p> <p>Brukerrepr. fra kommune Fastlege fra OS foreslått PKO? Geriatrikompetanse fra HDS (?) Mottaksklinikken HUS (?) Os: Heimebasert omsorg? Lindås: Forvaltningstjenesten? Alderspsykiatri - Olaviken ? Legevakt/ØHD?</p>	<p><u>Deltagere:</u> Audun Pedersen (BK) Rannveig Bovim (SU Nordhordland) Marianne Nielsen (REHAB, HUS) Unni Solem (SU Voss) Randi-Luise Møgster (Divisjon Psykisk helsevern, HUS) Magnus Alvestad (FOU, HUS)</p> <p>Andre?</p>

Medisinskfaglig utvalg

Samarbeidsutvalgene

Takk for meg!