

Pilot for Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

Bakgrunn og rammer for pilot

Samling i Suldal kommune 3. nov. 2023, Sigrunn Gjønnnes og Liv Tveito



Behov for bedre koordinering og samarbeid



Gode hver for oss – best sammen

Forsterkning, harmonisering og tydeliggjøring av plikt til å samarbeide ...**når det er nødvendig for å sikre helhetlige og samordnede tjenester**

- *Plikt til å være oppmerksom på behov for andre tjenester*
- *Plikt til å samarbeide med andre tjenesteytere i enkeltsaker*
- *Plikt til å legge til rette for samarbeid i enkeltsaker*
- *Plikt til å plassere samordningsansvaret (kommunen)*
- *Plikt til å tilby barnekoordinator/koordinator*
- *Plikt til å tilby individuell plan*

- Med unntak av barnekoordinator gjelder bestemmelsene alle målgrupper uavhengig av alder

Endringer fra
1.aug 2022

- helse- og omsorgstjenesteloven
- spesialisthelsetjenesteloven
- psykisk helsevernloven
- tannhelsetjenesteloven
- pasient- og brukerrettighetsloven
- barnevernloven
- krisesenterloven
- familievernkontorloven
- barnehageloven
- opplæringsloven
- privatskoleloven
- sosialtjenesteloven
- NAV-loven
- integreringsloven



Koordinerende enhet – en lovpålagt tilrettelegger for samarbeid og samordning

- Alle kommuner plikter å ha en koordinerende enhet med overordnet ansvar for individrettet koordinering
 - Individuell plan og koordinator
 - Barnekoordinator
- Ansvaret innebærer blant annet
 - Lage rutiner for samarbeid og planlegging for enkeltpersoner
 - Gode systemer forankret i kommunens kvalitetssystem
 - Sikre opplæring i regelverket om individuell koordinering
 - Oppnevning av koordinatorene og barnekoordinatorer
 - Opplæring og veiledning av koordinatorene og barnekoordinatorer



Tydelig ledelse og forankring



Tversektorielt samarbeid - oppfølgingsteam som arbeidsform

Pilotkommunar

2018 – 2023:

- SULDAL
- KINN
- BØ I VESTERÅLEN
- SENJA

2018 –2021:

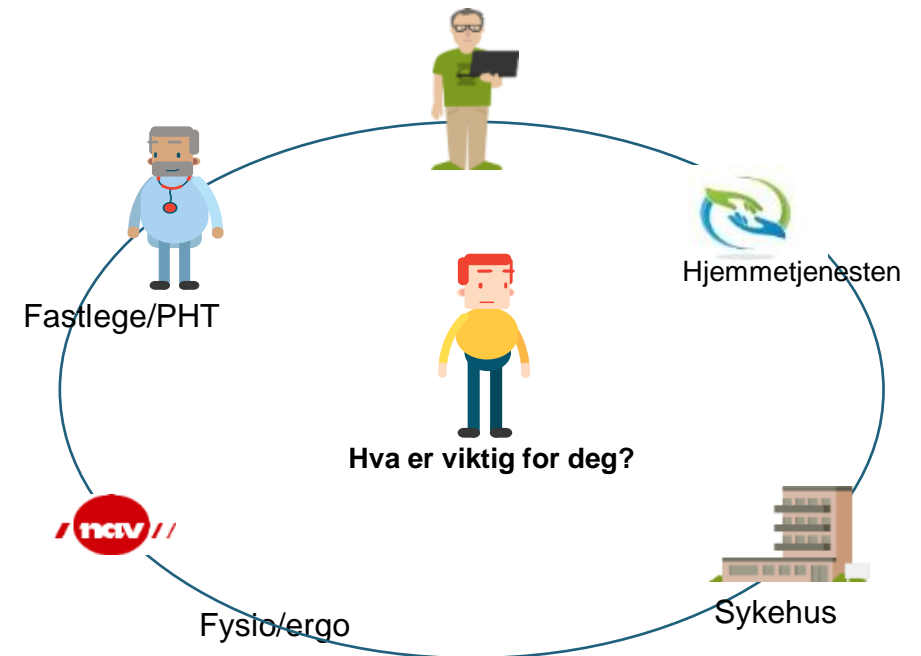
- STEINKJER
- ASKER



- Tilskudd til kommunene
- Prosessveiledning
- Nettverkssamlinger
- Evaluering av pilot

Hva er et oppfølgingsteam?

- Teamet settes sammen ut fra brukers individuelle behov
- Ikke et nytt spesialteam med faste ansatte men en generisk arbeidsform
- Koordinator leder teamet
- Fastlegen har en medisinskfaglig koordineringsrolle
- Juridiske rammer i lovkrav om individuell plan og koordinator



Hvem er de som har behov for oppfølgingsteam?

Personer med store og sammensatte behov – uavhengig av alder og diagnose



Kasper, Pia og familien



Morten 28 år



Klara 75 år

Hva er målet med piloten?

Effekt for tjenestemottaker

- Sikre bedre oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov
- Forebygge eller utsette behov for kommunale tjenester
- Redusere tallet på unødvendige innleggelses på sykehus

Systematikk – forankring og ledelse i kommunen

- Kommunene har system for, og identifiserer brukere med risiko for helse – og funksjonsfall tidlig
- Kommunene implementerer tverrfaglige oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av tjenester, sektorer og nivå - og uavhengig av alder/diagnose
- Brukerne deltar aktivt i utforming av sine tjenester – "hva er viktig for deg"

EVALUERINGSRESULTAT

STRUKTURERT TVERRFAGLIG OPPFØLGINGS-TEAM



EVALUERINGSRESULTATER

Jorid Kalseth og Silje L. Kaspersen (SINTEF)

Avslutningskonferanser i Bø, Kinn, Senja og Suldal

Høsten 2023

Mål med evalueringen

- Vurdere hvorvidt tiltakene i piloten gir ønsket **måloppnåelse**
- Etablere et **erfaringsgrunnlag** for andre kommuner

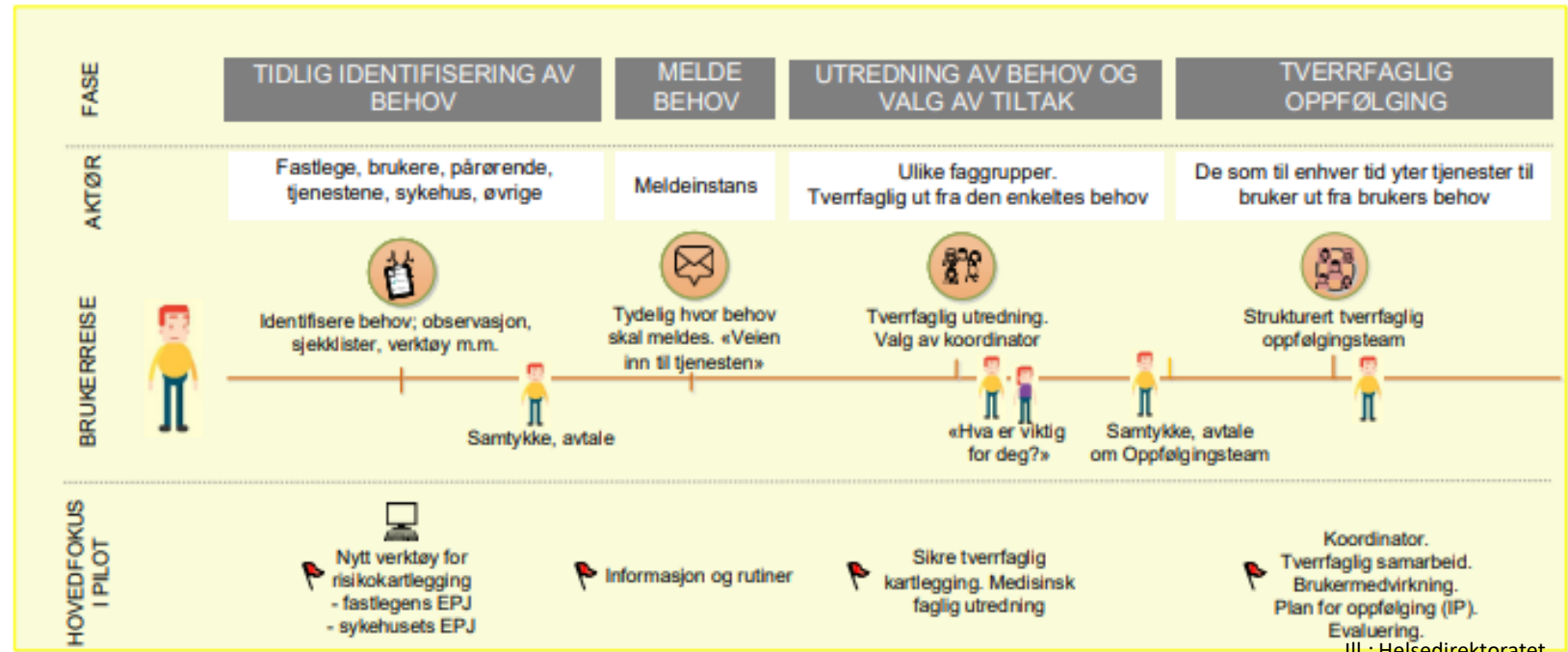


Hovedtiltak i piloten

- Etablere **strukturer** og **systemer** for å identifisere, melde og utrede behov for tverrfaglig oppfølging
- Etablere **oppfølgingsteam (OT)** som arbeidsmetode i alle tjenester
- Styrking av **koordinatorrollen**
- Bedre brukerinvolvering og **individuell tilpasset oppfølging**



Piloten – tjenesteutvikling på tre nivåer: System, tjeneste, individ



Ill.: Helsedirektoratet

Data og metode

Omfattende datainnsamling over fem år

- Intervju (N>250) og surveydata (N>900)
 - Prosjektledere
 - Ledere, koordinerende enhet (KE)
 - Koordinatorer, fastleger, andre ansatte
 - Brukere og pårørende
- Registerdata (2017-2022)
 - Omsorgstjenester, primærleger, spesialisthelsetjenester



Innhold

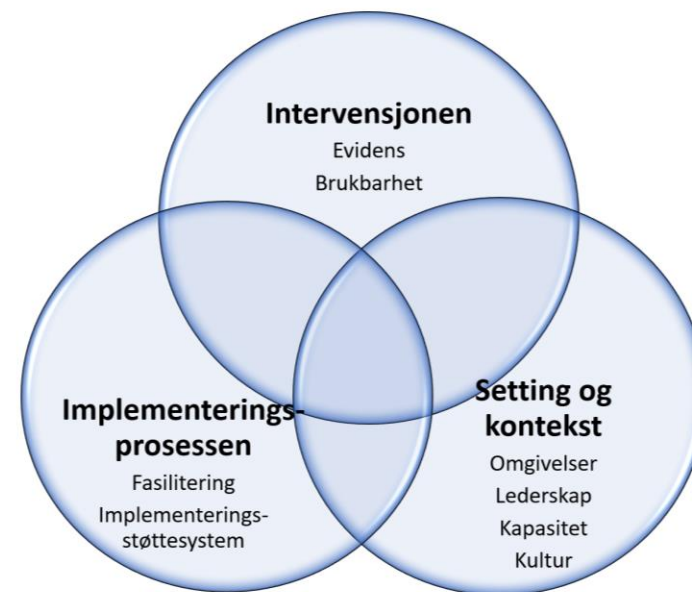
- Hovedresultater i lys av implementeringsteori
- Noen utvalgte tema og resultater
 - Forankring
 - Lederskap
 - Teamarbeid og brukerperspektiv





Implementeringsteori

Samspill mellom tiltak, implementeringsprosess og omgivelser



Tre hovedkategorier av determinanter.

Basert på Durlak og Dupre (2008)

Hovedresultater – iverksetting av tiltak

- ✓ Iverksettingen har tatt vesentlig lengre tid enn planlagt
- ✓ Brukt mye tid på å få på plass nødvendige strukturer og systemer
- ✓ Kommunene har hatt ulik utvikling i iverksettingen og kommet ulikt langt
- ✓ Noen kommuner «startet» raskt med å etablere oppfølgingsteam, andre har brukt lengre tid

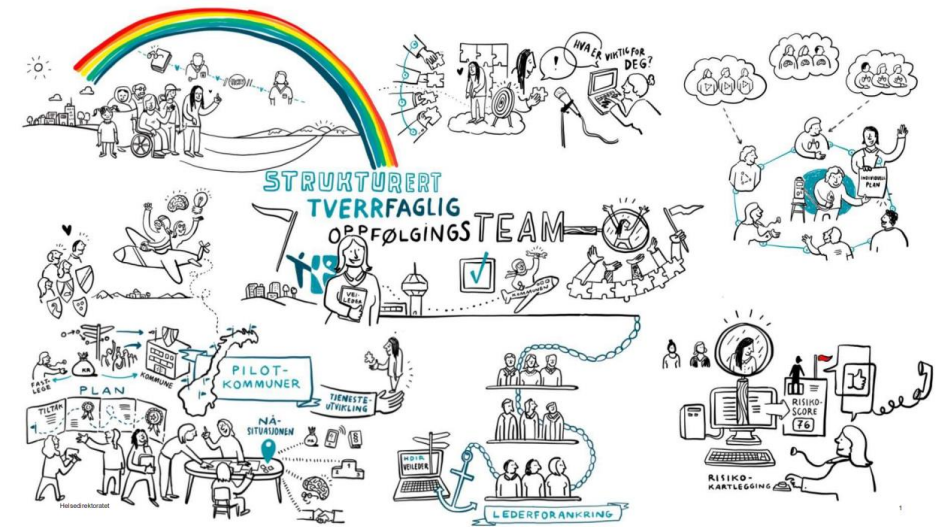


Ill.: Helsedirektoratet

Intervensjonen (piloten)

Intervensjonen
Evidens
Brukbarhet

- ✓ Mange tiltak, på ulike nivåer, på tvers av mange sektorer, mangfoldig målgruppe
 - ✓ Utfordrende å forstå og kommunisere
- ✓ Ulik kunnskap og motivasjon mht OT som arbeidsform
- ✓ Veilederen er pasientfokusert (helse vs andre sektorer)
- ✓ Forvirring om begreper og modeller
 - ✓ Mange koordineringsmekanismer og relaterte begreper i bruk
 - ✓ Elementer er allerede i bruk (f.eks. IP, koordinator, samarbeid)
 - ✓ Noen syntes det var vanskelig å skille OT fra etablert praksis: «Keiserens nye klær»



III.: Helsedirektoratet

Setting og kontekst

Setting og kontekst

Omgivelser
Lederskap
Kapasitet
Kultur

✓ Ulikt utgangspunkt og utfordringer

- Ulik mht. eksisterende strukturer, spes. KE
- Ulik i eksisterende praksis mht. oppfølging (variasjon også innad i kommunen mellom tjenester/brukergrupper)

✓ Konkurransen om oppmerksomhet, tid og ressurser

- Kommunesammenslåinger
- Pandemien
- Høy turnover og personellmangel (f.eks. fastleger, ledere)
- Andre pågående prosjekter/tiltak



Implementeringsprosess

- ✓ Organisering av implementeringsprosess/implementeringsteam
- ✓ Forankring - tidkrevende og kontinuerlig prosess
- ✓ Koordinator(og teammedlem)opplæring, veiledning og støtte
- ✓ **Suksessfaktorer:**
 - Sterkt involvering av KE og involvering og tiltak fra toppledelsen, for eksempel roller, mandater og forventninger
 - Viktig å finne optimal struktur og arbeidsform for KE, for eksempel tydelig mandat og tverrfaglig tilnærming
 - Ledere på alle nivåer må involveres og ta en aktiv ledelse
 - Involvering av alle relevante tjenesteområder (oppvekst, velferd, helse, omsorg)
 - Endringsagenter ("ildsjeler" som går foran som gode eksempler)



Ill.: Helsedirektoratet

Noen utvalgte tema og resultater

Tema

- Forankring & gjennomslag
- Lederskap
- Teamarbeid & brukerperspektiv



Forankring

Godt eller
noe kjent

• Kjent med pilotprosjektet?

- Mellomleder høyere nivå 83 %
- Koordinatorer 69 %
- Førstelinjeledere 54 %
- Teamdeltaker 43 %

- Helse og omsorg 75 %
- Oppvekst 47 %
- Andre tjenesteområder 37 %

• Kjent med oppfølgingsteam?

- Mellomleder høyere nivå 86%
- Koordinatorer 82 %
- Førstelinjeledere 64 %
- Teamdeltaker 58 %

- Helse og omsorg 80 %
- Oppvekst 59 %
- Andre tjenesteområder 66 %

32% av lederne
svarer at de ikke
har vært involvert/
informert i piloten

Gjennomslag i organisasjonen

- Oppfølgingsteam (OT) ny arbeidsmåte?
 - 64 % helt eller delvis enig
 - 11 % helt eller delvis uenig
- Støtter videreføring av OT som arbeidsform?
 - 90 % helt eller delvis enig (*75 % helt enig*)
 - 6 % delvis uenig (*ingen helt uenig*)



Itj nå som kjæm tå se sjøl !

- Veilederen har stort fokus på ledelse
 - Myndiggjorte pasienter, fagfolk og team
- Lederskap = styring & ledelse*
- Styring = å håndtere kompleksitet, å skape struktur, orden og forutsigbarhet gjennom planlegging, budsjettering, organisering, rutiner og bemanning
- Ledelse = å håndtere endring, gjennom å sette retning og samkjøre mennesker



strategier

klarhet i roller

effektivt samarbeid

effektive organisasjonsstrukturer

leder-/administrativ støtte

oppgaveformulering

kommunikasjon

koordinering og samhandling

positivt arbeidsklima

engasjement og involvering

endringsvilje

felles visjoner

åpenhet for ny praksis

ildsjeler

Ledergrep – fra intervju med 44 ledere

Tilpasning av strukturer og rutiner, f.eks.

- Gjennomgang av KE sin kompetanse, rolle og mandat, samt plassering i organisasjonen, sett opp mot målene i veilederen.
- Gitt KE myndighet til å oppnevne koordinatorene på tvers av sektorene helse/velferd/oppvekst (gjennom skriftlige retningslinjer).
- Inkludere koordinatorrolle i alle relevante stillingsutlysninger fra kommunen.

Planer og rapportering, f.eks.

- Oppfølgingsteam som arbeidsform nedfelt i kommunale planverk. Beskrivelser, bevisst begrepsbruk og begrepsavklaringer i kommunale planer, årsmeldinger og rapporteringer.

Relasjoner og informasjonsflyt, f.eks.

- Ledernetverk på tvers av tjenesteområdene helse/velferd/oppvekst/barnevern som møtes fast (og fysisk).

Koordinatorrekruttering, ansvar og roller, f.eks.

- Å begrense antall personer det forventes at én ansatt tar på seg koordinatoroppgave for.
- KE kan lette oppstart ved å være med på det første oppfølgingsteam møtet for å hjelpe til med å lage struktur på oppfølgingen (møteavtaler mv.).

Grep for å lette rekruttering utenom helse og omsorg, f.eks.

- Ansvarsfordeling internt i oppfølgingsteamet, der noen fra helsesektoren tar hovedansvar for det helserelaterte, selv om koordinatoren er fra en annen tjeneste.

Koordinatorkompetanse og opplæring, f.eks.

- Ulike opplæringstiltak, som kurs i elektronisk IP og jevnlig arrangement av lavterskel koordinatorskole.
- Aktørkart som synliggjør alle tjenester fra både kommune- og spesialisthelsetjeneste som typisk kan inngå i oppfølgingsteam.



Ledergrep – fra survey 2023

- Mellom 40 og 50 % av førstelinjeledere har i liten eller svært liten grad aktivt tatt grep som er viktige for å innføre oppfølgingsteam (OT) som arbeidsform, f.eks.
 - Å arbeide systematisk med å avklare rutiner og forventinger rundt koordinatorrollen
 - Å legge til rette for at koordinatorer er trygge på og fungerer godt i rollen
 - Å legge til rette for at ansatte har tid og rom til koordinatorrollen og delta i OT
 - At ansatte har nødvendig kjennskap til OT som arbeidsmetode
 - Å være pådriver i arbeidet med å bruke OT som arbeidsform
- Mellomledere høyere nivå – mellom 15 og 30 %



Nytte av OT - erfaringer fra toppledere og kommuneoverleger

Pilotprosjektet har høy nytteverdi fordi den handler om kjerneoppgaver i kommunene, og understøtter utviklingsarbeid som de uansett må gjøre.

- Etablerer samhandlingsstrukturer
- Kvalitetsforbedring mht ansvar og systematikk i OT
- Mer tydelig rolle for fastlegene, mer effektiv tidsbruk
- Formaliserer og profesjonaliserer det som var ad-hoc på systemnivå
- Småskrittsforbedring - hekker på nye ting som er fornuftig å gjøre
- Synergi-effekter: For noen går det opp et lys når de deler erfaringer på tvers

Teamarbeid og brukerperspektiv



Har piloten ført til at nye målgrupper får koordineringstiltak?

- Halvparten av de spurte mener at nye grupper får IP/koordinator/oppfølgingsteam, sammenliknet med for tre år siden

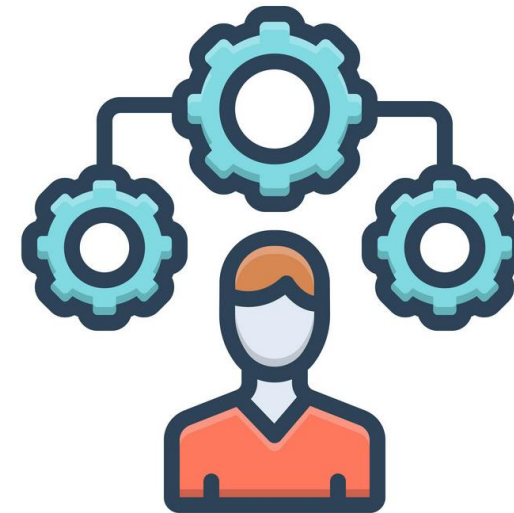


Er måten du jobber med oppfølging av målgruppen endret?

- 28 % svarer i stor/svært stor grad
 - 52 % i noen grad
 - 20 % i liten/svært liten grad
-
- N=236 – jobber ofte eller av og til med målgruppen (ledere/koordinatorer/teamdeltakere)



Koordinatorrollen



- Den aller viktigste rollen
 - Det som særlig bidrar til god kvalitet! (ifølge tilbakemeldinger fra brukerne)
 - Den som: "*syrr sammen*", "*nøster tråder*", er rådgiver og "*lim*" i systemet, og sågar "*livssekretær*"
 - Viktig at koordinatoren har forstått rollen sin – så eksempler der brukeren har fått følelsen av at koordinatoren har fått oppgaven "*kasta etter seg*".
- De aller fleste koordinatorene synes selv det er greit å være koordinator
 - Kun halvparten opplever at de har tilstrekkelig* opplæring og lederstøtte
 - Kun 32 % opplever at de har tilstrekkelig* tid til koordinatoroppgavene

Hvordan vurderte 102 ledere koordinator-rekrutteringen?

- 1 av 4 ledere synes det er lett
- 41 % - av og til krevende
- 36 % - som oftest eller alltid krevende

- Til tross for at dette er kommuner som har jobbet iherdig med problemstillingen i fem år...



Koordinatorrollen

- 56 % er koordinator for 1-2 brukere
 - Hver fjerde har 3-5 brukere de følger opp
- Survey 2023 (N ≈ 66 koordinatører)
 - **39 % har vært på kurs el.l. om koordinatorrollen siste år**
 - 55 % har vært på kurs el.l. siste 3 år
 - **Hver tredje koordinator har ikke hatt noe kursing**
 - 42 % vil gjerne ha veiledning fra andre erfarne koordinatører
 - **40 % vil ha mer om IP**
 - 36 % vil ha mer tverrfaglig samarbeid
 - 35% vil ha mer opplæring i elektroniske verktøy (Samspill osv.)
 - Hver tredje vil ha mer opplæring i møteledelse



Brukerstemmer i evalueringen



Seniorforsker
Marian Ådnanes

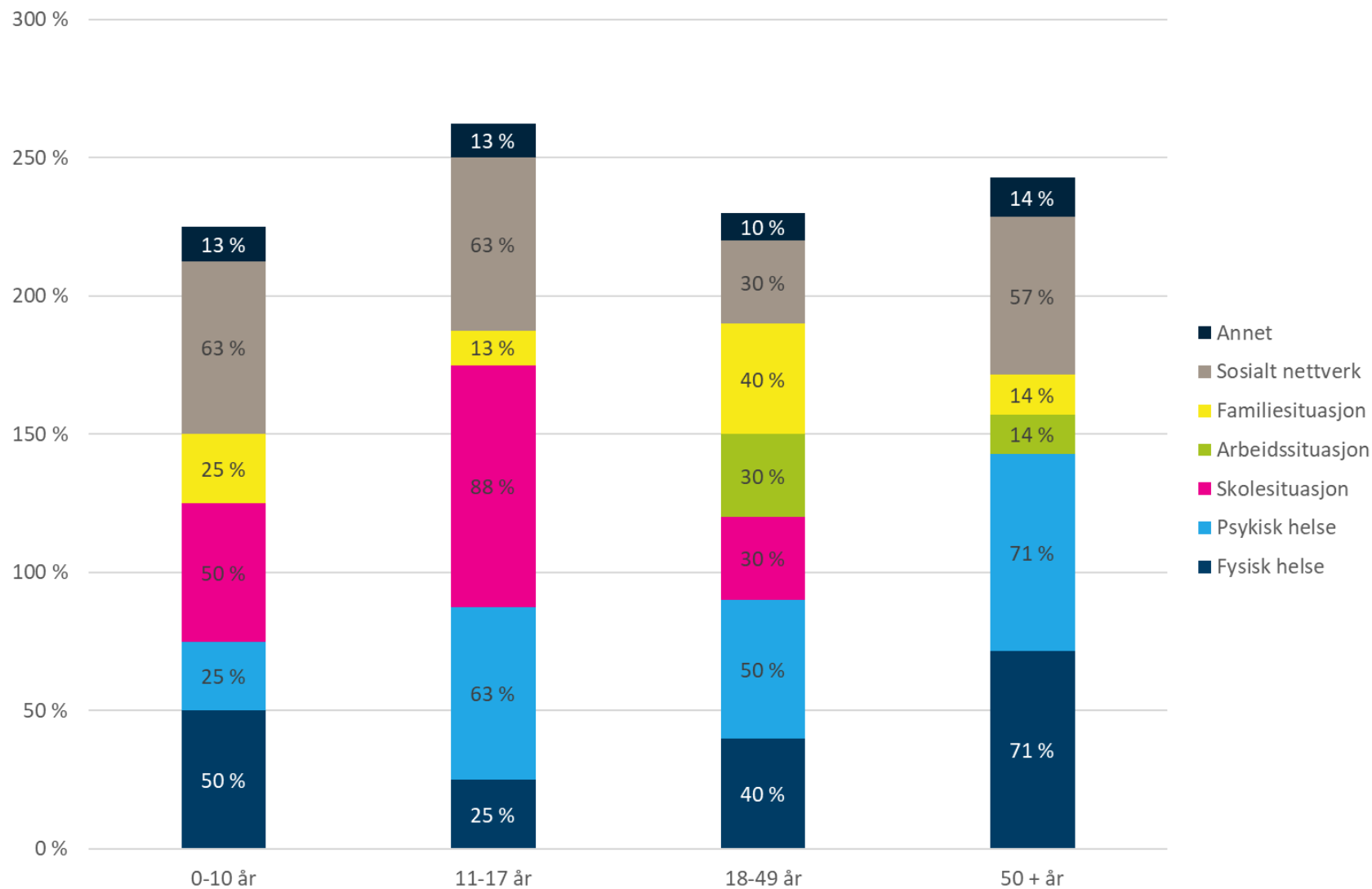
Totalt 113 brukere og pårørende har deltatt i intervju og spørreundersøkelser gjennomført i årene 2019-2023



Bruker- og pårørendestemmer i evalueringen

- Over halvparten er personer med (medfødte) kroniske sykdommer og tilstander
 - Autisme, CP, psykisk utviklingshemming, ADHD
- Personer som har fått alvorlige diagnoser/tilstander etterhvert
 - ME, kreft, ALS, demens, Parkinson's, skader (ulykker)
- Psykiske lidelser av ulik alvorlighetsgrad
- Rusproblematikk
- 70-80 % hadde koordinator, oppfølgingsteam og/eller individuell plan i intervjumaterialet vårt

Hva trenger brukere med oppfølgingsteam typisk hjelp til?



Fastlegens rolle



- Alltid medisinsk ansvarlig, men varierer mye om fastlegen deltar aktivt i teamet.
- Flere brukere forventet ikke at fastlegen deltok aktivt i møter, fordi de oppfatter fastlegen som veldig travel.
- Felles for de som har en aktiv fastlege i sitt team, er at de vurderer dette som godt og nyttig, og som en viktig støtte.
- **Funn i evalueringen sett under ett: innføring av oppfølgingsteam har bidratt til å klargjøre/avgrense fastlegens rolle i teamet, sammenliknet med tidligere.**

Brukernes nytte av koordineringstiltak

Brukere med oppfølgingsteam, koordinator og/eller IP opplever **systematisk**:

- større nytte av tjenestene de har fått fra kommunen
- at de er mer fornøyd med tjenestenes dekning av hjelpebehovet de har
- at de får medvirke mer i oppfølgingen

...sammenliknet med de som oppgir at de ikke har koordineringstiltak (eller ikke vet at de har det)



Informasjon og medvirkning

- Et flertall opplever at de er tilstrekkelig involvert og lyttet til.
- To av tre informanter vi intervjuet, oppgir at de har stort eller svært stort utbytte av den kommunale hjelpen.
- Det er overraskende mange som ikke vet om de har oppfølgingsteam eller andre koordineringstiltak (27% i 2023-data).
- Det er kritisk at to av tre opplever at de får for lite informasjon om hva som er tilgjengelig av tjenester og tiltak i kommunen.

"Koordinatoren passer på timeplanen, hjelper meg å velge hvem som er i gruppen og hvem som ikke er i gruppen, og kan hjelpe meg å ta kontakt med hvem jeg trenger hjelp fra, og lager en plan for... på en måte alt som er. Det er liksom han som er en sånn, du vet, livssekretær."

(Ung voksen med psykiske utfordringer)



Konklusjon I

- ✓ Å innføre OT handler om å etablere strukturer som sikrer systematikk
- ✓ Krever forberedelse, forankring, kunnskap og engasjement blant ledere og kommunalt ansatte i alle aktuelle tjenester
- ✓ Viktig med tydelig involvering og tiltak fra toppledelsen tidlig, f.eks. avklaringer av roller, mandater og forventninger – etterspørre framdrift
- ✓ Sterkt involvering av KE - KE er nøkkelen!
 - Mandat, organisatorisk plassering, tverrfaglighet
- ✓ Systematikk & fleksibilitet - både i innføring og arbeidsform
 - Systematikk – sikre likhet i tilgang og kvalitet
 - Fleksibilitet - tilpasning til behov



Ill.: Helsedirektoratet

Konklusjon II

- ✓ Å innføre OT handler også om kulturendring – tar tid
- ✓ Ansattes og ledere må motiveres - forstå nytten av tiltaket og hvordan det skiller seg fra eksisterende praksis
- ✓ Kompetanse - kontinuering opplæring – læring på tvers av tjenester
- ✓ Gjennomføringskraft krever lederskap – både
 - Styring: sikre systematikk og nødvendige endringer i planer, strukturer og rutiner, og
 - Ledelse: gå foran og motivere til endring



Ill.: Helsedirektoratet

Takk for oss og lykke til!



<https://www.sintef.no/prosjekter/2018/evaluering-av-forsok-med-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam/>



Suldal kommune



**Pilotprosjekt «strukturet tverrfagleg
oppfølgingsteam»**

2018-21 og 2021-23

Bygd vidare på

- Mykje og godt tverrfagleg samarbeid
- Koordinerande eining (KE)
- «Det gode pasientforløp»
- Betre tverrfaglig innsats (BTI) for born
- Koordinatorkompetanse

Prosjektgruppa: Tverrfagleg samansatt og kontakt med samarbeidspartnar

I prosjektperioden - utført

- «Retningslinjer for koordinerende eining».
- Oppdaterte rutinar for koordinatorrolla.
- Kva er viktig for deg?
 - «PSFS-skjema» (Pasient Spesifikk Funksjonsskår).
 - Opplæringsvideo.
- «Retningslinjar for Oppfølgingsteam» - basert på Kinn sine.
- Meir samarbeid f eks:
 - eit kommunalt palliativt team, faste kontakt mellom legekontor og psykisk helse.
- Koordinering av kreftkoordinator inkludert i tal.

Mange erfarne, dyktige og engasjerte koordinatorar, har bidratt til nytt PSFS-skjema, og delt kunnskap om koordinatorrolla.

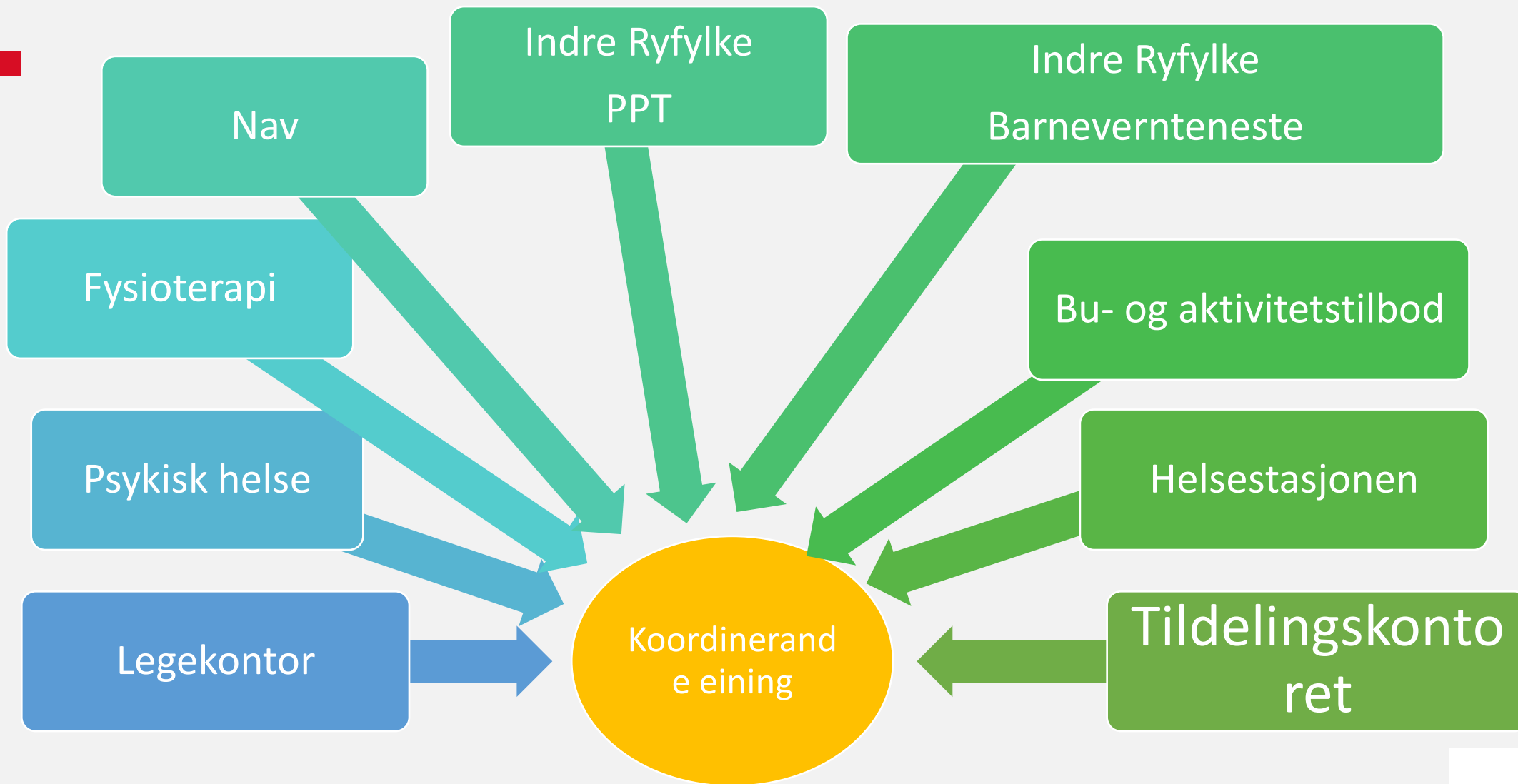
Koordinerende eining

Koordinerende eining er ei tverrfagleg gruppe som skal sikre retten din til koordinator og individuell plan.

Du og dine eventuelt pårørende og familie er aktivt med i utforming av planen

Din eigeninnsats er viktig for å oppnå samhandling





Det kan var aktuelt for deg som:

-treng hjelp frå to eller fleire tenesteområde

-på grunn av skade eller sjukdom har fått dårlegare evne til å fungere i dagleglivet, brått eller over tid

-har medfødt svikt i funksjonar

-har fysiske, psykiske eller sosiale problem

Koordinerende eining kan hjelpe med:

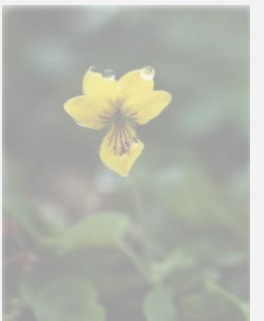
○ Kartlegging og vurdering

○ Koordinering - på tvers av tenester og nivå

○ Avklare behov

○ Individuell plan / koordinator

○ eit knutepunkt for samarbeid



Ditt liv, din plan



Ditt liv, din plan

Til deg som kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester

IS-2805

 HelseDirektoratet

Individuell plan og koordinator kan være noe for deg



Hva er individuell plan?

Individuell plan beskriver hvordan tjenestene du trenger skal virke sammen slik at du får en helhetlig oppfølging. Planen er basert på dine behov og det som er viktig for deg. Planen angir dine mål, hva som skal gjøres, hvem som har ansvar for hva og til hvilken tid. Oppfølging fra andre sektorer som NAV, skole og barnevern inkluderes i planen når dette er aktuelt.

... og hva er en koordinator?

Koordinator er en av dine fagpersoner som koordinerer tjenestene og sikrer fremdrift i arbeidet med din individuelle plan. Koordinator sørger for at du, og eventuelt pårørende, involveres tett i arbeidet med din plan. Ulike yrkesgrupper kan ha rollen som koordinator. Ditt ønske skal vektlegges ved valg av koordinator.



Hvem kan få individuell plan og koordinator?

- Alle som har behov for flere helse- og omsorgstjenester over en viss tid. Behovet trenger ikke å være varig.
- I vurderingen av behovet for langvarige og koordinerte tjenester skal også tiltak fra andre sektorer inkluderes.
- Personer i alle aldre og uavhengig av diagnoser og/eller type funksjonsutfordringer.

Hva vil det si for deg å ha en individuell plan og koordinator?



- Du blir involvert, og planen er basert på dine mål.
- Du har én koordinator som har oversikt over din situasjon.
- Du får ikke nødvendigvis flere tjenester, men du får koordinerte tjenester som samarbeider.
- Du bestemmer hvilke opplysninger som deles mellom tjenestene.

Du opplever at tjenestene henger sammen slik at du kan nå dine mål

Hvordan få individuell plan og koordinator?

Personell i tjenestene skal informere og tilby deg individuell plan og koordinator. Du eller dine pårørende kan også selv be om det. Da kan du kontakte koordinerende enhet i din kommune*. Du kan få koordinator selv om du takker nei til individuell plan.

Hvis du er innlagt på sykehus skal sykehuset tilby deg koordinator, melde behovet for individuell plan videre til kommunen og ved behov bidra i gjennomføring av planen.

* Se informasjon om koordinerende enhet på baksiden



Har du noen spørsmål?

Kontakt

Tlf:

E-post:

Adr:

Hvis du ikke vet hvordan du skal komme i kontakt med koordinerende enhet, kan du spørre helsepersonell eller ringe kommunens/sykehusets sentralbord

Hvis du mener at du oppfyller kravene til å få individuell plan og koordinator, men får avslag, kan du klage til fylkesmannen.

Les mer om individuell plan og koordinator på www.helseidirektoratet.no og www.helsenorge.no

 HelseDirektoratet

Kontaktperson

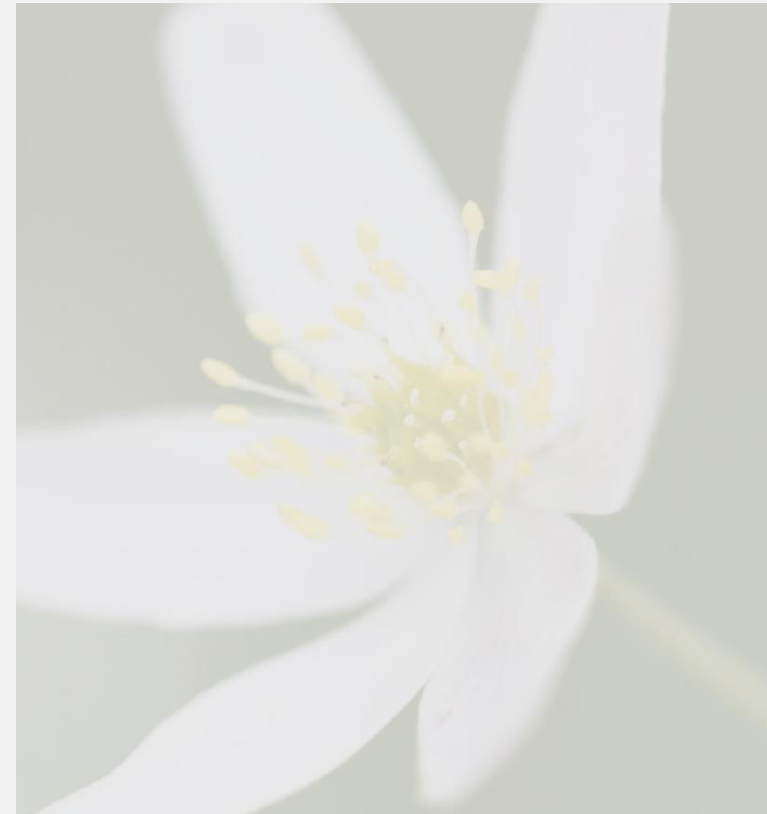
Tildelingskontoret v/
Anne Marie Torsteinbø

Tlf: 915 39 924 / 474 84 801

e-post: annemarie.torsteinbo@suldal.kommune.no

Adresse: Bjødnateigvegen 21

Opningstid: 08.00 – 15.00



Litt tal frå Suldal

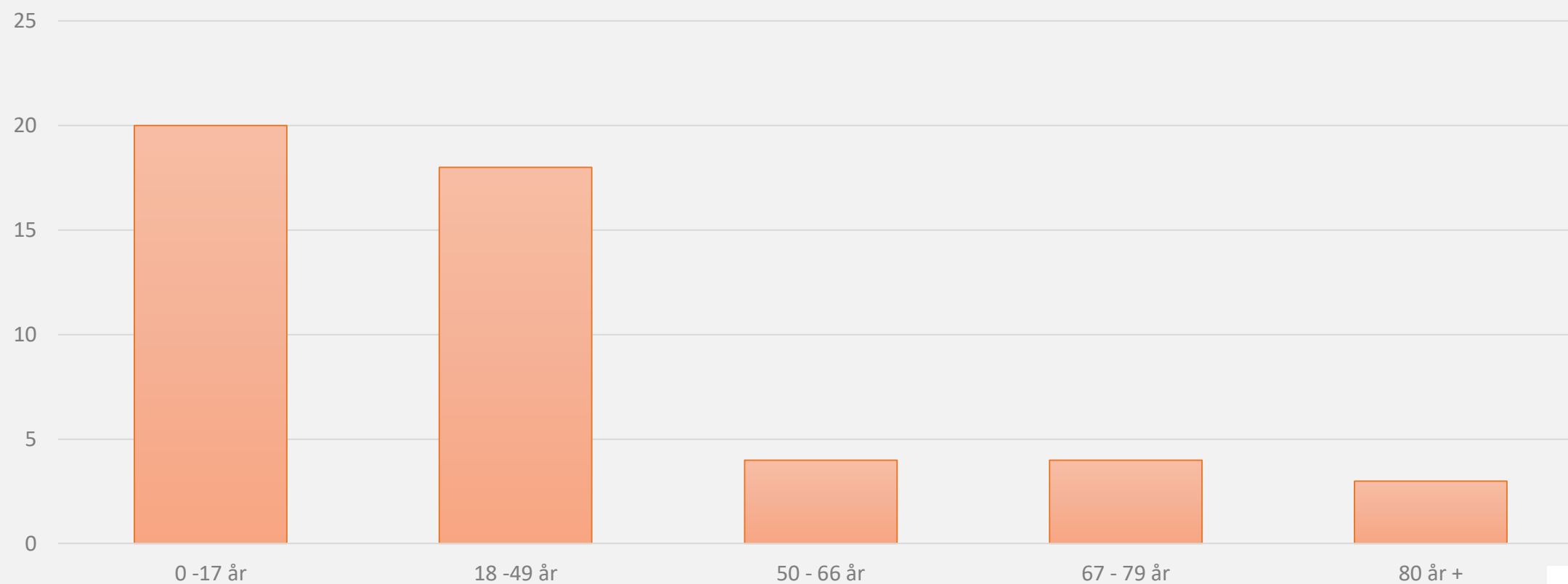
pr. 26.09.23

- 49 personar med oppnemnd koordinator/individuell plan
- 22 «aktive» oppnemde koordinatorar

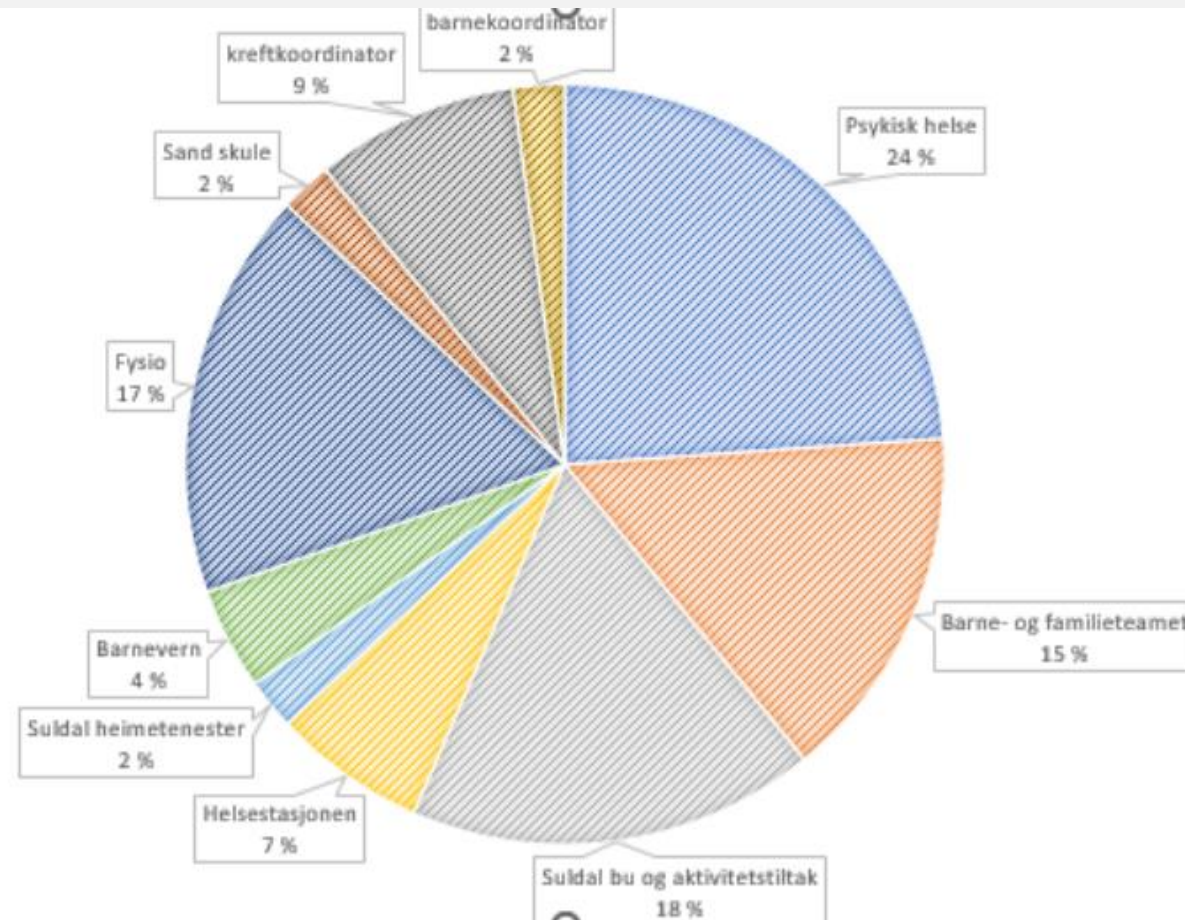


Aldersfordeling

Dei 49 personar er fordelt slik:



Fordeling av saker på tenesteområder



TENESTOMRÅDE FOR KOORDINATOR

■ Psykisk helse

■ Barnevern

■ Barne og familieteamet

■ Fysio

■ Suldal bu og aktivitetstiltak

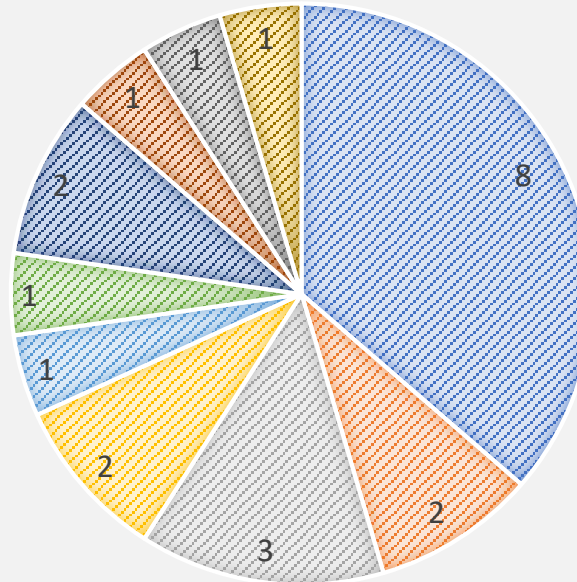
■ Sand skule

■ Helsestasjonen

■ Kreftkoordinator

■ Suldal heimetenester

■ Barnekoordinator



Tenestområde utan aktive
koordinatoroppdrag:
Nav
PPT

Lenker til aktuelle sider

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/rehabilitering-habilitering-og-individuell-plan>

Betringskoordinator



Kva er viktig for deg: Ressursfokuserert samtale

- Frå «kva som er feil» til «**kva som er viktig**» og kva for **ressursar brukar har** til å auka evna til å utføra desse viktige aktivitetane



Kartlegging og målereiskap

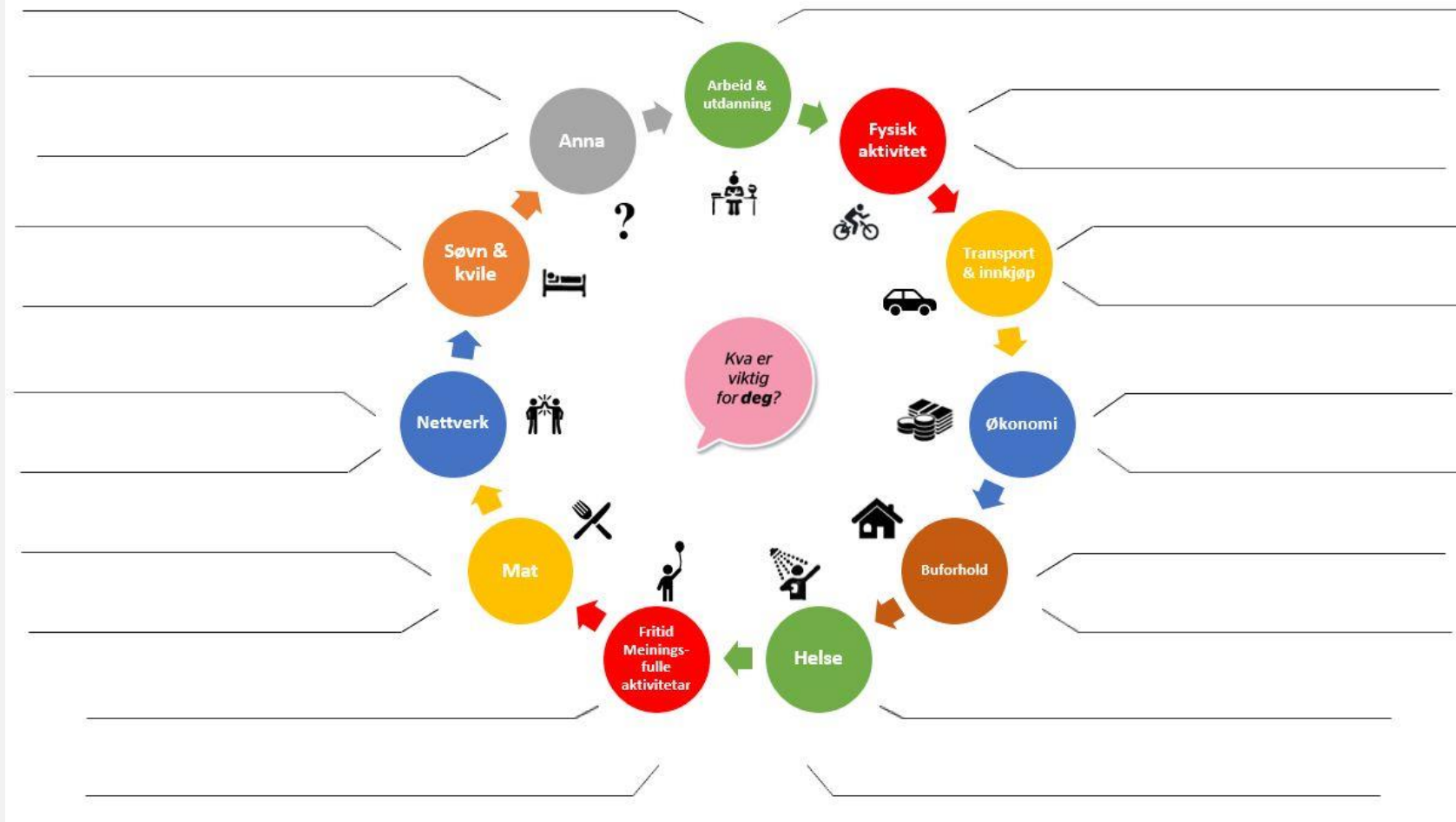
Kvifor skal me kartlegga?

- Koordinator sitt ansvar å sikra eit målretta, tverrfagleg arbeid ved bruk av eit felles verktøy
- Gir eit bilete av brukaren sin situasjon og behov for tenester
- Anerkjenne brukar som ekspert på eget liv
- Identifiserer både ressursar, motivasjon **og** utfordringar
- Sikra treffsikre og verksame tenester
- I lag med tenesteytarar vurderar brukaren nytta av tenestane som gis
- Eit mogleg utgangspunkt for Individuell plan



PSFS- SKJEMA: KVA ER VIKTIG FOR DEG?

Pasientspesifikk funksjonsskala





SULDAL
KOMMUNE

Kva er viktig for deg?					
Namn:	Utført av:	Dato:	Dato:	Dato:	Dato:
Aktivitet		Score 1.samtale	Score 2.samtale	Score 3.samtale	Score 4.samtale
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		1.gj.snitt	2.gj.snitt	3.gj.snitt	4.gj.snitt
TOTALSCORE					
GJENNOMSNITT					
ENDRING OG OPPLEVD NYTTE <small>Noverande resultat minus førre resultat Ein differanse på 2 poeng eller meir, frå førre samtale, indikerer ein betydeleg beiring av funksjon.</small>					

1. Samtale:

Eg vil be deg beskrive inntil fem viktige aktivitetar som du har problem med å utføre eller ikkje utføre i det heile tatt på grunn av dine plager. «Kva aktivitet har du vanskar med å utføre?»

«Bruk skalaen for å syna i kva grad du klarar å utføre aktiviteten.»

Noter talet i tabellen.

2. Samtale:

«Når me møttes sist den... (angi dato) ga du uttrykk for at du hadde vanskar med... Har du framleis vanskar med aktivitet 1, 2, 3 etc.?»

Angi på same skala og fyll i tabellen.

I kor stor grad kan du utføra aktiviteten?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kan ikkje utføra aktiviteten

Kan utføra aktiviteten utan vanskar

Vel det smilefjeset / sifferet som passar best



Kan ikkje utføra aktiviteten

Kan utføra aktiviteten utan vanskar

Betre tverrfagleg innsats - pågår

BTI (Betre Tverrfagleg Innsats) for born er implementert.

Mål om å bruke same modell for vaksne: «**BTI for vaksne**».

For å forklare metodikk, har me laga filmar og ein plakat:

- **Film** for brukarar og tilsette.
- **Ein plakat** som visualiserar **BTI for vaksne**.

Film er laga av Omega 365 Design, plakat er laga i samarbeid med Zpirit Reklamebyrå.

BETRE TVERRFAGLEG INNSATS

for gravide, barn, unge og familiar det er knytt ei uro til

Skattkammeret
Suldal



Oppfølgingsteam

Tidleg innsats

Tverrfagleg samarbeid

**Nivå 0
AVKLAR UNDRING**
Definer uroa.
Del uroa med næraste leiar, før du eventuelt deler uroa med barnet, den unge, føresette eller den gravide

Steg 1:
Definer uroa for eit barn

Steg 2:
Del uroa med leiaren din

Steg 3:
Del uroa med barnet/ungdommen, føresette eller den gravide

Steg 4:
Grunn til vidare oppfølging?

Steg 5:
Avslutt saka

**Nivå 1
INTERN INNSATS**
Jobb saman med barnet/ungdommen, føresette eller den gravide for å finna ei løysing. Her vert det i utgangspunktet jobba innan ei enkelt teneste/avdeling

Steg 1:
Samtykke til stafettlogg/tiltakslogg

Steg 2:
Skap felles forståing

Steg 3:
Sett i verk tiltak

Steg 4:
Evalueringssmøte - drøftingsdel

Steg 5:
Evalueringssmøte - avgjerd om vegen vidare

**Nivå 2
SAMARBEID TO**
Jobb i tverrfagleg samarbeid mellom kommunale tenester, barnet/ungdommen, føresette eller den gravide for å løysa utfordringa

Steg 1:
Nettverkssmøte - oppstart

Steg 2:
Nettverkssmøte - planlegg tiltak

Steg 3:
Sett i verk tiltak

Steg 4:
Evalueringssmøte - drøftingsdel

Steg 5:
Evalueringssmøte - avgjerd om vegen vidare

**Nivå 3
SAMARBEID FLEIRE**
Jobb i tverrfagleg samarbeid mellom kommunale tenester, barnet/ungdommen, føresette eller den gravide og tilstvete tenester for å løysa utfordringa

Steg 1:
Første møte med aktuell instans

Steg 2:
Planlegg tiltak

Steg 3:
Sett i verk koordinerte tiltak

Steg 4:
Evalueringssmøte - drøftingsdel

Steg 5:
Evalueringssmøte - avgjerd om vegen vidare koordinert innsats

Tidleg på banen Rettleiing frå faginstansar Saman med barnet/den unge og føresette Utan oppfølgingsbrudd

Bli med i facebookgruppa vår:
Betre Tverrfagleg Innsats Suldal

Handlingsrettleiaren på nett:
www.suldal.betreinnsats.no

Har du augo med deg?

Betre tverrfagleg oppfølging av vaksne

Kva er viktig for deg?



Over tid kan behova til brukarane endra seg. Det kan vera snakk om nye, enkle behov – som lett lar seg løysa, eller kanskje det har utvikla seg større og meir samansette utfordringar som krev meir samarbeid og koordinert innsats?

For å oppdaga slike endringar, må me bruke augo og øyra til å fanga opp signal.

Suldal kommune

Utfyllande informasjon finn du på kommunen sine sider.



Oppfølgingsteam

Observasjon

Ser du at brukaren har større trong for hjelp? Del med den det gjeld, pårørande, kollega eller leiar.

- Observer, kva ser du?
- Del uroa
- Avklar om det trengs tiltak og følg opp

Tiltak frå eiga teneste

Saman med den det gjeld og evt pårørande skal de finna ut om ein kan iverksette tiltak som kan løysa utfordringa.

- Vurder og iverksett aktuelle tiltak
- Avklar kontaktperson
- Vurder behov for eit samarbeidssmøte med brukar, teneste, evt. pårørande

Samarbeid to tenester

Ved behov for tiltak frå to tenester skal desse, saman med den det gjeld og evt pårørande, finna tiltak som kan løysa utfordringa.

- Vurder og iverksett aktuelle tiltak
- Vurder om ein treng hjelp frå fleire tenester
- Bruk PSFS

Samarbeid fleire tenester

Når det trengs koordinerig mellom fleire enn to tenester, den det gjeld og evt pårørande for å løysa utfordringa.

- Avklar koordinerig
- Meld behov til tildelingskontor; som vurderer om koordinator, individuell plan (IP) og oppfølgingsteam er nødvendig.
- Evt. koordinator følger opp brukar

Når prosjektet vert avslutta

- Implementere «BTI for vaksne».
- Få oversikt over *all* koordinering i kommunen.
Heimetenester og demens.
- Innfasing av ei digital løysing for Individuell Plan (IP).
- Fortsette jakta på gode andre digitale samhandlingsverktøy.

Koordinering og tverrfagleg samarbeid - som leiar

Engasjerte og kompetente tilsette som møter brukarane med sine utfordringar, ser moglegheitene og er opptatt av heilskapen og felles mål.

Koordinator og oppfølgingsteam for dei som har trong for det.

Som leiar og organisasjon må det leggest til rette for denne oppgåva, mellom anna ved å helpa til med prioriteringar.

Som organisasjon vil me ha oversikt over kven som har oppfølgingsteam, koordinator og IP.

Koordinering og tverrfaglig samarbeid

Refleksjon med tilsette om tiltak for brukarane bidreg til:

- Betre resultat - gitt egne mål (brukar)
- Betre funksjon og eigenmestring
- Betre opplevd kvalitet
- Førebyggje og utsetje behov for kommunale helse- og omsorgstenester
- Redusera talet på unødvendige sjukehusinnleggingar

Erfaringar



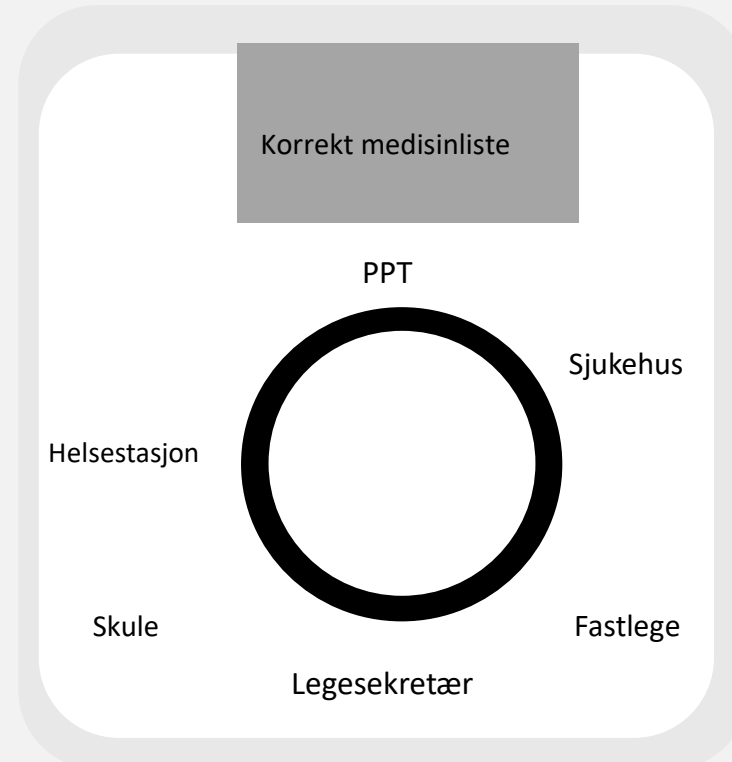
Presentasjon av Harald Bjarne Hellesen, kommuneoverlege og fastlege

Gyldne augneblink

Erfaringar frå fastlegen sin kvardag



Tilgjengelegheit

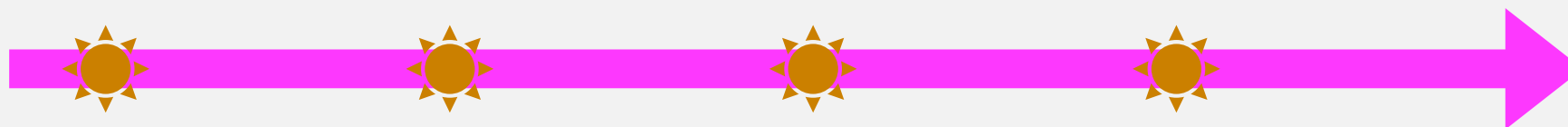


Ber om resept

Bekymringsmelding

Medrave

Epikrise frå sjukehus



Senja kommune

Senja kommune



Hva har vi fått på plass – suksesshistorier



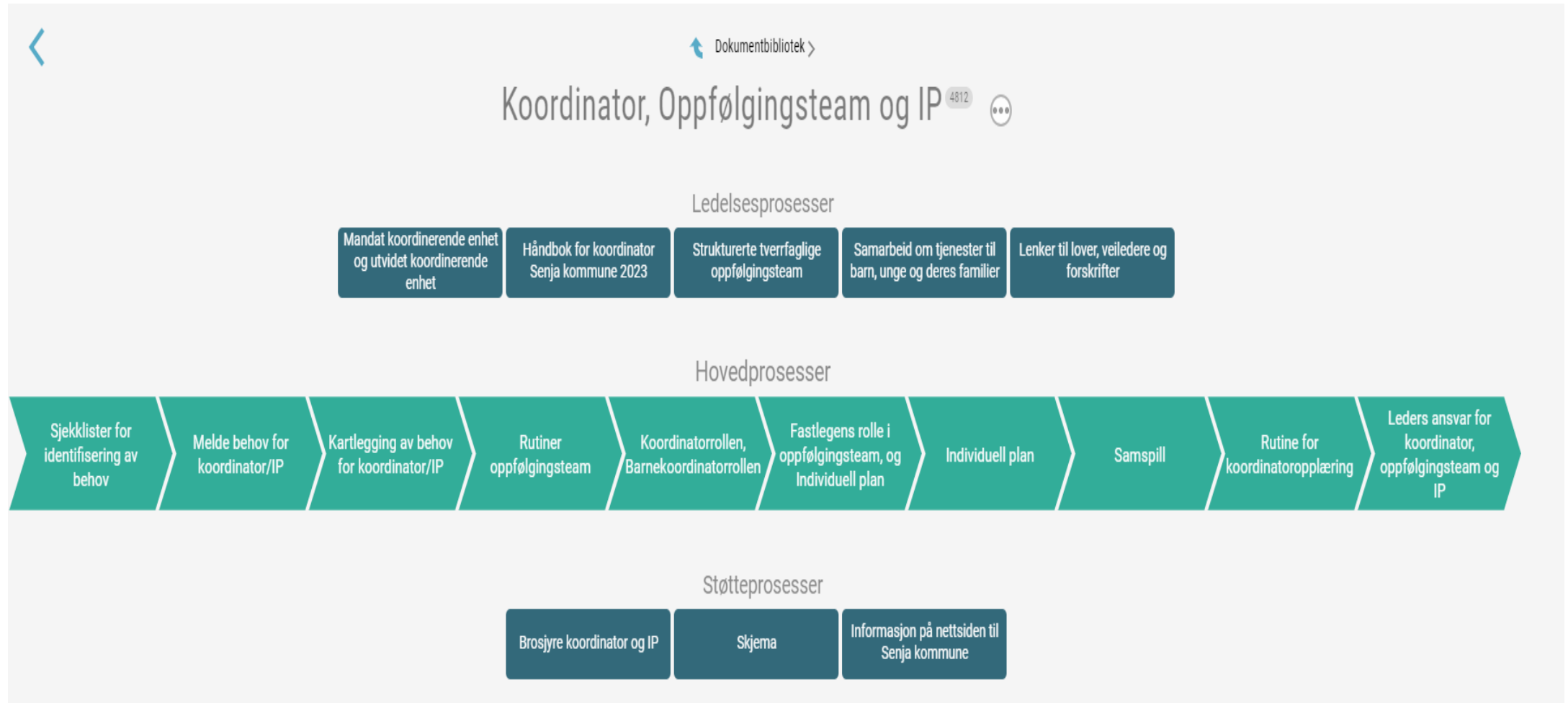
- **Mandat** for koordinerende enhet .
- **Plan for** forebygging av omsorgssvikt og adferdsproblemer, er vedtatt i kommunestyret.
 - Bygge et tydelig "vi lag" rundt barnet.
 - Møtestruktur for barn og unge er vedtatt
 - Politisk vedtatt at Samspill skal brukes når helselovgivingen er trådt i kraft, og i forhold til BTI/ Stafettlogg.

Hva har vi fått på plass – suksesshistorier forts.



- Vi har **fått testet** ut oppfølgingsteam til alle aldersgrupper.
- Vi opplever
 - Bedre faktisk og praktisk samarbeid i samtid i teamene.
 - Økt og mer strukturert brukermedvirkning.
 - Økt fokus på koordinatorrollen.

Rutiner koordinator, oppfølgingsteam og IP i Compilo





Håndbok for koordinatorene og deltakere i strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam

Å gi en helhetlig og samordnet tjeneste
som gir brukeren en hverdag som er
forutsigbar.

September 2023

Håndbok for koordinatorene og deltakere i oppfølgingsteam

- Alle nødvendige rutiner ligger enkeltvis i Compilo
 - **Rutinene** beskriver gangen fra vurdering av behov, til oppnevning av koordinator, koordinatorrollen **m.m**
- Håndbok for koordinatorene og rutiner i Compilo «**speiler**» hverandre.
 - Håndboka kan også deles ut til medlemmer av oppfølgingsteam som ikke jobber i kommunene.

Samarbeid mellom kommune og helseforetak



Samarbeidsavtaler mellom UNN HF og kommunene i Troms og Ofoten. Har her fått med oppfølgingsteam.

Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms på Finnsnes – kommunale, interkommunale, og desentraliserte spesialisthelsetjenester. Bland annet:

- Geriatrisk poliklinikk og rehabiliteringsavdeling.
- **Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT)** er et **fast** tverrfaglig sammensatt team som kan gå fort inn i en sak, og følger opp pasienten over kort tid.
 - Startet for å sikre overgang mellom sykehus og kommune.

FLYTSKJEMA PSHT MIDT TROMS

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Henvising Identifisere behov	Tverrfaglig vurdering av henvising: Vurdere om pasienten vil ha nytte av PSHT	Møte med pasienten Kartlegging av pasientens mål «HVA ER VIKTIG FOR DEG»	Tverrfaglig kartlegging Kartlegge og involvere med øvrige tjenester og pårørende	Risikovurdering Hvilke helsemessige utfordringer står i veien for at pasienten når sine mål?	Tverrfaglig oppsummering Hva trengs for at pasienten skal nå målet?	Behandlings og oppfølgingsplan Veilede/ samarbeide	Starte opp Med tiltak Evaluere/justere	Overføring og Avslutning PSHT Alternativ: PSHT avslutter, pasienten trenger ingen kommunale tjenester
SAMTYKKE fra pasient til å henvise til PSHT			Hjemmebesøk	Sette inn risiko-reducerende (forebyggende) tiltak	Delta på samarbeidsmøter			Pasienten trenger kommunale tjenester. Evt. Hjelp til å søke om dette. PSHT avslutter
Hvem kan henvise: Unn Fastlege Kommunale institusjoner Pasient Pårørende Tildelingsenheten Koordinerende enhet/ tildelingsenhet Hjemmetjeneste	Inneholder henvisningen de nødvendige opplysninger? Behov for tverrfaglig tilnærming?	Leser i pasients journal, ser etter mønster og sykdomshistorie, eksisterende tilbud osv.		Målet er å forebygge uheldige hendelser, eller forverring.	Se på saksutredningen i profil og dokumentasjon i <u>Dips</u> Snakker med Tildelingsenheten Hjemmetjenesten Pårørende	Målrettet proaktiv plan basert på pasientens mål og risikovurdering Lage en helhetlig plan for pasienten.	Bidrar til å sette opp tiltakene Styrker og veileder sammen med andre aktører	Pasienten trenger koordinator og kommunale tjenester. Melde til koordinerende enhet. PSHT avslutter
Henvising sendes via <u>Dips</u> , Profil Telefon, Brev Direkte (ATA)	Første notat i <u>Dips</u> og Profil	Tilsyn i sengepost Tilsyn i hjemmet			Dersom manglende undersøkelser/ informasjon, initiere tiltak		Evaluere om pasienten har behov for mer oppfølging	Overføringsmøter, informere andre instanser som er involvert om at PSHT avslutter Tverrfaglige epikriser

Praktisk forbedringsarbeid – mange skjær i sjøen.....

Prosjektleder?





SENJA
KOMMUNE

Takk for oppmerksomheten



Kinn kommune



Organisasjonskart.

Koordinerende eining



Koordinerende eining har kommunedirektør si mynde til å plassere koordinatoransvar i alle kommunale tenester. (Helse,- og velferd. Oppvekst- og undervisning)



Organisering av Koordinerende eining. Grunnmuren for tverrfaglig samhandling

Organisatorisk plassert i fag- og utvikling, lokalisert på rådhuset Florø og rådhuset i Måløy. Utviklingssjef har det overordna ansvaret for KE, medan ansvaret for utøving av oppgåver er lagt til leiar for koordinerende eining.

Tverrfagleg samansett, 20 % ressurs frå deltakande einingar. Dynamisk samansetning.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Trude Gulbranson (leiar, fag og utvikling)• Einar Vadøy (fysioterapeut, teneste Helse)• Anne Bjørbæk Standal (spl, sakshandsamar, tildelingseiinga)• Marianne Sandvik (sosionom, Nav)• Anne Grethe Brandsøy Prestrud (spl, heimetenesta, 50 % prosjektmedarbeider - oppfølgingsteam)• Gry Ommedal (rådgjevar oppvekst, pmto-terapeut, 50 % implementering BTI)• Kjell Arne Nordgård (kommuneoverlege) | <ul style="list-style-type: none">• Stine Aase Myhre (avdelingsleiar psykisk helse og rus)• Merete Verpeide (barnevernspedagog, SFO- leiar)• Ingrid Sæbø Åland (Klinisk sosionom, Psykisk helse-og rus)• Turid Blaalid (helsesjukepleiar) |
|---|--|

Effekt av organiseringa av Koordinerande eining

- Fag-og kulturbærarar frå dei ulike tenestene inn til Koordinerande Eining :
- Fagkunnskap, Arbeidsmetodikk, organisasjonskultur, og tenestekultur, etc
- Endringsagentar frå Koordinerande eining tilbake til tenestene:

Samhandling, systemkunnskap, koordinering, opplæring, støtte og **mas**

- Betre strategisk planlegging i kommunen:

Budsjett og handlingsprogram, kommuneplan, sektorplanar, temaplanar, handlingsplanar, universelle tiltak, kvalitetsforbedringsarbeid.

Dei skal lage flyt i omsor

FLORE Denne gruppen har fått det fine navnet «Koordinerande eining». Dei skal sikre at brukarane av ein samsystemerorientert teneste, får opplevd det som vert kalla ein personleg koordinert teneste.

Kommunikasjon

Medlemmer

Denne gruppen består av mange av dei som har ansvar for å sikre at brukarane av ein samsystemerorientert teneste, får opplevd det som vert kalla ein personleg koordinert teneste. Dei skal sikre at brukarane av ein samsystemerorientert teneste, får opplevd det som vert kalla ein personleg koordinert teneste.

- Det er viktig å ha god kommunikasjon mellom dei ulike tenestene, og det er viktig å ha god kommunikasjon mellom dei ulike tenestene, og det er viktig å ha god kommunikasjon mellom dei ulike tenestene.





Oppfølgingsteam = laget rundt barn/ungdom som treng hjelp fra fleire.

BTI-retteleiar			
<p>Nivå 0 Definer uroa for eit barn. Del uroa med næraste leiar, får du eventuelt dele uroa med feresette/barnet.</p> <p>Steg 1: Definer uroa for eit barn</p> <p>Steg 2: Del uroa med leikaren din</p> <p>Steg 3: Del uroa med feresette/barnet.</p> <p>Steg 4: Grunn til vidare oppfølging?</p> <p>Steg 5: Avslutt saka</p>	<p>Nivå 1 Jobb saman med feresette og barn for å finna ei løysing. Her vert det i utgangspunktet jobba innan ei enkelt tenestefordeling.</p> <p>Steg 1: Samtykke til stafettlogg</p> <p>Steg 2: Skap felles forståing</p> <p>Steg 3: Sett i verk tiltak</p> <p>Steg 4: Evalueringssmøte - drøftingsdel</p> <p>Steg 5: Evalueringssmøte – avgjerd om vegen vidare</p>	<p>Nivå 2 Jobb i tverrfagleg samarbeid mellom kommunale tenester, feresette og barn for å løysa utfordringa.</p> <p>Steg 1: Nettverksmøte - oppstart</p> <p>Steg 2: Nettverksmøte – planlegg tiltak</p> <p>Steg 3: Sett i verk tiltak</p> <p>Steg 4: Evalueringssmøte - drøftingsdel</p> <p>Steg 5: Evalueringssmøte – avgjerd om vegen vidare</p>	<p>Nivå 3 Jobb i tverrfagleg samarbeid mellom ulike kommunale tenester, feresette/barn og tilviste tenester for å løysa utfordringa.</p> <p>Steg 1: Nettverksmøte - oppstart</p> <p>Steg 2: Nettverksmøte – planlegg tiltak</p> <p>Steg 3: Sett i verk koordinerte tiltak</p> <p>Steg 4: Evalueringssmøte - drøftingsdel</p> <p>Steg 5: Evalueringssmøte – avgjerd om vidare koordinert innsats</p>



Hovuderfaring: Vi må gjøre det enkelt.
Kontinuitet, nærhet og kjennskap til brukaren
 Flyt Samspill som digitalt verktøy.



Kven er dei ?

- 90 barn og unge (1-18 år) med oppfølgingsteam og koordinator
- 10 % har diagnosen psykisk utviklingshemming.
- 40 % "Komplekse utfordringar".
- 30 % autisme/barneautisme
- 7 % fysisk funksjonshemming
- 13 % andre sjukdommar.
Nevrologiske sjukdommar ++

Oppfølgingsteam





Oppfølgingsteam = Samhandling rundt voksne som treng hjelp fra fleire.

Henvending eller søknad til KE ofte frå:
brukar/pas sjølv, fastlege, tenestene, helseforetak.

Kontinuitet, nærhet og kjennskap til pasienten.

- Kronisk sjuk
- Traumepasient
- Rehabiliteringspasient
- Integrasjon
- Familiar som strevar mm

- Pakkeforløp psykisk helse
- Pakkeforløp rehabilitering
- Pakkeforløp kreft.
- Palliativ plan
- Rehabiliteringsplan mm
- Fact team. mm

Oppfølgingsteam





Oppfølgingsteam = samhandling rundt eldre som treng hjelp fra fleire.

Viktig med nærhet og kjennskap til pasienten når en velger koordinator.

- Tenester frå pleie- og omsorg
- Tenester frå fysioterapeut eller ergoterapeut
- Oppfølging frå fastlege
- Oppfølging av kreftkoordinator
- Innimellom innlagt i sjukehus.

Mål:

- trygge pasient og pårørende.
- God kvalitet og oppfølging om eit samla tenestetilbod.
- Gode pasientforløp
- Unngå unødvendig sjukehusinnlegging
- Gode vekslingsfelt med sjukehusa
- Typisk digital plattform: Dialogmeldinger epj. Imatis.

Oppfølgingsteam





Brukarerfaringar:

- Blir tatt på alvor
- Lettere å stå i vanskelege situasjonar
- Viktig å møtes - sjøl om det ikkje har skjedd noko
- Bedre observasjonar - få rett utredning og rett hjelp
- Bedre funksjonsnivå
- Bedre kommunikasjon føresette - kommune ved å ha en fast koordinator
- Viktig for dei at alle aktørene er "på". Møter på møta.

Mi erfaring:

- "Lirking og luring" funker best.
- Ekstremt viktig å trygge foreldre/føresette
- Fokus på barnet og funksjonsnivå.



KE må bidra med opplæring og felles forståelse:

Individuell opplæring i koordinatorrolla og oppfølgingsteam	Tverrfaglig opplæring om ulike tema	Større tverrfaglige fagsamlinger om samhandling for leiarar og fotfolk
<ul style="list-style-type: none">• "Støttekontaktordning" til koordinator og barnekoordinator.• Lager "oppstarten" ved behov• Visma Flyt Samspill: opplæring og informasjon til brukar, pårørende, koordinator og andre i oppfølgingsteamet.• Rolleforståing, strukturar (som møtereferat) og avtalar	<p>Vi kjører faste og systematiske:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kurs i møteleiing• Kurs i Flyt Samspill• Koordinatorsamlinger <p>I tillegg:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inviterer vi oss sjølve rundt på på avdelingane med informasjon og opplæring.• Nyttig med dialog og spørsmål. <p>Lager praktiske verktøy:</p> <ul style="list-style-type: none">• Referatmalar• Innkallingsmalar• Aktørkart• BTI- verktøy	<ul style="list-style-type: none">• Samhandling.• Koordinatorrolla.• Aktørkart• Løse praktiske floker.• Case-arbeid (Cafedialog). <p>• Leiar sitt ansvar</p> <p>OBS: nytt lovverk.</p>



Erfaringer om korleis få eit oppfølgingsteam til å fungere bedre:

- Kunnskap om IP og koordinator rolla:
 - Går "rykte" om at IP og koordinatorrolla er ekstremt tidkrevjande
 - Nyutdanna har lite eller nesten ingen kunnskap om IP og koordinatorrolla
 - Mange med lang yrkeserfaring har også lite kunnskap / kjennskap
 - IP er eit ansvar helsesektoren må ta...
- VI MÅ GJERE DET ENKELT =)
 - Korleis nytte Visma Flyt Samspill
 - Aldri gløym brukarmedvirkning
 - Fleire veier til målet!
- Resultatet av eit betre fungerande oppfølgingsteam:
 - Får resultat.
 - Fornøgde brukarar og foreldre/pårørande.
 - Tenestene er meir effektive (tid / mål).





Løyse ei utfordring om gangen:





Takk for merksemda

Bø kommune



Foto: Robin Olaisen

Film, Bø kommune

Hva har Bø kommune oppnådd?

- Opprettet tjenestekontor med koordinerende enhet
- Igangsatt faste samarbeidsmøter mellom tjenestekontor og de ulike avdelinger
- Utarbeidet rutiner og maler for oppfølging av personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester
- Implementert oppfølgingsteam som arbeidsmetode i alle etater og samtidig faset ut de tradisjonelle ansvarsgruppene
- Rekruttert koordinatorene fra både helse og oppvekst
- Etablert et koordinatorknettverk med faste samlinger i året
- Videreutviklet barne- og ungdomsteamet i kommunen
- Arrangert ulike kurs og fagdager for å øke kompetansen på tidlig identifisering og tverrfaglig samhandling
- Drevet omfattende informasjonsarbeid i organisasjonen for å sikre lederstøtte, forankring og kjennskap til oppfølgingsteam
- Kjøpt inn felles samhandlingsverktøy

<u>ANSVARSGRUPPE</u>	<u>OPPFØLGINGSTEAM</u>
Mange deltakere	Færre deltakere
Alle instanser kalles inn	Kun nødvendige instanser kalles inn
Ofte fast antall møter i året	Møter etter behov
Rigid form	Fleksibel form
Mange skal ha ordet	Mer tid til å lytte til bruker
Oppleves overveldende for bruker	Tryggere arena for bruker
Tid- og ressurskrevende	Mindre logistikk sparer tid og ressurser
IP brukes sporadisk	IP brukes mer systematisk

Tips til god møteledelse

- Planlegg møtets innhold i samråd med bruker
- Spør bruker: «Hva er viktig for deg?»
- Send ut agenda i god tid
- Still forberedt og tenk gjennom formålet med møtet
- Kall bare inn nødvendige instanser
- Pass tiden
- La alle deltakere komme til ordet
- Legg frem budskapet slik at alle forstår
- Sammenfatt det som ble diskutert og besluttet
- Vurder om dere skal avtale nytt møtetidspunkt
- Skriv referat
- Følg opp det dere ble enige om

Tilbakemeldinger fra ansatte

- Er i større grad kjent med rettighetene til koordinator og IP
- Har oppfølgingsteam "fremst i panna" i møte med nye brukere
- "IP-en ligger ikke lenger i en skuff"
- Vet hvor de kan henvende seg ved spørsmål om koordinering av tjenester
- Maler, rutiner og retningslinjer ligger lett tilgjengelig i kvalitetssystemet
- Økt tverrfaglig samarbeid på tvers av etater og nivåer
- Tjenestekontoret er etablert som et knutepunkt for ansatte, brukere og pårørende
- Fanger opp brukere med sammensatte behov tidligere
- Gir et mer helhetlig tjenestetilbud
- Roller og ansvar er bedre avklart og fordelt

Tilbakemeldinger fra brukere

- Opplever en tettere oppfølging fra kommunen
- Kjennes trygt å ha én fast kontaktperson å forholde seg til
- Gruer seg ikke lenger til møter
- Har større eierskap til både IP og møteagenda
- Får ha et ord med i laget når koordinator skal velges
- Merker fordelene av å bo i en liten kommune med samlokaliserte helsetjenester

Refleksjoner etter fem år i pilot

Endringsarbeid...

...tar tid

...innebærer en kulturendring

...byr på motstand

...er utfordrende i en presset kommune

...krever investeringer

...er avhengig av dedikerte ressurspersoner

...må forankres i hele organisasjonen

...er ikke venstrehåndsarbeid

...fordrer samarbeid

...skaper engasjement

...gir resultater!



[helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no)

Implementering og utviklingsarbeid

Erfaringskonferanse oppfølgingsteam Suldal kommune 3. november 2023

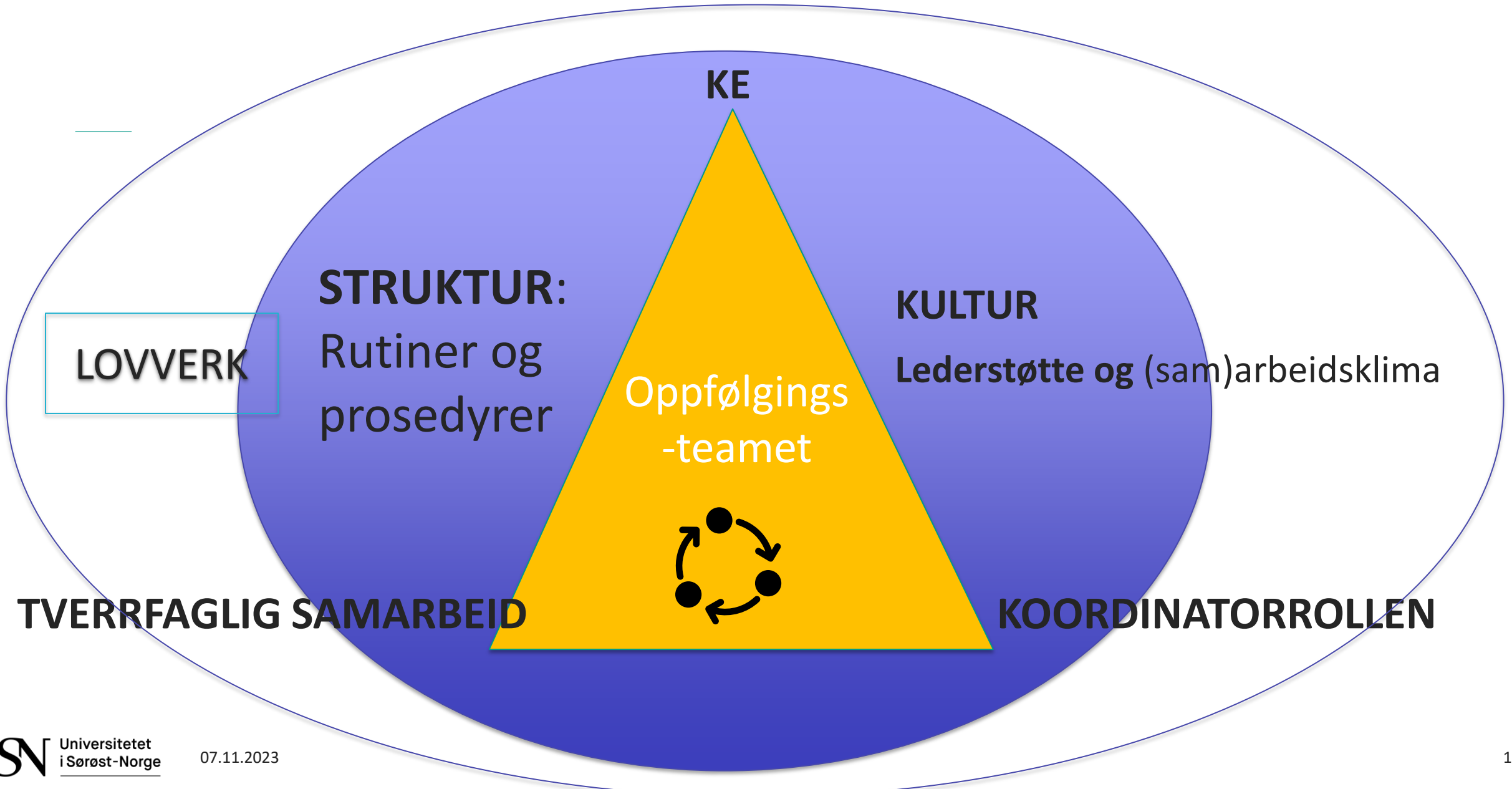
Anne Grethe Steinsvåg

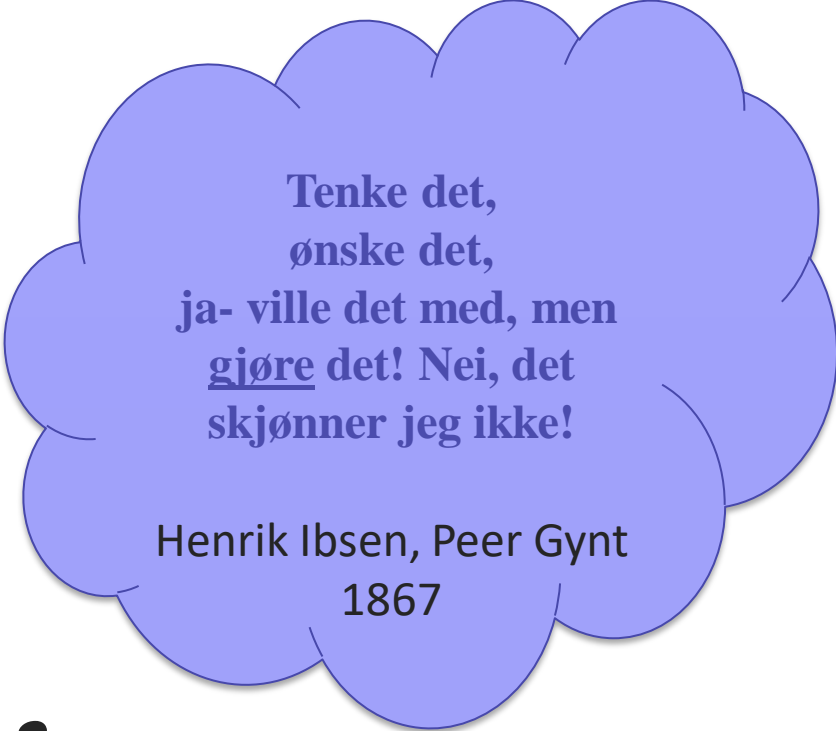
Universitetslektor/ Fagansvarlig videreutdanninger

Fakultet for helse- og sosialvitenskap. Institutt for sykepleie- og helsevitenskap



Faktorer som påvirker oppfølging av personer med behov for koordinerte tjenester





Tenke det,
ønske det,
ja- ville det med, men
gjøre det! Nei, det
skjønner jeg ikke!

Henrik Ibsen, Peer Gynt
1867

Implementering - hva er det egentlig?

« Det er ingen quick fix »

Forskning viser at **opp til 70 %** av alle forsøk på å skape forbedringer i organisasjoner **ikke er holdbare over tid.**

(Daft og Noe, 2000).

Implementering av ny praksis **tar 3-5 år.**

(Ogden, 2011; Bastøe, Dahl & Larsen, 2002).

Implementering og fastholdelse av ny praksis

”Innføring av nye arbeidsmetoder og forbedringer, som blir **normen**, dvs den måten vi **gjør tingene på her**”.

Dette innebærer at.....

- ✓ arbeidsprosessen og resultatet er endret
- ✓ holdningene og den atferden, som ligger bak, er også fundamentalt forandret
- ✓ systemet er forandret, slik at det understøtter forandringen. (egen oversettelse og uthevinger)

Kilde: NHS Institute for Innovation and Improvement, 2005 I: Defactum, 2016 s. 3.

Implementering – hva kreves?

For at implementering skal være effektiv, må **både**

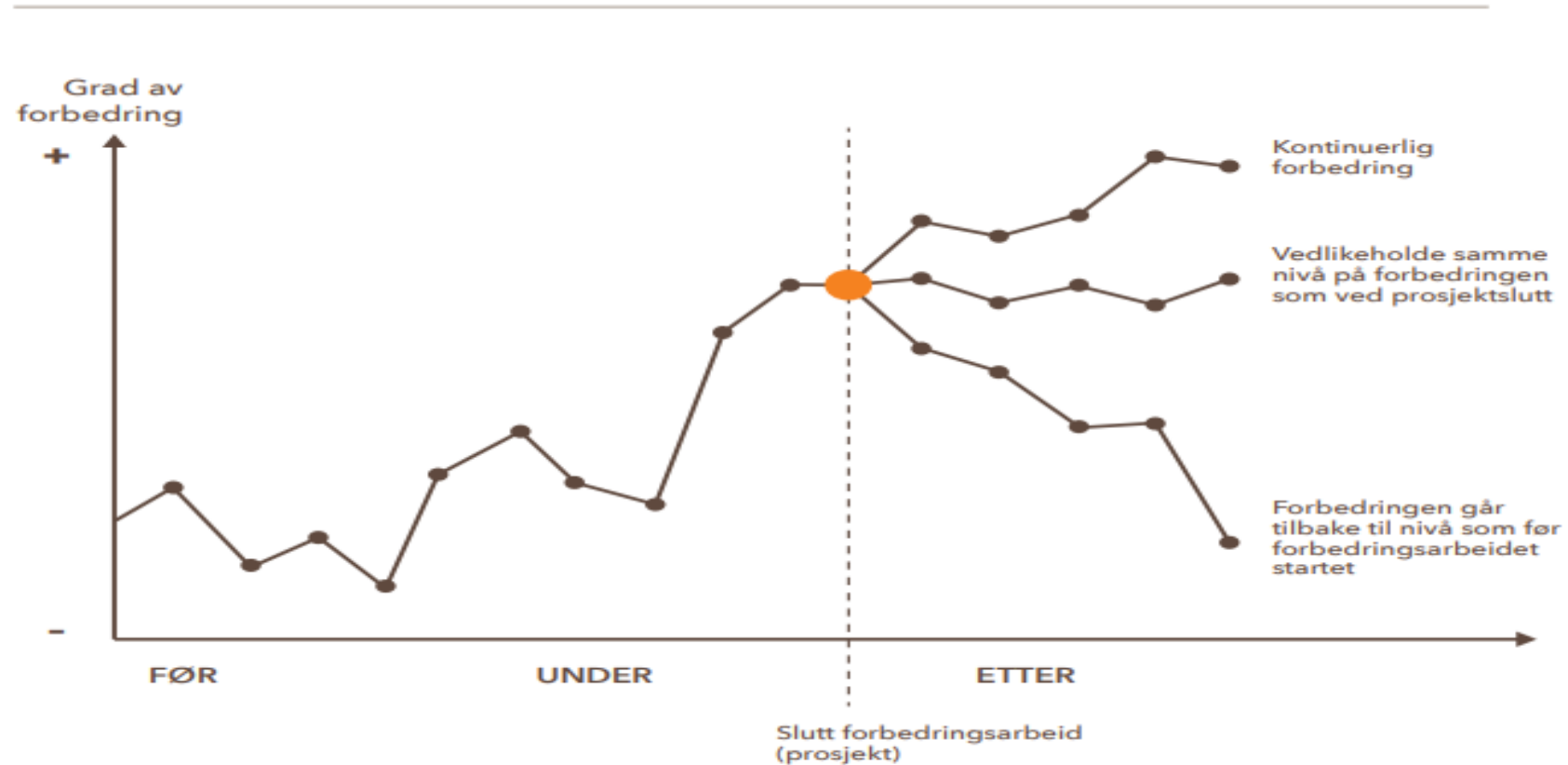
➤ tiltakene som skal implementeres OG

➤ implementeringstiltakene, være effektive!

(Ogden, upublisert)

Hva skjer når et forbedringsarbeid er «ferdig»?

(Helsedirektoratet, 2018. Forbedringsguiden s. 48)



Hvilke faktorer må det tas hensyn til for å lykkes med implementering?

(a) Implementeringskonteksten

Er organisasjonen **moden** for å implementere noe nytt?

Hvilken **kultur** har vi på arbeidsplassen?

Hva kjennetegner de **ansatte**?

Hvilken kompetanse har **ledelsen** i å **lede** implementering?

Behov for å samle trådene, få oversikt og hente ut synergier fra ulike satsinger



Struktur og kultur



Strukturtert tverrfaglig oppfølgingsteam

Vellykket forandring: 8 læringskompetanser for ledere

A: Å skape rammer:

1. Etablering av en opplevelse av nødvendighet av endring
2. Opprette en styrende koalisjon med sentrale parter for å lede og gjennom-føre endringen

B: Beslutte hva som skal gjøres:

3. Utvikling av en **visjon og strategi** for endringen

C: Få det til å skje:

4. Kommuniser visjonen for å skape forståelse og aksept
5. Gi folk makt til å handle (fjern hindringer)
6. **Sørg for seire på kort sikt**
7. Ikke slakk tøylene (tro ikke at "krigen" er vunnet)

D: Få det til å fortsette/bli varig

8. **Skap en kultur ved å holde fast på de nye atferdsmønstre til de blir sterke nok til å erstatte gamle vaner.** (Kotter & Rathgeber, 2007)



Hvilke faktorer må det tas hensyn til for å lykkes med implementering?

(b) Implementeringsprosessen

Kvalitetsforbedringsmodellen som arbeidsmetode

Medvirkning og involvering av de ansatte

Ledelsens oppfølging

Betydningen av målinger

Reaksjoner på endringer: tre nivåer av motstand

(Maurer, 2009 I: Helsedirektoratet 2018, Forbedringsguiden s.46)

	Kognitiv	Emosjonell	Relasjonell
Reaksjon	Jeg forstår det ikke	Jeg liker det ikke	Jeg stoler ikke på deg
Hva skal du gjøre?	<ul style="list-style-type: none">• Vær rasjonell• Sørg for tilgang til informasjon• Begrunn årsakene med fakta• Involver i planlegging og analyse• Klargjør hensikt – ha svar på hvorfor	<ul style="list-style-type: none">• La folk få utløp for følelser• Sørg for å dialog om trusler, tap, frykt og stress• Vis oppriktig interesse for den frykten som uttrykkes• Vis empati• Følg opp regelmessig	<ul style="list-style-type: none">• Hva handler dette egentlig om?• Reforhandle gamle mellommenneskelige historier• Avdekke evt. misforståelser (adferd vs. intensjon)

Involvering av personalet

«Fortell meg det, og jeg vil glemme det.

Vis meg det, og jeg kan kanskje huske det.

Involver meg, og jeg vil forstå det.»

(Kinesisk ordspråk hentet fra: Guide til implementering og fastholdelse af ny praksis, 2016)

Hvilke faktorer må det tas hensyn til for å lykkes med implementering?

(c) Implementeringsplan - planlegg for suksess!



Implementeringsprosessen

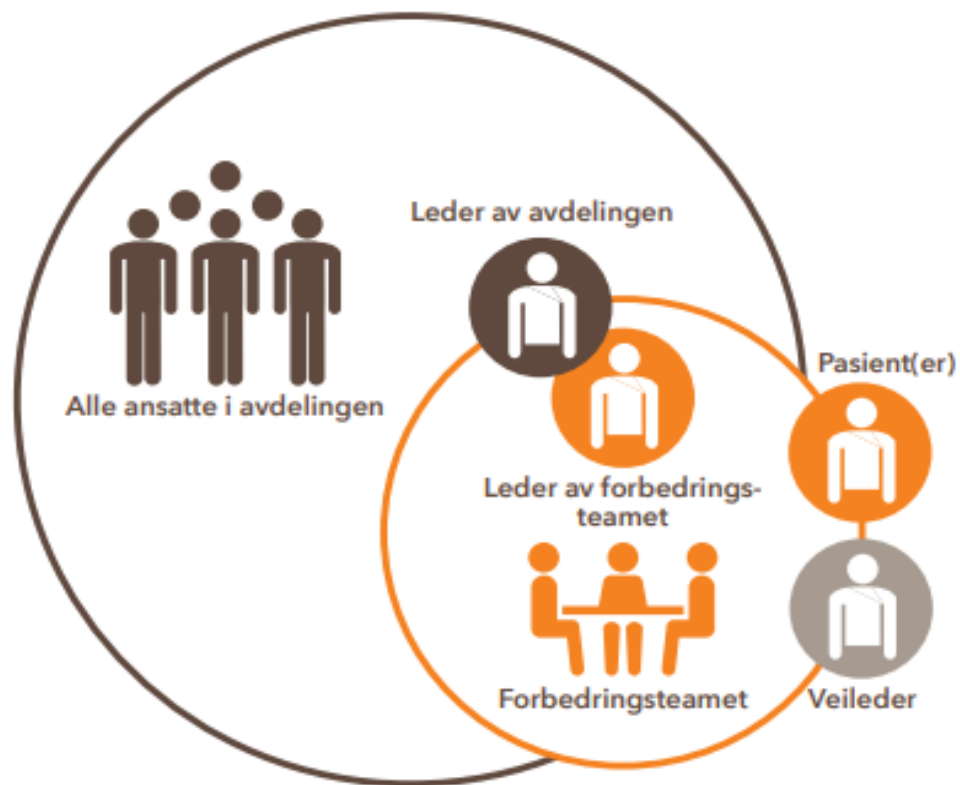
Når du planlegger implementeringsprosessen, bør du tenke gjennom følgende:

- Ansvar og rollefordeling
- Kommunikasjon og tidsplan
- Ressurser
- Standardisering og dokumentasjon
- Måle og feedback-system
- Utdanning og opplæringsbehov
- Motivasjon og engasjement

Se tips sjekklister og plan for implementering i Helsedirektoratet(2018): Forbedringsguiden, s. 39; [Sjekkliste og plan for implementering - Itryggehender \(ityrigger24-7.no\)](https://www.ityrigger.no/trykksaker/ityrigger24-7.no)

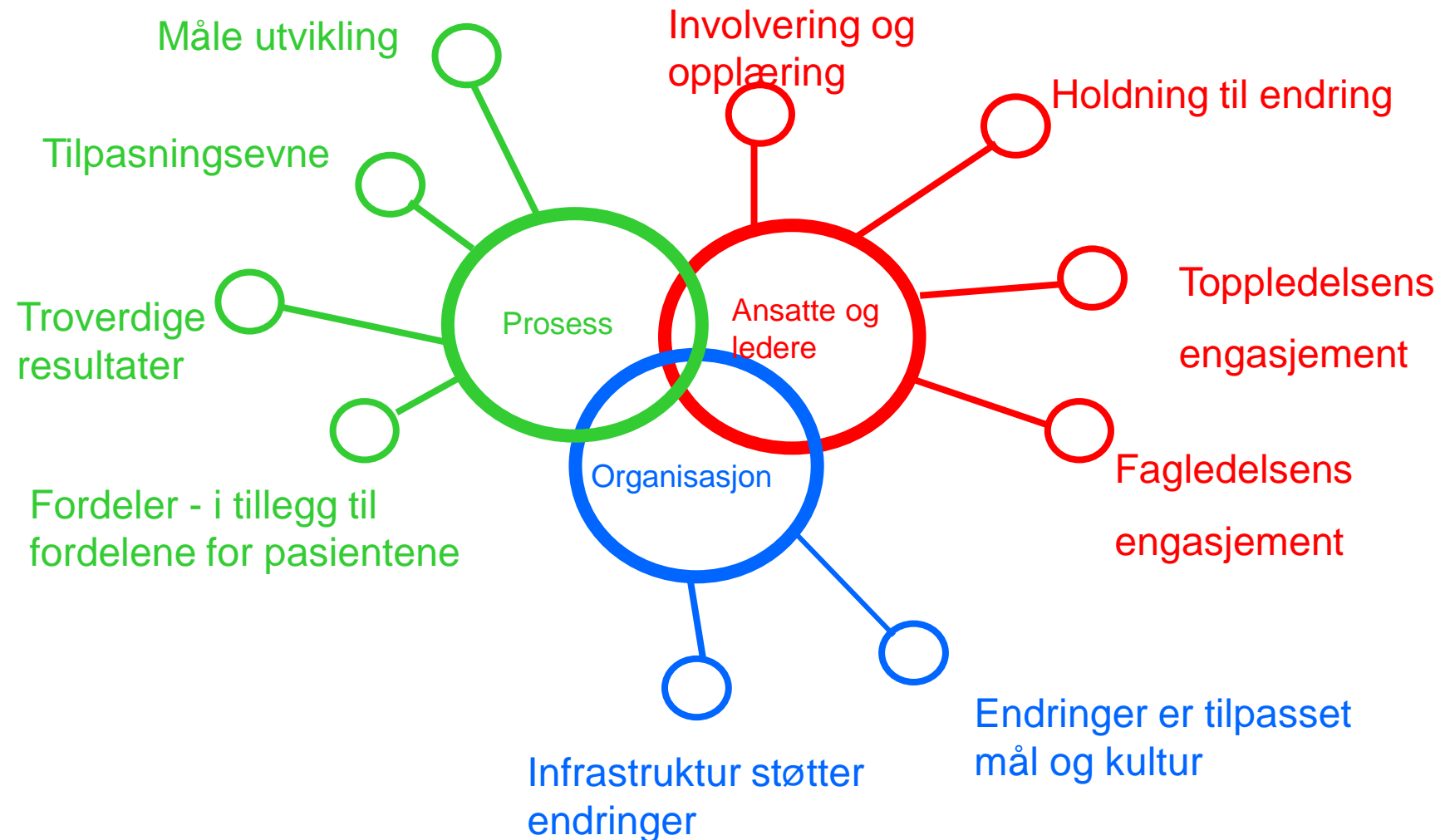
Organisering av forbedringsarbeid

(Helsedirektoratet, 2018 Forbedringsguiden s.43)



Sustainability modellen (NHS) - å skape vedvarende forbedringer

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#oversikt-over-metoder-og-verktoy-veileder-til-lede-re-som-vil-skape-en-innovasjonskultur>



Typiske feller (Lysebo & Fromreide, 2022 s. 41)

Typiske feller	Klok handling
Er opptatt av hva og hvordan, ikke <i>hvorfor</i>	Skap forståelse for <i>hvorfor</i>
Tror at du kan gjennomføre endringer alene	Få med deg viktige samarbeidspartnere
Tror at alle har forstått hvor dere skal	Gjenta historien om <i>hvorfor</i>
Engasjerer medarbeidere i liten grad	Legg til rette for medvirkning og ansvar
Utviser liten åpenhet i frykt for å gjøre feil	Anerkjenn de som tør å forsøke
Lukker øynene for det som hindrer endring	Ta affære og fjern hindringer
Glemmer å fortelle de gode historiene	Gi mye anerkjennelse og løft fram suksessene
Setter ikke delmål	Sette opp konkrete, kortsiktige mål underveis
Bruker all tid på de som viser motstand	Løft fram de som tar ansvar

Lykke til videre med det viktige arbeidet dere gjør!



Referanser/litteraturtips

Cappelen, K., Solstad LJ. , Andfossen, NB., Hartviksen, TA. & Devik, SA. (2020). Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon. Kunnskapsnotat: Leve hele livet- En kvalitetsreform for eldre. Omsorgsbibliotekt.

Nedlastet fra: [Kunnskapsnotat Styring og ledelse, forbedringsarbeid og innovasjon - Søk \(bing.com\)](#)

Folkehelseinstituttet (2015). Kvalitetsforbedringsmodellen. Nedlastet fra: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/>

Helsedirektoratet (2018). Forbedringsguiden. Teorier, tips og verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten.

Kotter, J. og Rathgeber , H. (2007). *Isbjergene smelter*. København: Politikens Forlagshus A/S.

Lysebo, MO. & Fromreide, NK. (2022). Ledelse av utviklingsarbeid. Fagbokforlaget.

Maher, L., Plsek, P & Bevan, H. (2009). Å skape en kultur for innovasjon. Guide til ledere. Oversatt av T. Konsmo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester, 2012. Nedlastet fra: [Selvevaluering av organisasjonens kultur ift utvikling \(fhi.no\)](#)

Maher, L. Gustafson, D. & Evans, A. (2016). Hvordan skape vedvarende forbedring? Nedlastet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/verktoy-for-vedvarende-forbedringer-sustainability>

Maher, L. Gustafson, D. & Evans, A. (2016). Model for implementering og fastholdelse af ny praksis. Oversatt av DEFACTUM, Region Midtjylland. Nedlastet fra: [Publikationer – DEFACTUM](#)

Tanggaard. P- (2016). Prosesslederboka. Lær å lede gode prosesser og møter. Kommuneforlaget.