



HANDLINGSPLAN FOR SAMHANDLING 2015

Handlingsplan for samhandling 2015 er et felles arbeidsdokument for kommunene i Vestfold (med unntak av Sande og Svelvik) og SiV HF og skal bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse og omsorgstjenester. Planen beskriver de aktivitetene som skal ha hovedfokus i samhandlingen i 2015.

Bakgrunnen for planen er samhandlingsreformens hovedmålsettinger om tidlig innsats, forebygge helseskader og utvikle bærekraftige helsetjenester; rett behandling – på rett sted – til rett tid, og de samarbeidsavtalene som er inngått mellom partene. Den bygger videre på satsingsområder, aktiviteter og resultater fra tidligere handlingsplaner og de erfaringer og resultater som er oppnådd.

Handlingsplanen er utarbeidet av Samhandlingsutvalget (kommunalsjefer helse, kliniksjefer, bruker- og ansatte representanter), med endelig vedtak av Overordnet Samarbeidsutvalg; OSU (den administrative ledelsen fra SiV HF og kommunene).

Hvert av planens innsatsområder har en arbeidsgruppe med leder og sekretær. Arbeidsgruppens medlemmer følger som vedlegg til planen. Samhandlingsenhetene i helseforetaket og for kommunene har ansvaret for den daglige oppfølgingen.

Aktuelle dokumenter ligger på våre nettsider www.siv.no/fagfolk/samhandling og www.larvik.kommune.no/samhandlinghelse.

Det foregår mye god samhandling og innsats hver dag for å utvikle helsetjenestene til beste for innbyggerne. Denne planen er ikke uttømmende for samhandlingen, men et felles styringsdokument mellom kommunene og SiV. Det er vårt ønske at denne planen skal bidra til å utvikle en god og likeverdig helsetjeneste for alle innbyggerne i Vestfoldsamfunnet.

Planen er ikke til hinder for at partene kan bli enige om samhandlingstiltak i tillegg til de som framgår av planen.

Kompetanseutvikling

1 Begrunnelse

Den overordnede hensikt med samhandlingsreformen er ”rett behandling – på rett sted – til rett tid” (beste effektive omsorgsnivå). Det antas at flere pasienter kan behandles i kommunehelsetjenesten under forutsetning av at helsepersonellet har nødvendig kompetanse og at 1. og 2. linje tjenesten har gode samarbeidsordninger.

Strategisk kompetanseplanlegging (langsiktig plan)

Det er en økende erkjennelse av at satsing på kompetanse er helt avgjørende for måloppnåelse og verdiskapning. Statlige reformer, nye krav til tjenestene og teknologisk utvikling nødvendiggjør faglig oppdaterte medarbeidere som kan være med i det løpende utviklingsarbeidet. Det skjer til en hver tid betydelig satsning på kompetanseutvikling, men ikke alltid like systematisk og målrettet – det vil si tilpasset virksomhetens behov.

En god oversikt over helsepersonellens kunnskaper, ferdigheter og arbeidsmetodikk når det gjelder målgrupper som omfattes av samhandlingsreformen ses på som et godt grunnlag for utarbeidelse av langsiktige planer for kompetanseutvikling - og spredning.

Det foreligger ikke en strategisk kompetanseplan for samhandlingsarbeidet i Vestfold. SU mener det derfor er behov for å lage en slik plan og anbefaler at det gjøres en kartlegging av hvilken kompetanse som er nødvendig for å oppnå samhandlingsreformens mål i Vestfold - og sammenholde denne med hvilken kompetanse som faktisk er tilgjengelig for så igjen å kunne lage en mer langsiktig strategisk kompetanseplan.

Juli 2013 ble rapporten ”kompetanse, kvalitet og kapasitet” - kompetanseplanlegging i helse- og omsorgssektoren i Vestfold - overlevert 12k og SiV HF. Rapporten peker særskilt på det fremtidige behovet for helsefagarbeidere og sykepleiere. I punktene under er det gjengitt 5 mulige strategier fra rapporten som kan bidra til å minske gapet mellom tilbud og etterspørsel på kompetanse, hvorav de to første punktene er spesielt aktuelle for dette mandatet.

- Bruk av strategisk kompetanseplanlegging
- Skape attraktive arbeidsplasser
- Tilrettelegge for rekruttering av flere helsefagarbeidere
- Tilrettelegge for rekruttering av flere sykepleiere
- Tilrettelegge arbeidstid og turnus

Læring og forbedring (operativ plan 2015)

Erfaringer fra 3iV (antibiotikaprojektet), prosjekt multisyke eldre og samhandlingsavvik har avdekket mangel på observasjons- og handlingskompetanse, spesielt innen pleie- og omsorgspersonellgruppen. Det er derfor nødvendig å heve den grunnleggende observasjons- og handlingsberedskapen til sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere både i

kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten for å sikre at pasienten i større grad blir ivaretatt på riktig nivå i helsetjenesten. For å heve denne type kompetanse har flere kommuner og sykehus tatt i bruk nyttige kartleggingsverktøy. (Disse omtales som ABCDE, MEWS og ISBAR).

1.) Observasjons – og handlingsberedskap

Målet med bruken av verktøyene er å øke kompetansen til helsepersonell i å gjenkjenne akutt dårlige pasienter på et tidlig tidspunkt og iverksette gode tiltak slik at man unngår forverring hos pasienten. Verktøyene er diagnoseuavhengige.

Forskning viser at mangelfull kunnskap og ferdighet i systematiske pasientobservasjoner, ofte fører til:

- for sen oppstart av adekvat behandling
- manglende innsikt om tidsfaktorens betydning,
- feil behandlingsnivå
- dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell
- uklare ansvarsforhold/organisering
- dårlig kontinuitet

ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure – er en metodikk for systematisk gjennomgang av vitale observasjoner hos pasienten).

MEWS (Modified Early Warning System – er en metodikk som gir systematisk oversikt over målinger og observasjoner for å kunne se risikopasienter, alvorlighetsgrad og når neste observasjon bør gjøres).

ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation – er en metodikk for formidling av tverrfaglig informasjon om pasienten på en strukturert måte)¹.

1 Se vedlegg

2.) Pasientsikkerhetskampanjens innsatsområder når det gjelder forebygging av fall, trykksår, urinveisinfeksjon og riktig legemiddelbruk i sykehjem.

Kompetanse på observasjoner og handlingsberedskap i forhold til akutt dårlige pasienter, vil også ha overføringsverdi til andre deler av helsetjenesten. Flere av områdene i dagens pasientsikkerhetskampanje omhandler å bli god på observasjoner og se tidlige tegn på sykdomsutvikling hos pasienten. Det er et mål å forebygge trykksår, fall og urinveisinfeksjoner i tillegg til å bli bedre på å observere og dokumentere virkninger og bivirkninger av legemidler.

Tiltaket har vært tidligere vært behandlet i SU, og det må nå være et mål å få til en felles og systematisk innsats på disse områdene.

3.) Gjensidig hospitering

Hospitering nevnes som en nyttig metodikk for kompetanseheving i mange sammenhenger. Det er ønskelig med en systematisk satsning på dette området.

4.) Oppfølging av samhandlingsavvik

Både kommuner og sykehuset har i en toårs periode jobbet systematisk med å melde og følge opp samhandlingsavvik. Det er laget sammenfatninger av avvikene og det er satt i verk rutiner og prosedyrer for de avvikene som forekommer hyppigst. Tiden har nå kommet for å måle og evaluere om rutiner og prosedyrer etterleves.

Tiltak som er satt i gang og som skal videreutvikles:

- Bruk av MEWS, ABCDE og ISBAR for å heve observasjons- og handlingskompetanse
- Forebygge fall, trykksår, urinveisinfeksjon, riktig legemiddelbruk på sykehjem
- Hospitering - Utveksling av personell – for eksempel leger og sykepleiere
- Måle og evaluere tiltak (rutiner og prosedyrer) som er satt i gang med utgangspunkt i samhandlingsavvik

2 Mandat

Mandatet er delt i to hovedområder. Det ene området handler om det langsiktige perspektivet (strategisk kompetanseplanlegging, langsiktig plan) og det andre området handler om konkrete tiltak som skal iverksettes i 2015 (læring og forbedring, operativ plan 2015).

(1) Strategisk kompetanseplanlegging (langsiktig plan)

Foreslå hva en strategisk kompetanseplan skal omhandle og beskrive – med utgangspunkt i pasientgruppene som omfattes av samhandlingsreformen, for eksempel utskrivningsklare pasienter, pasientgrupper i kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud, pasienter med kroniske lidelser.

- Kompetansekrav
- Kompetansebeholdning (på et overordnet nivå)
- Behov for endringer

(2) Læring og forbedring; operativ plan for 2015

Det er allerede satt i gang arbeid som omhandler punktene under denne overskriften, men initiativene er spredte. En ønsker derfor å forsterke arbeidet som er i gang ved en mer systematisk tilnærming.

Arbeidet skal besvare følgende spørsmål:

- a) Forslå en opplæringsmodell for bruk av "kartleggingsverktøyene" ABCDE, MEWS og ISBAR

- b) Foreslå hvordan kommunene og sykehuset kan forbygge fall, UVI, liggesår og sikre riktig legemiddelbruk på sykehjem på en systematisk måte.
- c) Foreslå hvilke instrumenter (skjemaer) som skal benyttes for å bedømme risiko for ovenfor nevnte innsatsområder
- d) Foreslå hvilket helsepersonell og hvilke seksjoner som skal inngå i hospiteringsordning
- e) Foreslå hvilke rutiner og prosedyrer som skal evalueres.
- f) Foreslå en egnet metode for måling / evaluering av tiltak som er satt i gang med utgangspunkt i samhandlingsavvikene
- g) Foreslå hvordan punktene (1) – (2 g) skal implementeres; inkludert en tidsplan for dette

3 Resultat

Resultatet av arbeidet skal være en plan for det videre arbeidet med utgangspunkt i punktene i mandatet og hvordan de ulike områdene bør gjennomføres.

4 Organisering og ansvar

Det nedsettes en liten arbeidsgruppe bestående av personer med følgende typer kompetanse:

- Kjennskap til tidligere prosesser i SU
- Personer som har kunnskap om innsatsfaktorene i pasientsikkerhetskampanjen
- Personer som kan MEWS, ABCDE, ISBAR
- Personer som har et medisinskfaglig og sykepleiefaglig engasjement for hospitering
- Personer som har erfaring med evalueringsmetodikk

Det foreslås nedsatt en arbeidsgruppe bestående av følgende personer/funksjoner:

- En person fra USIT
- En samhandlingssykepleier
- En person fra kvalitetsenhet / samhandlingsenhet
- En leder fra kommune
- En leder fra SiV
- En fra PKO
- Samhandlingskoordinator KiV
- Samhandlingssjef SiV HF

5 Tidsfrist

Forutsatt oppstart ca. 1.1.2015, bør oppdraget kunne besvares innen utgangen av mai 2015.

Vedlegg 1: Kartleggingsverktøy / tiltakskort

UTVIKLE OG TA I BRUK FELLES SAMHANDLINGS-STATISTIKK

1 Begrunnelse

Samhandlingsreformen har blant annet disse målene:

- Få til en kraftigere satsing på forebyggende arbeid og tidlig innsats
- Bremse presset på spesialisthelsetjenesten ved at flere oppgaver blir overtatt av kommuner og fastleger
- Utvikle koordinerte og helhetlige helsetjenester
- Styrke koplingen mellom arbeid og helse

I den perioden reformen har vart, har samarbeidspartnerne i Vestfold i liten grad utviklet og tatt i bruk et felles faktagrunnlag som kan gi grunnlag for å vurdere hvorvidt vi er på rett vei eller ikke i forhold til målene ovenfor. Det foreligger riktignok mye tilgjengelig materiale som kan gi indikasjoner på hvordan utviklingen går, men disse er ikke sammenstilt på en måte som kan gi et felles virkelighetsbilde, og det er derfor naturlig nok heller ikke etablert arenaer hvor partene kan drøfte et slikt materiale.

Det bør derfor settes i gang et arbeid med sikte på å skaffe partene et felles informasjonsgrunnlag til å vurdere i hvilken grad vi når målene med reformen. Arbeidet bør også beskrive hvordan informasjonen skal skaffes til veie og hvordan den bør brukes/behandles (fora, beslutningsstrukturer mv).

2 Mandat

Arbeidet skal besvare følgende spørsmål:

- (1) Foreslå hvilken informasjon/hvilke data partene trenger for å kunne vurdere hvorvidt samarbeidet bidrar til å oppfylle målene med samhandlingsreformen
- (2) Foreslå hvordan denne informasjonen skal presenteres/framstilles
- (3) Foreslå hvordan grunnlagsmaterialet skal framskaffes, og hvem som har ansvar for de ulike aktivitetene som må gjennomføres for å kunne presentere informasjonen på den måten som foreslås (en driftsmodell for utarbeidingen av informasjonsgrunnlaget/ samhandlingsstatistikken)
- (4) Foreslå hvor hyppig denne informasjonen skal utarbeides
- (5) Foreslå hvordan informasjonen skal brukes (arenaer, fora, prosesser mv.)
- (6) Foreslå hvordan anbefalingene i punktene (1) – (5) skal implementeres; inkludert en tidsplan for dette og en fordeling av eventuelle utviklings- og driftskostnader

3 Resultat

Resultatet av arbeidet skal være en rapport som besvarer spørsmålene i mandatet.

4 Organisering og ansvar

For å besvare spørsmålene i mandatet, bør det nedsettes en liten arbeidsgruppe bestående av personer med følgende typer kompetanse:

- Kunnskap om hvilket behov for informasjon vedrørende målene i samhandlingsreformen som ledere og andre beslutningstakere har
- Kjennskap til eksisterende – og mest mulig lett tilgjengelige – datakilder som kan gi denne informasjonen
- Kunnskap om hvordan data fra ulike kilder kan settes sammen og presenteres på en hensiktsmessig måte

Det foreslås nedsatt en arbeidsgruppe bestående av følgende personer/funksjoner:

- En person fra Analyse-/økonomifunksjonen ved SiV
- Kommunenes samhandlingskoordinator
- En leder fra SiV
- En person fra Samhandlingsenheten på SiV

5 Tidsfrist

Forutsatt oppstart ca. 01.01.2015, bør oppdraget kunne besvares innen utgangen av mai 2015.

ANALYSERE BRUKEN AV KOMMUNALE DØGNPLASSER FOR ØYEBLIKKELIG HJELP OG FORESLÅ NØDVENDIGE TILTAK

1 Begrunnelse

En av de obligatoriske delavtalene i samhandlingsreformen omfattet kommunenes plikt til innen 2016 å ha etablert tilbud om døgnopphold til pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Siktemålet med et slikt tilbud var å sikre at pasienter som ikke hadde behov for innleggelse i sykehus, skulle få et tilfredsstillende tilbud i kommunal regi. Dermed skulle helseforetakene avlastes for et betydelig antall innleggelser og døgnopphold.

Det er per i dag etablert slike plasser 5 steder i Vestfold, og det er inngått avtale mellom SiV og kommunene om driften av disse. Erfaringene så langt viser imidlertid at tilbudet i liten grad blir benyttet, og det er også usikkert om tilbudet brukes til de pasientgruppene som de opprinnelig var ment for. Det bør derfor gjennomføres en analyse av drift og erfaringer med disse plassene så langt, og iverksettes tiltak på grunnlag av de data som analysen viser.

2 Mandat

Arbeidet skal besvare følgende spørsmål:

- (1) Hvor mange innleggelse har det vært i 2014 på de 5 KAD enhetene i Vestfold?
- (2) Hvor mange døgnopphold representerer disse innleggelsene?
- (3) Hvordan fordeler disse innleggelsene seg på ulike pasientkategorier/diagnosegrupper (både absolutte tall og prosent)?
- (4) Hvor kommer disse pasientene fra/hvor henvises de fra (både absolutte tall og prosent)?
- (5) På hvilken måte har SiV blitt avlastet gjennom etableringen av disse plassene?
- (6) I hvilken grad oppleves de funn som framkommer gjennom punktene (1) – (5) å være i samsvar med det som var målet med å etablere plassene?
- (7) Hvilke tiltak bør iverksettes for at KAD enhetene i større grad skal fylle den rollen de er tiltenkt i den akuttmedisinske kjeden; inkludert en tidsplan for dette? Besvares dersom analysen i punktene (1) – (5) gir grunnlag for det. Inkludert i dette ligger også en vurdering av om dagens struktur på KAD plassene er tilstrekkelig robust til å møte framtidens krav.
- (8) Hvordan kan partene i fellesskap sikre at plassene blir brukt etter hensikten?

Spørsmålene ovenfor skal besvares både for hver av de 5 KAD enhetene og som en samlet vurdering for alle enhetene i Vestfold.

3 Resultat

Resultatet av arbeidet skal være en rapport som besvarer spørsmålene i mandatet.

4 Organisering og ansvar

For å besvare spørsmålene i mandatet, bør det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av personer med følgende typer kompetanse:

- God innsikt i hva som var hensikten med å etablere denne type plasser
- God innsikt i den akuttmedisinske kjeden
- God innsikt i hvilke faglige og andre krav som må stilles til disse plassene for at de skal bli brukt etter hensikten

Det foreslås nedsatt en arbeidsgruppe bestående av følgende personer/funksjoner:

- 1 representant for fastlegene
- 1 representant for pleie- og omsorgstjenestene i kommune
- 2 representanter for KAD plassene (minimum én av disse bør være medisinsk faglig ansvarlig)
- 1 representant for legevaktene
- 1 representant for prehospitale tjenester
- 1 representant for akuttmottaket ved SiV

I tillegg bør arbeidsgruppen ha en sekretærfunksjon.

5 Tidsfrist

Forutsatt oppstart ca. 01.01.2015, bør oppdraget kunne besvares innen utgangen av mars 2015.

Utvikle en generell modell for pasientforløp med implementeringsplan

1 Begrunnelse

Behandlingsfilosofien og organiseringen av helsetjenestene vil være noe ulik i en kommune og i spesialisthelsetjenesten, spesielt for pasienter med kroniske sykdommer. For å kunne sikre felles standard for behandling, kontroll og rehabilitering, herunder pasientrettet forebygging av pasienter med kronisk sykdom, anses det derfor som hensiktsmessig å tilstrebe en felles metode / modell for utvikling av tverrsektorielle pasientforløp.

En felles metode vil forenkle arbeidet med å finne de relevante tiltakene som skal til for å sikre bedre sammenheng på tvers av forvaltningsnivåene slik at pasienter opplever samme kvalitet i pasientbehandlingen (pasientforløpet) uansett hvor i fylket de bor. Det er behov for en modell som konkretiserer innsatsområder som skal til for å styrke den helsefaglige kvalitet, øke pasientinvolvering og pasienttilfredshet i tillegg til en mer effektiv ressursutnyttelse. Det er tilsvarende et behov for en generell modell for hvordan pasientforløpet skal implementeres.

Det bør derfor være et prioritert tiltak å utvikle en generell modell for pasientforløp for pasienter med kroniske sykdommer, slik at denne kan legges til grunn når nye pasientforløp skal utarbeides. Modellen skal i tillegg ha en plan for hvordan pasientforløpet skal implementeres.

Danske myndigheter har utarbeidet nyttige veiledere på området og arbeidsgruppen anbefales å sette seg inn i disse i det videre arbeidet.

2 Mandat

Arbeidsgruppen skal beskrive en generell modell for pasientforløp basert på evidensbasert kunnskap

Disse spørsmålene skal besvares:

a) Pasientforløpet

(1) Hvilke hovedfaser bør pasientforløpet deles opp i?

(2) Hva skal beskrives i de ulike hovedfasene?

(3) Hvordan bør implementeringsarbeidet legges opp?

- Organisering
- Faser
- Forankring

(4) Hvordan sikre at anbefalingene fra arbeidsgruppen blir implementert; inkludert en tidsplan for dette?

3 Resultat

Resultatet av arbeidet skal være en rapport som besvarer spørsmålene i mandatet.

4 Organisering og ansvar

For å besvare spørsmålene i mandatet, bør det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av personer med følgende typer kompetanse:

- Kunnskap om og kjennskap til arbeid med pasientforløp
- Erfaring med implementeringsarbeid
- God innsikt i aktuelle prosjektmodeller – både i kommunene og i SiV
- God forståelse for sammenhengen mellom prosjekter og beslutningsprosesser i linjeorganisasjonen
- God forståelse for kompleksiteten ved å gjennomføre prosjekter som omfatter flere selvstendige organisasjoner

Det foreslås nedsatt en arbeidsgruppe bestående av følgende personer/funksjoner:

- En person fra kommune som har god innsikt i pasientforløpstankegangen
- En person fra SIV HF som har god innsikt i pasientforløpstankegangen
- To personer som har god innsikt i og erfaring med prosjektarbeid

I tillegg bør arbeidsgruppen ha en sekretærfunksjon.

5 Tidsfrist

Forutsatt oppstart ca. 1.1.2015, bør oppdraget kunne besvares innen 1.6.2015.

UTVIKLE OG STYRKE SAMARBEIDET MED FASTLEGENE

1 Begrunnelse

Fastlegene er pasientenes faste kontaktpunkt i helsetjenesten og innehar derfor en nøkkelrolle i arbeidet med å gjennomføre samhandlingsreformens intensjoner. De har en viktig funksjon både i forhold til andre samarbeidspartnere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i samarbeidet med helseforetakene.

De avtaler som er inngått mellom KS og Legeforeningen regulerer konkrete samarbeidsorganer på kommunenivå – i form av Allmenlegeutvalg og Samarbeidsutvalg -, men det er store variasjoner med hensyn til hvordan disse organene fungerer i praksis i ulike kommuner.

For å styrke samarbeidet mellom fastlegene og SiV er det etablert en Praksis Konsulent Ordning (PKO) – med fastleger i deltidsstillinger ansatt av SiV. Det er også grunn til å framheve at det i regi av Vestfold Legeforening nylig er etablert en pool av fastleger (i første omgang 5 – 6) som i særlig grad har sagt seg villig til å delta i forbedringsprosjekter. Det gjelder også prosjekter med bedre samhandling som mål.

Selv om mye fungerer bra også i dag, synes det å være bred enighet – både blant fastlegene, kommunene og SiV – om at det kan være behov for å se nærmere på hvordan samarbeidet med fastlegene kan utvikles og styrkes. Viktigheten av dette ble også framhevet på OSU møtet den 19. mai i år. Det bør derfor settes i gang en prosess for å se nærmere på hvordan dette kan gjøres.

På SU møtet den 28. august var det enighet om å anbefale overfor OSU at arbeidet med denne problemstillingen var tjent med en litt ”mykere” inngang enn de øvrige tiltakene i Handlingsplanen. Det vil si at en gruppe av kommuneoverleger, fastleger og leger fra SiV sammen drøfter hva som bør være kjernen i et slikt utviklingsarbeid og hvordan det bør legges opp. Gruppen bør deretter komme tilbake til SU/OSU med et forslag til konkret mandat og en regi for det videre arbeidet.

I punkt 2 nedenfor er det listet opp noen problemstillinger som SU mener gruppen kan ta utgangspunkt i når den skal foreslå et mandat for arbeidet, men den bør stå fritt til også å vurdere andre spørsmål/problemstillinger.

2 Aktuelle problemstillinger

(1) Hvordan kan de etablerte samarbeidsforaene i kommunene – Allmenlegeutvalget (AU) og Samarbeidsutvalget (SU) – utvikles slik at de på en enda mer strukturert og målrettet måte enn i dag kan fremme samarbeidet mellom fastlegene, kommunene og SiV?

(2) Hvordan kan fastlegene bli tettere integrert i utviklingsarbeid knyttet til samhandlingsreformen?

(3) Hvordan sikre implementering av ”ny praksis” (for eksempel reviderte pasientforløp) hos alle fastleger etter at et forbedrings-/utviklingsarbeid er gjennomført?

(4) Innenfor hvilke fagområder kan det være særlig aktuelt å se nærmere på arbeidsdelingen mellom sykehusleger og fastleger – med sikte på overføring av oppgaver?

3 Resultat

Resultatet av arbeidet skal være et forslag til mandat og regi for et videre arbeid med sikte på å utvikle samarbeidet mellom kommunene og fastlegene og mellom SiV og fastlegene.

Arbeidsgruppen skal altså ikke besvare ovennevnte spørsmål, men vurdere hvorvidt de kan egne seg som deler av et mandat for et videre arbeid.

4 Organisering og ansvar

Det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av:

- 1 kommunalsjef/kommunaldirektør
- 2 – 3 kommuneoverleger
- 2 – 3 fastleger/PKO'er
- 1 – 2 leger fra SiV

.. for å utarbeide et mandat og en regi for det videre arbeidet med å styrke samarbeidet med fastlegene. Det er en forutsetning at regien for det videre arbeidet også inkluderer representanter for andre funksjoner enn kommuneoverleger, fastleger og leger fra SiV.

I tillegg bør arbeidsgruppen ha en sekretærfunksjon.

5 Tidsfrist

Forutsatt oppstart senest 01.01.2015, bør oppdraget kunne besvares innen utgangen av mars 2015. Det forutsettes at forslaget til mandat og regi legges fram for SU og OSU for godkjenning.

REVITALISERE OG KONKRETISERE DELAVTALEN OM HABILITERING, REHABILITERING, LÆRING OG MESTRING MV

1 Begrunnelse

En av de obligatoriske delavtalene i samhandlingsreformen omfattet habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud mv for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.

I delavtale (f) fra 2012 gjøres det rede for ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommuner og helseforetak, slik den på det tidspunkt kunne leses ut av lover og sentrale forskrifter. Det gjøres også rede for etablering av koordinerende enhet (KE) i kommune og helseforetak, for etablering av koordinatorfunksjon og for arbeidet med individuell plan (IP).

De pasientgruppene som omhandles av denne delavtalen er blant de særlige målgruppene for samhandlingsreformen. Reformen var tenkt som et viktig virkemiddel for å bedre tilbudet til pasienter med et langvarig forhold til helsetjenesten og behov for god koordinering av tjenestene. Samtidig var dette fagområdet svakt omtalt – og egentlig lite prioritert – i selve reformforslaget.

I delavtale (f) fra 2012 gis det – som nevnt – en prinsipiell beskrivelse av ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommune og helseforetak på de områder avtalen omfatter. Det gis også en gjennomgang av Koordinerende Enhet (KE), koordinatorrollen og Individuell Plan (IP). Avtalen er imidlertid i relativt liten grad fulgt opp med konkrete, målrettede og helhetlige utviklings- og forbedringsaktiviteter for å sikre at pasientene tilbys sammenhengende og godt koordinerte tjenester.

Samtidig har det skjedd en del både i Vestfold, i andre helseregioner og nasjonalt som gjør det aktuelt å konkretisere og vitalisere delavtalen fra 2012. Dette kan illustrere blant annet gjennom følgende:

- H-dir. rapport IS-1947: Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Denne rapporten var klar omtrent samtidig med reformen, og gir et godt grunnlag for ytterligere konkretisering.
- Ny Veileder til Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. I løpet av høsten vil H-dir. ha ferdig en slik veileder.
- Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. Den nye regjeringen har besluttet å utarbeide en opptrappingsplan for habiliterings- og rehabiliteringsområdet fra 2016. Arbeidet er i gang. Det har kommet signaler om at det legges opp til betydelige endringer i arbeids- og oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten på dette området i tiden framover. Det gjør at det vil være naturlig med en lokal prosess her i Vestfold for å følge opp dette.
- Prosjektrapport om rehabilitering i Midt-Norge. I Midt-Norge har kommuner, helseforetak, brukerorganisasjoner og private rehabiliteringsinstitusjoner sammen laget en omfattende rapport om framtidens rehabiliteringstilbud. Den gir mange innspill som kan være nyttige for en konkretisering også her i Vestfold.

- Lokale prosesser. Til tross for at vi i liten grad har satt et helhetlig fokus på rehabiliterings- og habiliteringsfeltet lokalt i Vestfold, er det likevel gjennomført prosjekter/tiltak som vi kan dra nytte av hvis vi nå ønsker å revitalisere og konkretisere den aktuelle delavtalen:

- Vi er i ferd med å avslutte et pasientforløp for KOLS pasienter. Her er også rehabiliteringsaspektet inkludert.

- Vi er i ferd med å avslutte et pasientforløp for slagpasienter. Også her er rehabiliteringsaspektet inkludert.

- Våren 2013 leverte en arbeidsgruppe en rapport om utvikling av rehabiliteringstilbudet til kreftpasienter.

- Vi har nå 2-3 års erfaring med KE, koordinatorfunksjon og IP – både i kommunene og ved SiV.

Til møtet i SU den 28. august forelå det et forslag om å iverksette et arbeid med å revitalisere hele delavtalen fra 2012 – med det siktemål å utvikle en generisk modell for samhandling innen rehabilitering, habilitering og læring og mestring i Vestfold. SU var imidlertid av den oppfatning at det ville bli for arbeidskrevende å gjennomføre dette både for rehabilitering og habilitering. For rehabiliteringsfeltet ble det i stedet besluttet at et generisk perspektiv skulle integreres i den modellen for pasientforløp som også står på Handlingsplanen for 2015.

Derimot var det enighet om å sette i gang et arbeid innen området habilitering. SU var imidlertid av den oppfatning at det ville være hensiktsmessig å nedsette en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å diskutere hva som burde være kjernen i et slikt arbeid og hvordan det kunne legges opp. SU ønsket altså ikke på det nåværende tidspunkt å gi arbeidsgruppen et konkret mandat, men å invitere den til selv å komme med innspill til hva arbeidet burde fokusere på.

I punkt 2 nedenfor er det listet opp en del spørsmål/problemstillinger som arbeidsgruppen kan ta utgangspunkt i når det skal foreslå et mandat for arbeidet, men den bør altså stå fritt til selv å foreslå andre.

2 Aktuelle problemstillinger

(1) Hvilke kriterier bør legges til grunn for at pasienter skal ha et habiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten?

(2) Hvordan bør den konkrete ansvars- og arbeidsfordelingen være mellom fastleger, kommuner og spesialisthelsetjenesten på habiliteringsområdet? Legg hovedvekten på det som er fellestrekk for alle/flest mulig pasientgrupper, men gjør også rede for viktige forskjeller mellom pasientgruppene.

(3) Hvordan bør brukermedvirkningen skje?

(4) Hvordan sikre at IP blir tatt i bruk der hvor det er hensiktsmessig og ønskelig?

(5) Hvordan sikre at koordinatorfunksjonen fungerer? Skill gjerne mellom denne funksjonen i helseforetak og kommune.

(6) Hvilken rolle bør KE i henholdsvis kommune og i SiV ha i forhold til disse pasientgruppene?

(7) Beskrive så konkret som mulig hvordan samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten bør være innen habiliteringsområdet.

(8) Beskriv gjerne også hvordan samarbeidsformene bør være internt i spesialisthelsetjenesten og internt i primærhelsetjenesten.

(9) Vurdér behovet for samarbeidsfora/-arenaer mellom aktørene. Dette gjelder samarbeidsfora både på individ- og systemnivå.

(10) Er det områder som bør styrkes rent kompetansemessig for at arbeidsgruppens anbefalinger skal kunne realiseres?

3 Resultat

Resultatet av arbeidet skal være et forslag til mandat og regi for et videre arbeid med sikte på å utvikle samarbeidet mellom kommunene, fastlegene og mellom SiV og fastlegene. Arbeidsgruppen skal altså ikke besvare ovennevnte spørsmål, men vurdere hvorvidt de kan egne seg som deler av et mandat for et videre arbeid.

4 Organisering og ansvar

Det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av:

- 1 representant fra Habiliteringstjenesten ved SiV
- 1 representant for Glenne regionale senter for autisme
- 1 representant for BUPA
- 3 representanter for enheter i kommunene som arbeider med habilitering
- 1 PKO/fastlege
- 1 – 2 brukerrepresentanter

I tillegg bør arbeidsgruppen ha en sekretærfunksjon.

5 Tidsfrist

Forutsatt oppstart ca. 01.01.2015, bør oppdraget kunne besvares innen utgangen mars 2015. Det forutsettes at forslaget til mandat og regi legges fram for SU og OSU for godkjenning.

VEDLEGG;

Handlingsplan for samhandling 2015. Gruppeoversikt	Navn	Funksjon	Arbeidssted
Kompetanseutvikling			
Leder;	Irene Jørgensen	Samhandlingssjef	SiV
Sekretær;	Siri Jensen	Samh. koordinator	Vestfoldkommunene
<u>Repr fra kommunene</u>	Henriette Ruud		Undervisningssykehjem/hj tj
	Renate Solstad	rådgiver	Nøtterøy
<u>Representanter fra SiV HF</u>	Ellen Schjelderup	fagutviklingssykepleier	SIM-senteret
Samhandlingsstatistikk			
Leder;	Irene Jørgensen	Samhandlingssjef	SiV
Sekretær;	Siri Jensen	Samh koordinator	Vestfoldkommunene
<u>Repr fra kommunene</u>	Vidar Andersen	Kommunalsjef	Stokke
	Erlend Viken	Kommuneoverlege	Re
<u>Repr fra SiV</u>	Espen Andersen	IKT sjef	SiV
	Torgeir Grøtting	Rådgiver, analyseenhet	SiV
Samarbeid med fastlegene			
Leder;	Tove Hovland	Kommunalsjef	Tønsberg
Sekretær;	Siri Jensen	Samh. koordinator	
<u>Repr fra kommunene</u>	Ole Henrik Augeste	Kommuneoverlege	Sandefjord
	Tom Ole Øren	Fastlege	Nøtterøy
	Søren Nissen	Kommuneoverlege	Tjøme
<u>Repr fra SiV</u>	Reinhardt Flø	Seksjonsoverlege	medisinsk klinikk
	Sven Løffeler	Overlege	kirurgisk klinikk
Pasientforløp			
Leder;	Irene Jørgensen	Samhandlingssjef	SiV
Sekretær;	Elisabet D. Ricci	Klinikksjef	SiV
<u>Repr fra kommunene</u>	Nina Klevan	rådgiver	Holmestrand
	Arne Bredvei	Fastlege	Larvik
	Anniken Midtvik T	leder, tjenestekontoret	Larvik
<u>Repr. fra SiV</u>	Nina Våge	rådgiver	SiV
	Bente Røise	rådgiver	SiV
Kommunale døgn Ø-hjelplasser			
Leder;	Karen Kaasa	Kommunalsjef	Larvik
Sekretær;	Geir Magnussen	Samhandlingsdirektør	SiV
<u>Repr fra kommunene;</u>	Anita Archer	Leder, Nøtterøy Helsehu	Nøtterøy
	Gerd- Synne Eidne	Fastlege	Nøtterøy
	Niels Kirkehus	Kommuneoverlege	Horten
<u>Repr fra SiV;</u>	Per Grunde Weyda	klinikksjef	kirurgisk klinikk
	Jon-Erik Steen Han	avdelingsoverlege	prehospital klinikk
Revitalisere avtale om habilitering			
Leder:	Aina Sander	Seksjonsleder	SiV
Sekretær:	Geir Magnussen	Samhandlingsdirektør	SiV
<u>Repr fra kommunene;</u>	Stein Evensen	Enhetsleder, voksenhabi	Horten kommune
	Roger Tverå	Seksjonsleder botiltak o	Sandefjord kommune
<u>Representanter fra SiV HF</u>			
	Geir Walter	Psykologspesialist	BUPA
	Tom Fr. Rørby	Seksjonsleder	Glennie