

Samhandlingsprosjektet/Helsefelleskapet- FSU barn og unge

**Sammen om løsninger - hvordan skape godt samarbeid mellom pasient,
kommune- og spesialisthelsetjeneste**

Fagansvarlig barnesykepleier/Samhandlingsansvarlig
Seksjon for barne- og ungdomsmedisin
Anita Høyvarde Jensen

Min rolle

- Barnesykepleier/fagsykepleier ved Seksjon for barne- og ungdomsmedisin, Sykehuset Telemark
- Mye ansvar for kommunal samhandling/hjemmesykehusoppfølging- jobber tett opp mot Telemarks 17 kommuner
- Bistår med etablering av hjemmeteam- hjemme best
- Sikre trygge overganger på tvers av forvaltningsnivåene
- **Suksessfaktorene er:**
 - Tidlig planlegging av oppfølgingsbehov
 - Tidlig dialog og opplæring av kommunale samarbeidsaktører
 - Gode rutiner for pleie- og omsorgsmeldinger - PLO-dialog (sikrer god dokumentasjon for hele teamet m.fl)

Samhandling er ikke noe nytt

Delavtale 4.4.8.

Delavtale om samarbeid knyttet til tjenester til barn og unge

Sykehuset Telemark HF
og
kommunene i opptaksområdene

 SYKEHUSET TELEMAR



Utviklingsplan for helse- og omsorgstjenester i regionen	Dato:
Revisjon 2	1. januar 2019
Revisjon 1 er behandlet i de regionale styringsinstansene	Februar 2019

(Vedlegg 2.1 til delavtale 4.3.1 og 4.3.2 om inn og utskrivning)

Denne avtalen er inngått mellom

Sykehuset Telemark HF

og

..... kommune

Samarbeid om pasienter med særskilte behov som overføres mellom kommune og Sykehuset Telemark

Generell informasjon

Tittel: Samarbeid om pasienter med særskilte behov som overføres mellom kommune og Sykehuset Telemark

ID: 8939

Versjon: 2.0

Emner

0201 - Pasientadministrasjon - Pasientsikkerhet

020105 - Innleggelse - Pasientsikkerhet

ADU03 - ØKONOMI - ADMINISTRASJON, DRIFT OG UTVIKLING

PLO Melding om utskrivningsklar pasient og avmelding av utskrivningsklar pasient

Generell informasjon

Tittel: PLO Melding om utskrivningsklar pasient og avmelding av utskrivningsklar pasient

ID: 9837

Emner

020107 - Utskriving - Pasientsikkerhet

Utskriving av pasienter fra somatiske enheter ved STHF

Generell informasjon

Tittel: Utskriving av pasienter fra somatiske enheter ved STHF

ID: 8928

Versjon: 2.2

Type: Prosedyre

Modul: Kjernevirksomhet

Emner

0201 - Pasientadministrasjon - Pasientsikkerhet

020107 - Utskriving - Pasientsikkerhet

Delavtale 4.3.1 (og tidligere 4.3.2)

Delavtale om innleggelse og utskrivningsklare pasienter

(Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 6.2 - pkt 2 og 3
Lov om spesialisthelsetjenesten § 2.1 e)

 SYKEHUSET TELEMAR



Facturere kommunen for utskrivningsklare pasienter

Generell informasjon

Tittel: Fakturere kommunen for utskrivningsklare pasienter

ID: 7738

Versjon: 3.2

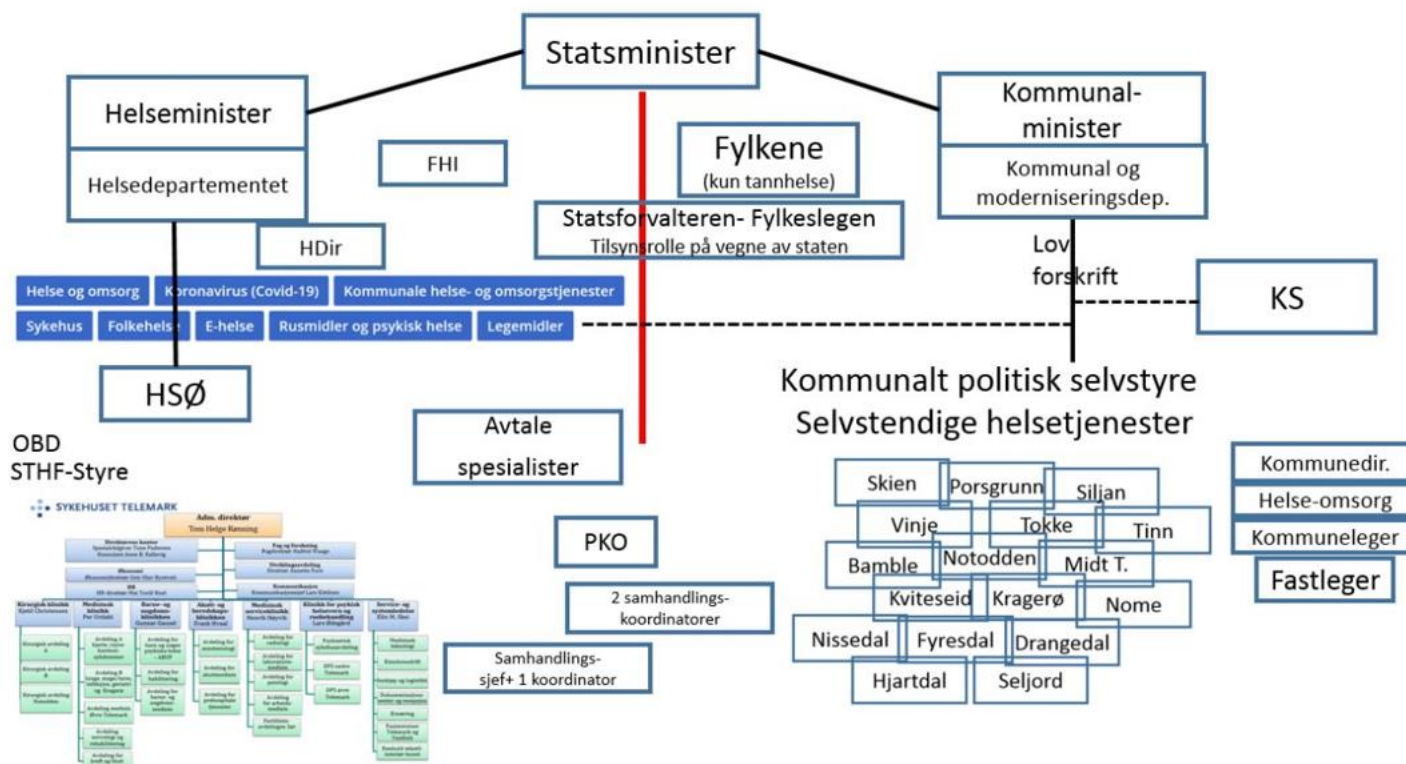
Type: Prosedyre

Emner

ADU03.2 - Regnskap - UTVIKLING

- Mange avtaler som regulerer overganger på tvers av forvaltningsnivå
- Færre avtaler som omhandler samarbeidet ved samtidighet i tjenestene

Komplekst styringsbilde et viktig bakteppe



Bakgrunn for søknad til samhandlingsmidler

- Opplevelse av å starte med «blanke ark» ulike kommuner, spesielt når jeg bistår i etablering av komplekse tjenester (ventilasjonsstøtte, nevrologiske sykdommer, barnepalliasjon etc)
- Manglet gode systemer for oppstart av et godt tjenestetilbud ved komplekse tilstander (f.eks etablering av team i hjemmet)
- Dårlig definisjon og tydeliggjøring av ansvar i et behandlingsforløp mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste – hvem og når gjøres hva?
- Pasientgruppe med omfattende behov som krever god *kompetanseoverføring og oppfølging* også etter overflytting til hjemmet.



Hva formidlet det kommunale hjelpeapparatet?

- Ansvar for barn med komplekse sykdomsbilder
- Begrenset erfaring og kunnskap om behandling av barn og ungdom
- Blir usikre i oppgaven –oppgaver/prosedyrer de ikke har utført tidligere
- Barn er ikke små voksne
- Trenger mye støtte, undervisning og veiledning



Samhandlingsprosjektet

- Samhandlingsmidler ble søkt og innvilget i 2022 og 2023
- 2 delprosjekter jeg skal fortelle mer om



Samhandlingsprosjekt/Helsefelleskap /FSU Barn og unge

- **Del 1: Flytskjema**

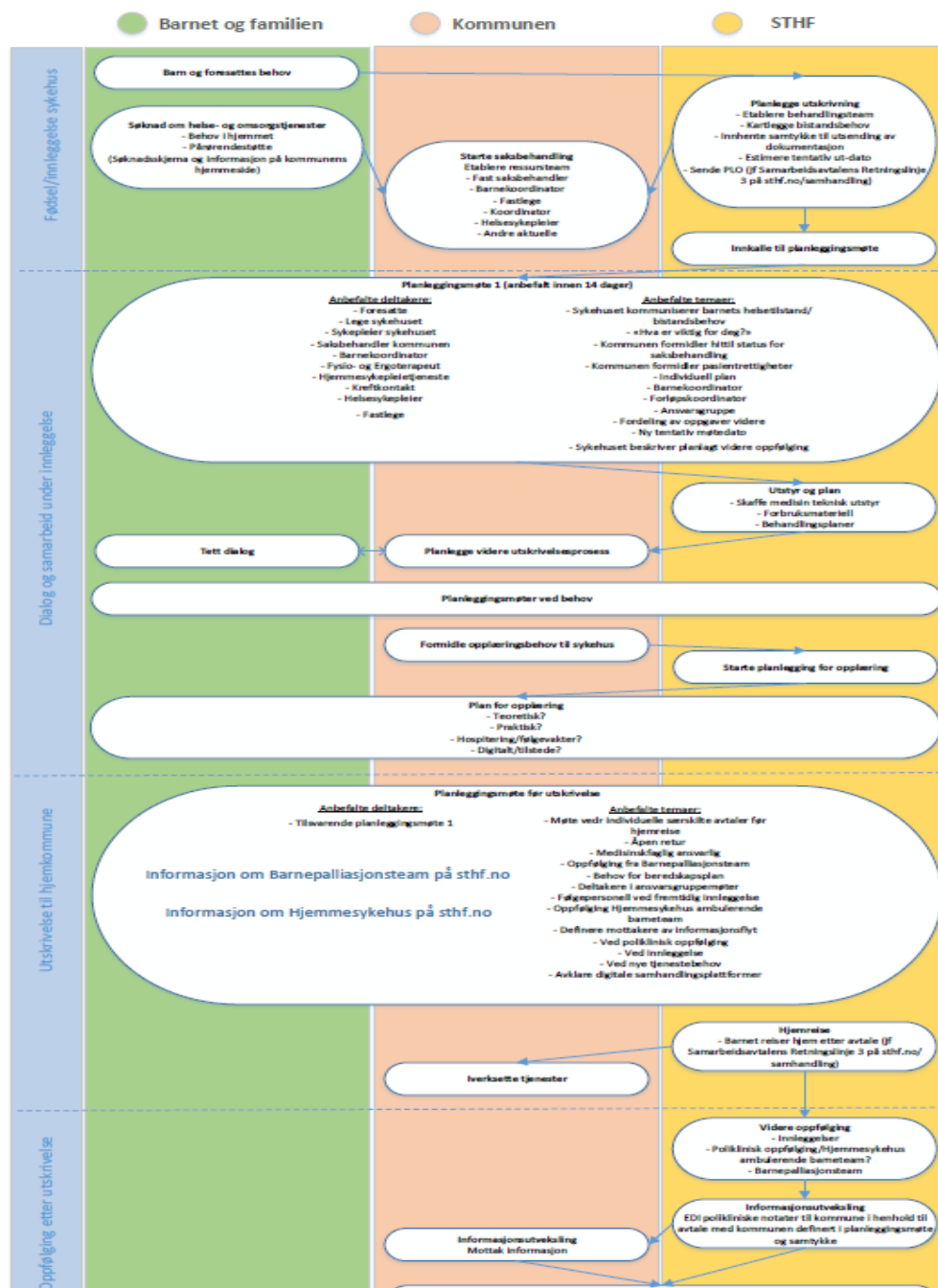
Sykehuset har sammen med representanter fra kommuner i Telemark jobbet med å utarbeide en veileder/flytskjema som skal sikre gode overganger fra sykehus til kommunalt helsetilbud.

Flytskjemaet skal være veiledende ved etablering av tjenester der det er stor grad av sykepleierfaglige oppfølgingsbehov i kommunen (primært barn med en-til-en oppfølging).

Flytskjemaet skal sikre.....

- Å etablere gode forutsigbare systemer for overflytting til kommune ved komplekse diagnoser
 - Klar definisjon av oppgaver og ansvar
 - God kompetanseoverføring på tvers av forvaltningsnivåer
 - Sikre godt samarbeid om pasientoppfølging etter utskrivning
 - Bedret tjeneste og oppfølging der pasienten er
-
- Utarbeidet flytskjema som ligger som vedlegg til retningslinje barn og unge

[vedlegg-12.2-pasientflyt-etablering-ved-komplekse-behov.pdf](#)



Arbeidsprosess

- Erfaringssamlinger og samarbeid i arbeidsgruppe bestående av representanter fra små og store kommuner i Telemark, fra sykehuset og samhandlingskoordinatorer
- *Suksessfaktorer har vært å*
 - Møte hverandre med likeverdighet
 - Åpenhet
 - Lytte
 - Jobbe sammen for å finne løsninger
 - «Friske» drøftinger
 - Gitt oss større innsikt i hverandres utfordringer og muligheter



Samhandlingsprosjektet/Helsefelleskap /FSU Barn og unge

Del 2: Bedret samhandling og faglig støtte til kommunale en-til-en team etter utskrivelse

Hvordan kan spesialisthelsetjenesten, ved hjelp av vårt Hjemmesykehus- ambulerende barneteam, gi bedre faglig støtte til kommunale team, med ansvar for barn med en-til-en oppfølging med komplekse sykepleiefaglige bistandsbehov?

Bakgrunn for Samhandlingsprosjekt del 2:

- Kommunen har begrenset kunnskap og erfaring med behandling av barn og ungdom – spesielt ved komplekse oppfølgingsbehov
- Teamene formidler behov for mer faglig støtte
- Det meldes om høy turnover i kommunale team som fører til utrygt miljø for behandlere, barn og foreldre. Manglende kontinuitet. Redusert pasientsikkerhet?
- Ad-hoc-henvendelser til sykehuset fra kommunene.
«Brannslukking» TAR TID!

Samhandlingsprosjekt del 2: Ytre Oslofjord Forbedring 2024

- Ønsker ikke lenger «brannslukking»- viktig å sette i system. Jobben må gjøres allikevel
- Meldte prosjektet inn forbedringsprogrammet STHF/Forbedringsmodellen/Ytre Oslofjord 2024
- Startet som et småskalaprojekt (over noen måneder)
- Tverrfaglige teamet består av representanter fra Barne- og ungdomsklinikken med ulik kompetanse;

- Anita Høyvarde Jensen (barnesykepleier barneavd/samhandlingsansvarlig ABUM/lc)
- Tove Wengård (kreftsykepleier barneavd/barnepalliasjonsteam/hjemmesykehus)
- Randi Hågan (barnesykepleier barneavd/hjemmesykehus/kreftkoordinator)
- Jorunn Nokevje (sykepleier barneavd/hjemmesykehus/LTMV-team)
- Rina Hoppestad (sykepleier barneavd/hjemmesykehus/leder barn som pårørende)
- Guro Coch (barnesykepleier barnepoliklinikk, LTMV-team)
- Trine Helgen (barnesykepleier dagavdeling barn/hjemmesykehus/LTMV-team)
- Kristin Nøstdal (sosionom habilitering barn)
- Jorunn Halsen (avdelingsleder ABUM)



Samhandlingsprosjekt del 2: Ytre Oslofjord Forbedring 2024

- Inkluderte 3 kommunale en-til-en team i prosjektet, alle med komplekse sykdomstilstander og oppfølgingsbehov
- Dessverre døde et av barna i prosjektperioden – synliggjorde behovet ytterligere.



Hjemmesykehus- ambulerende barneteam

- Tilbud til alle diagnosegrupper
- Hele fylket
- Tilbud en dag pr. uke- utvide ytterligere?
- Erstatte poliklinisk konsultasjon/dagbehandling
- Inntil videre for små til Avansert hjemmesykehusoppfølging (definisjon Helsedirektoratet)



Arbeidsoppgaver i Hjemmesykehus

- Blodprøvetaking
- Stell av sentralt venekateter (svk)
- Sårskift
- Samtaler med barn og foreldre
- Smertebehandling
- Oppfølging av ernæring/vekt/BT
- Gi medisiner, iv infusjoner/injeksjoner og peroralt
- Cytostatika
- Veiledning, informasjon og opplæring
- Observasjon og vurdering
- Omsorgsbesøk
- Palliasjon
- Skole-/Barnehagebesøk
- Tett samarbeid med hjemmetjenesten/Nå i større grad ***faglig oppfølging av hjemmeteam***



Forstå/kartlegge problemet/Nullpunktsmåling

De kommunale teamenes opplevelse av å få
systematisert faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten



Ved oppstart gav også alle teamene full score på at de trengte faglig støtte innen alle fagområder. Dette viste oss også at det var behov for mer faglig veiledning fra sykehuset.



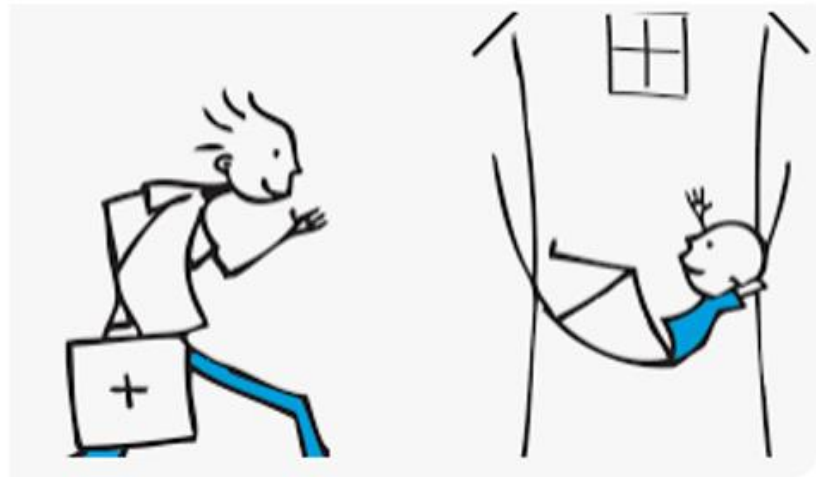
Kort om prosess

- Tidlig dialog med foreldre/kommunale team
- Telefon- og hjemmekonsultasjoner (felles- og delte konsultasjoner)
- Småskaletesting
- Møter i forbedringsteam
- Tett dialog med kommunale team underveis

- Utvikle en faglig
veiledningsguide som
omhandlet alle fagområder

- Bruke guide i
telefonkonsultasjoner

- Reise på hjemmebesøk-
bruke veiledningsguide



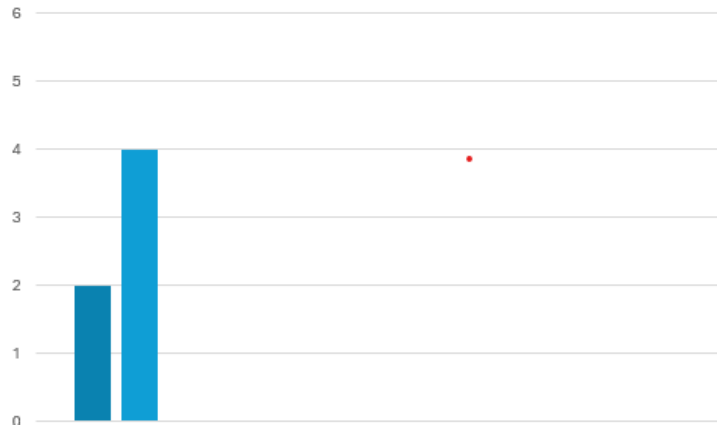
Resultat av småskallatesting

- Kartlegging rundt barn/team tok lengre tid enn antatt fordi problemstillingene var så komplekse
- Kun sett «toppen av isfjellet»
- Teamene hadde «opplevd» å stå enda mer alene enn først antatt (lite erfaring)
- Behov for interne forbedringer ved sykehuset for å sikre god oppfølging i kommunen
- Å jobbe med forbedringsarbeid krever stor grad av nysgjerrighet, åpenhet, men man må også tåle usikkerhet, lære av feil og lære av hverandre
 - To skritt frem og ett tilbake – prosessen er viktig

Resultater/Erfaringer

- Lite prosjekt med få inkluderte team- inntil nå for lite data til å trekke konklusjoner

De kommunale teamenes opplevelse av å få systematisert faglig støtte fra spesialisthelsetjenesten



Resultater/Erfaringer

- I tillegg til kvantitativ data viktig med direkte dialog med team-erfaringer og tilbakemeldinger
- De gode tilbakemeldinger fra team og foreldre er det viktigste for oss som jobber tett på disse oppgavene:

Trygghet, god ivaretagelse, «står ikke lenger alene», «har sett utfordringene våre», «bidratt til at vi blir trygge i hvilken tjenester vi bør etablerer for barnet»

Vi setter stor pris på det gode samarbeidet vi har fått til nå, det er til stor hjelp for oss i kommunen

Vi har følt oss så sett og ivaretatt

Tusen takk for at dere gjennomførte en kjempegod opplæring for våre ansatte

Hjemmesykehusoppfølgingen har vært et så viktig tilskudd i oppfølgingen i år. Det er så godt å vite at flere sitter med viktig informasjon om oppfølgingen av barnet mitt

Helt supert at dere fortsetter og vi kan ha dette gode samarbeidet mellom sykehus og kommune

Hva har prosjektene vist oss og ført til?

- Tydeliggjøring av en god «grunnstamme» før utskrivelse. Bruk av flytskjema før utskrivelse
- Får nå god oversikt over barna med slike behov i kommunen
- Suksesskriterier har vært at tydelig organiseringen og ledelse (både fra kommune og sykehus) og tett dialog med foreldre
- Krevde tett samarbeid mellom hjemmesykehus, habilitering og barnepalliasjonsteam
- Bedre ivaretagelse av barnets beste- sikre god tjeneste der barnet er
- Breddes nå ut til å gjelde alle en-til-en team i løpet av 2025. Overføringsverdi til andre brukere

Prosjektene har også lært meg

- Kulturbygging er viktig for samarbeid!
- Tett dialog og godt samarbeid underveis
- **Fremsnakke hverandre**
- I felleskap finne gode løsninger
- Være kreative
- Få innsikt i hverandres utfordringer og muligheter

Vi har jobbet i tråd med mål og forventninger som ligger i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, Vår felles helsetjeneste.



Utdrag fra Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027

- «***Se kompetanse og kapasitet*** i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten ***i sammenheng***, og å ***prøve ut nye arbeidsformer og organisering***»
- «***Gode pasientforløp*** og likeverdig tilgang på tjenester handler om hvordan regjeringen vil legge til rette for samarbeid mellom kommuner og sykehus for å skape ***gode pasientforløp med trygge overganger***, særlig for ***pasienter med store og sammensatte behov***»





Fra avtaler og kompromiss...

...til planer og samarbeid

