

Plan for videre samhandling?

Kjell Åge Nilsen

HMN RHF

Klarere pasientrolle

*”Det vil settes inn mer systematisk innsats på å analysere og beskrive de gode **pasientforløpene**, og ut fra dette skal det vurderes organisatoriske tiltak og myndighetstiltak som skal bidra til bedre samhandling.”*

Kap 3.3.2 side 25 St.m nr 47 Samhandlingsreformen

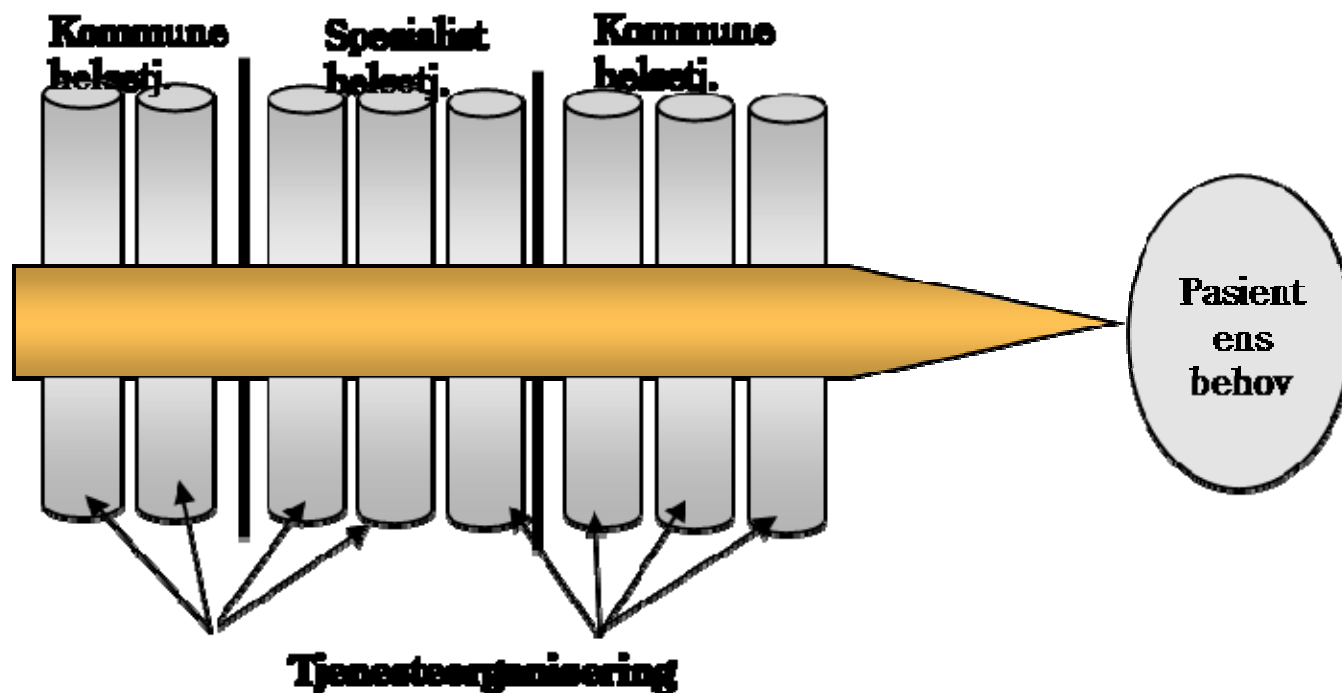
Hva er diagnosen?

Problemforståelsen i 4 punkt:



1. Ingen system som understøtter helheten
2. Vi kommer for seint til i sykdomsutviklingen. Vi bruker mye på reparasjon, mindre på forebygging og mestring
3. Den demografiske utviklingen gjør at problemet blir verre, og kan true samfunnets bæreevne
4. Vi blir færre som skal ta oss av flere

Ingen systemer som understøtter helheten



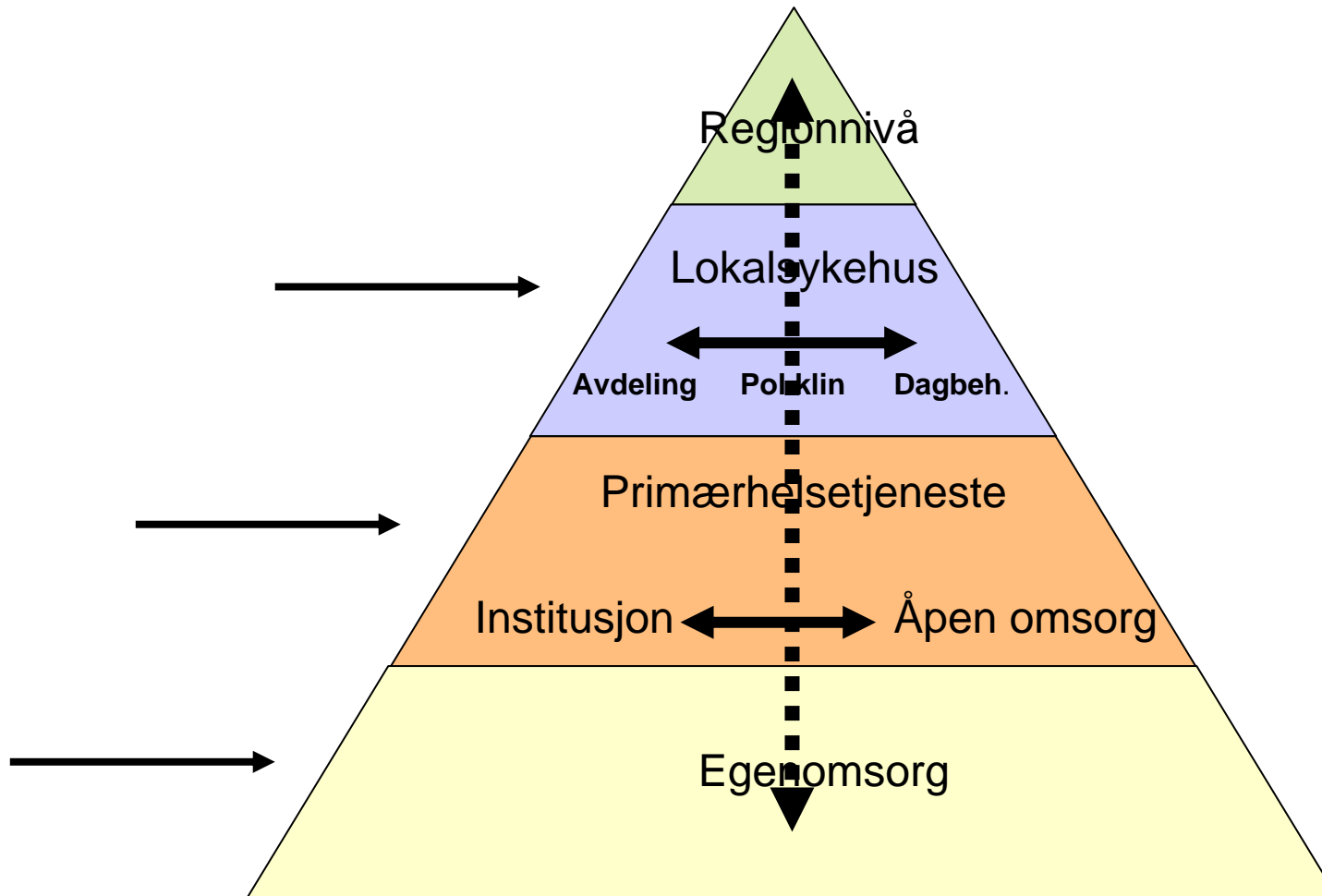
IP - Samhandlingsreformen

- **IP gjør det lettere for pasienten å ha innsikt i behandlingsforløpet og kontroll over egen helse**
- **Understøtter helheten i helse- og omsorgstjenestens tjenesteyting**
- **IP (Individuell Plan) er et sentralt tiltak for å ivareta samhandling av pasient- brukerforankring**
- **Arbeid med forløp er primært rettet mot systemsiden og utgjør et understøttende supplement til bruken av IP**
- **Hvilke dataverktøy kan støtte dette arbeidet (føringer i HMN)?**

Hva står på resepten?

- ✓ **Styrking av pasientens posisjon - økt vekt på å organisere tjenestene ut fra pasientforløp**
- ✓ **Styrking av forebyggende og helsefremmende arbeid**
- ✓ **En ny og oppgradert kommunerolle, bære ressurs- og oppgavemessig**
- ✓ **Nasjonal styring av IKT – økt samordning**
- ✓ **Nasjonal helseplan – Et overordnet politisk plansystem bl.a. for å kunne gjøre mer helhetlige prioriteringsbeslutninger**

Helsetjenestens "vertikalisering"



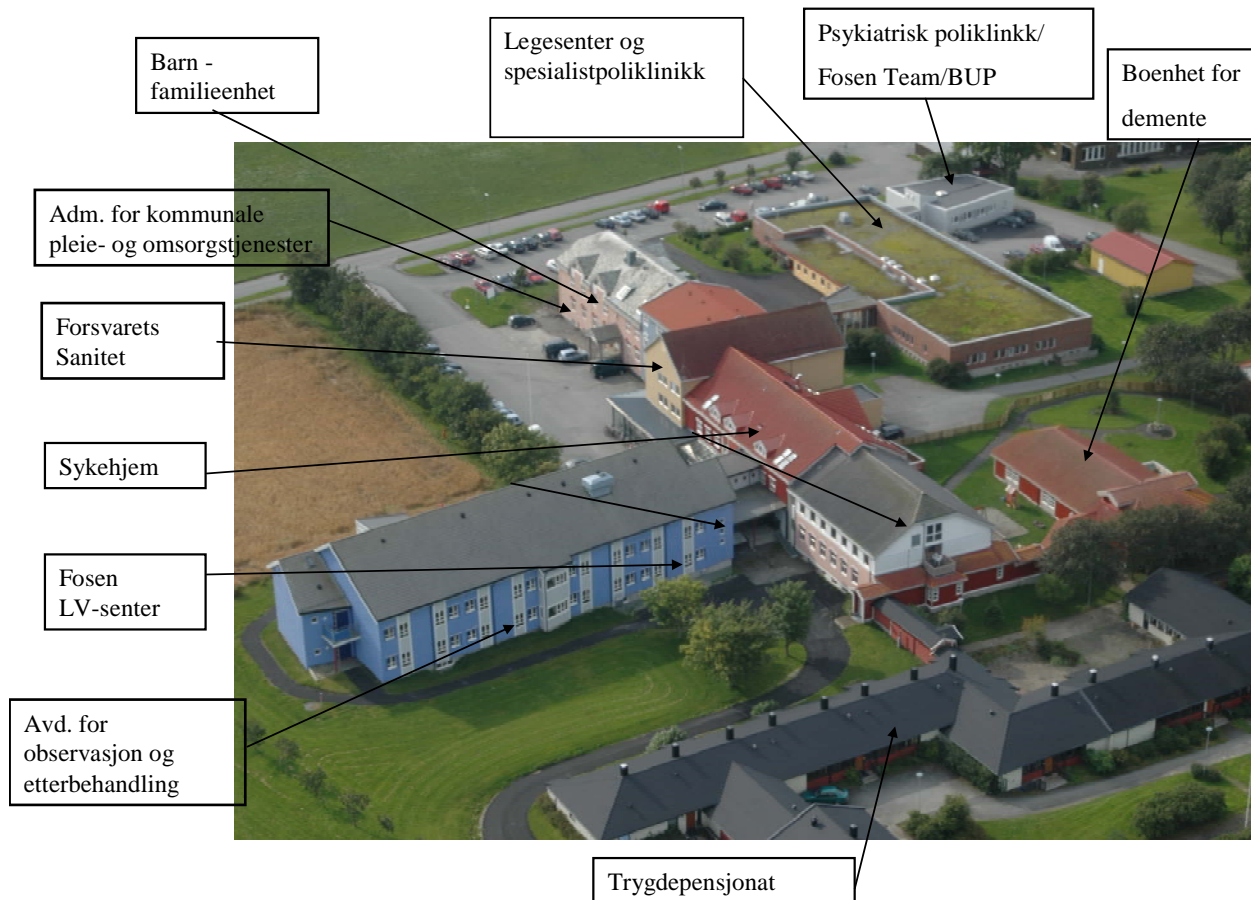
Hvem har ansvar for lage IP?

Den nye forskriften inneholder en presisering om at den delen av kommunens helse- og sosialtjenester eller helseforetaket som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet med individuell plan igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet (forskriftens § 6 første ledd).

Oppbygging av det intermediære nivå

- **Polikliniske team (Fosen)**
- **Avanserte sykehjem (Bedre behandling)**
- **Distriktpsikiatriske sentra (Kraftsentra)**
- **Distriktsmedisinske sentra (Kraftsentra)**
- **”Helsekommuner” (I tiden)**
 - Lovpålagte koordinerte tjenester der pasienten har en person som kontaktpunkt.

Fosen distriktsmedisinske senter



UTSKRIVELSE INNEN 1 DØGN

Hva skjer med pasientene ? (1260 pasienter i 2008)

HJEM	MORS	O.S.S.	ST.OLAV	SYKEHJ.
70 %	1%		23 %	6%

Intermediært arbeid - resultater

Liggedøgn utskrivningsklare pasienter

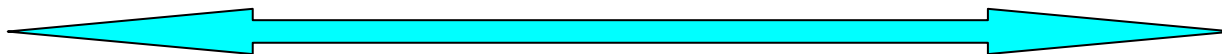
Sykehuset Levanger

<u>Kommune</u>	<u>2006</u>	<u>2007</u>	<u>2008</u>
<u>Steinkjer</u>	325	196	227
<u>Meråker</u>	53	23	44
<u>Stjørdal</u>	443	75	14
<u>Verran</u>	31	0	15
<u>Frosta</u>	13	44	10
<u>Leksvik</u>	19	2	46
<u>Levanger</u>	242	194	202
<u>Verdal</u>	120	116	285
<u>Inderøy</u>	11	14	37
<u>Snåsa</u>	14	0	2
<u>Andre</u>	0	0	23
<u>Sum</u>	1271	664	936

Hvordan bør kartet se ut? Hvilke prosedyrer skal vi ha?

Kommunetjenesten

Spesialisthelsetjenesten



Samhandlingskontakter i kommunene?

§ 13 Forskrift om habilitering rehabilitering

Samhandlingskontakter ved alle klinikker

§ 13 Forskrift om habilitering rehabilitering

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet

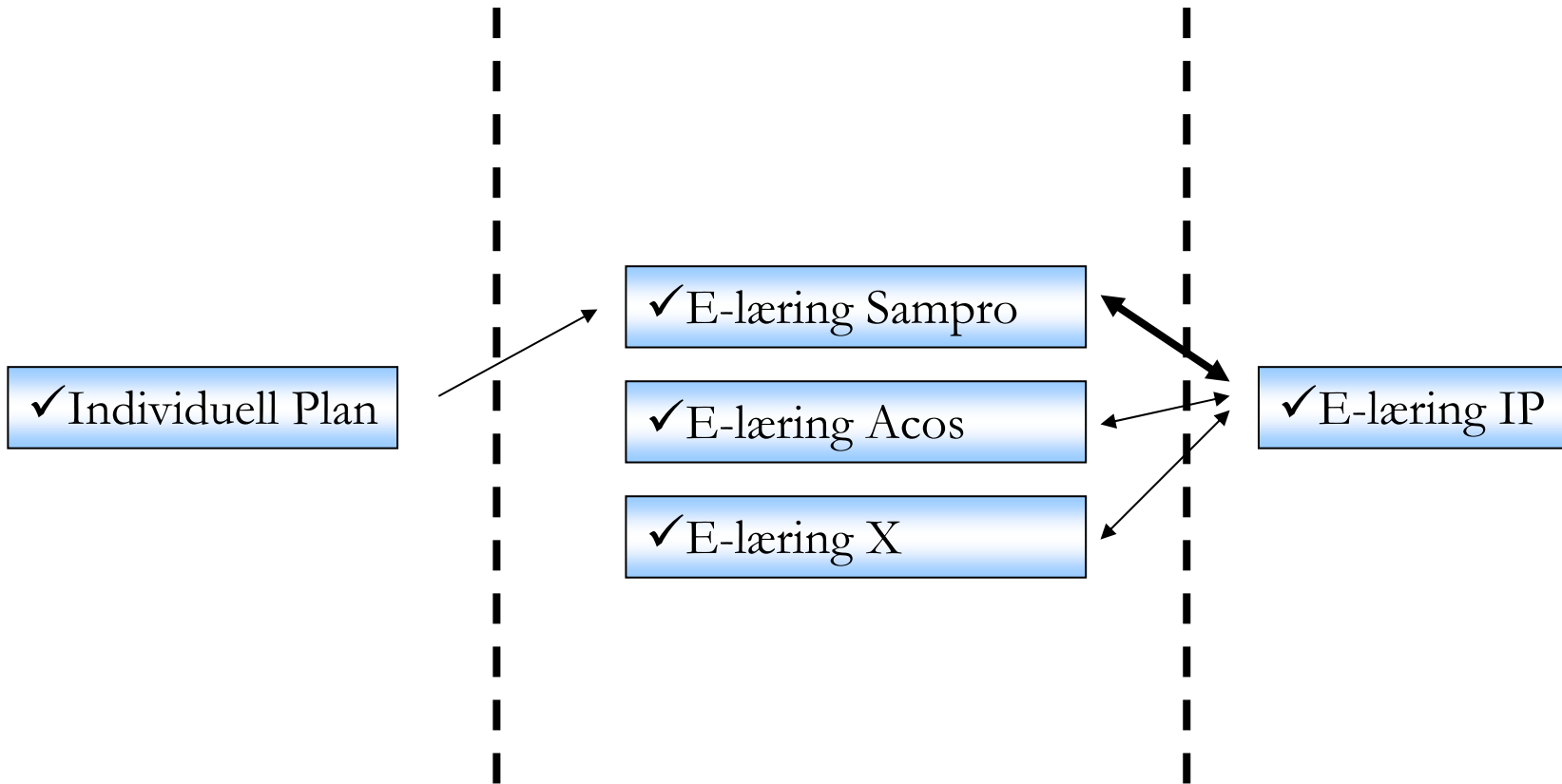
Koordinerende enhet skal:

- bidra til å styrke samarbeid og skape helhet og sammenheng i behandlingsforløpet for pasienter som er avhengig av tjenester både fra spesialist- og primærhelsetjenesten.
- ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen
- følge opp implementeringen av individuell plan

Samhandlingskontakter

- **Oppgavene til samhandlingskontaktene er å følge med i og være oppdatert på spørsmål og saker som vedrører samhandling med kommunene.**
- **Enhet for samhandling har jevnlige møter med kommunene.**
- **For å bedre kontakten med kommunene har St. Olav bedt om at det i alle kommunene oppnevner samhandlingskontakter.**
- **For å styrke samhandlingen har St. Olav etablert samhandlingskontakter ved alle klinikkene - oppnevnt av klinikkjefene.**

Verktøyene



Oppsummering av fagdagen

Daniel:

”Å skape god helse og forbygge sykdom er et langsiktig mål som krever handling nå.”

Utfordringer:

- **Ledelse**
- **Kultur**
- **Pedagogikk**
- **Forventninger**

Laila

- Brukerne er ikke en homogen masse
- Brukerne er opptatt av mestring, bolig, hjem, økonomi og nettverk.
- ”Medisiner” har ikke hovedfokus.

- Hvordan styrke? Dialog og samspill. Myndig-gjøring (empowerment) og ressurser
- Bygg enkeltrelasjoner!
- IP er et redskap og innebærer hard jobbing
- Bruk Koordinator mer!
- Sett realistiske mål! Settt små mål som blir til et stort mål!
- Lag gjerne en ”kriseplan”.

- Ta fatt i hindringene: Holdninger, Kunnskap, Evne, Vilje, Informasjon, System (Maler)
- Unnskyldninger: ”har ikke tid”

- Respekt for medvirkning, kartlegging, hverdagskunnskap, fleksibilitet og evalueringer

Laila fort.

”Åtte saksbehandlere før plan ble satt gang der målet var å unngå uføretrygd”

”Individuell Plan har jeg aldri hørt om. Kan jeg få en og hvordan får jeg det?”

Jorunn

Brukerne trenger hjelp på tvers!
Handler mer enn om å gi beskjed: samhandling
(rydd i begrepene: fagplaner og IP)
Bruker og pårørende initierer sjelden IP-plan.
Fastlegen tar sjelden tak!

IP har et styringsproblem!
Årsaksmodell for manglende samhandling. Struktur. Roller. Holdninger. Teknologier.
Få på plass: Forankring, mandat, holdninger og roller, hjelpemidler, .

Rollebaserte holdninger: profesjoner i samarbeid: perspektiv, ulikheter og kjønn/fag.

Se på IP som et prosjekt!

Vi er så enige: ”Ska,n få te’ nå, så må’n bynj.”

Regional ressursperson på:

- E-læring IP
- E-læring Sampro
- IP-prosess

RHF bidrar med



- **Prosjekt og produkt**
- **Nasjonalt nettsted**
- **Regional fagressurs**
- **”Sponset” kommuner**
- **Regional satsing**
- **Nasjonal satsing**
- **Meritterende kurs for leger**

Plan for videre samhandling



Hva fungerer i din kommune?

Hva er det som ikke fungerer?

**Hvordan kan vi samkjøre regionens
ressurser?**

**Kan vi lage en regional ”mal” for
samarbeidet?**

**Hvilken rolle skal det regionale
helseforbundet ha?**

Innspill på samlingen

Ålesund:

IP er forankret i pasientrettighetsloven (Lovlig fattet stortingsvedtak)

tid og teknologi (tilgang kun for enheten)

vanskelig å få med brukeren til å ville ah IP

Statistikk fra Ålesund: 25 % sa ja, 75% sa nei til ip

det er en misoppfatning at IP er vanskeleg for tjenesteyteren

Vegring: noen kommuner har ikke tilrettelagt for IP (DPS øvde press mot kommunen)

IP tar tid krever flere ressurser

Stort press på enkelte koordinator i kommunene

Lager vi IP fordi vi er feil organisert?

Er IP det rette verktøy?

Hvordan informerer vi om IP? (dette er egentlig ikke vanskelig).

I samhandlingen mellom primær og spesialist-helsetjenesten må vi ha samme verktøyet