

Ny pasientflyt i Ålesund kommune



Rapport fra styringsgruppa, 3. juli 2018.

Innhold

1. Bakgrunn for prosjektet	3
2. Kartlegging av dagens pasientflyt og arbeid med ny pasientflyt	3
2.1 Arbeidsprosess	6
3. Ny pasientflyt (prosesskart)	8
4. Implementering av pasientflyten	15
5. Målbare endringer som følge av ny pasientflyt	16
6. Videre arbeid	19
7. Vedlegg	20

1. Bakgrunn for prosjektet

Både kommunale og nasjonale føringer er tydelige på at koordinerte tjenester og tverrfaglig samarbeid er viktig for å kunne gi gode og sammenhengende tjenester. Brukermedvirkning og pårørendeinvolvering er helt sentralt. Det må også satses mer på forebyggende og helsefremmede tiltak, slik at flest mulig kan mestre egen hverdag og bo hjemme lengst mulig.

Når pasientflyten og samhandlingen ikke fungerer, ser en at kommunen ikke klarer å ta imot alle utskrivningsklare pasienter fra sykehuset og at bøtene blir store. Videre må en opprette mange dyre midlertidige dobbeltrom i sykehjem. Rehabiliteringsfokus og mestringstankegangen blir også redusert. For å sikre at kommunen har godt koordinerte tjenester og tverrfaglig samhandling, utarbeidet rådmannen mandat til en arbeidsgruppe som skulle arbeide med pasientflyt og samhandling.

Det er utarbeidet to mandat i arbeidet med pasientflyt og samhandling. Det første mandatet ble gitt i januar 2017 og var et oppdrag for å kartlegge og visualisere dagens pasientflyt samt lage en ny og forbedret pasientflyt. Videre skulle det utarbeides prosedyrer for pasientflyt og samhandling. Det andre mandatet ble gitt i september 2017 og var et oppdrag for implementering av pasientflyten. Mandatene følger som vedlegg til rapporten.

Pasientflytarbeidet har pågått i samme periode som arbeidet med Omsorgsplan «Levedyktige omsorgstjenester» 2018-2025, og prosjektleder for pasientflytarbeidet har også vært med i arbeidsgruppen til omsorgsplanen. Dette har vært positivt for arbeidet.

I arbeidet med implementeringen av pasientflyten ble det opprettet en styringsgruppe som består av Ann Elin M. Myklebust (leder), Martha Trones, Per Åge Løvseth og Ken Blindheim.

Etter oppdrag fra kommunalsjef Anne Mette Liavaag er endelig rapport for pasientflytprosjektet skrevet av Birgitte J. Sætre Bonesmo i rådmannens stabsteam helse og velferd. Rapport er skrevet på bakgrunn av interne notat fra prosjektleder Ann Elin M. Myklebust, møtereferat, utkast til prosedyrer o.l. samt møte med styringsgruppa og fagpersoner i rådmannens stab.

2. Kartlegging av dagens pasientflyt og arbeid med ny pasientflyt

I første del av prosjektet hadde arbeidsgruppa i hovedsak følgende prosjektmål¹:

1. Utarbeide prosedyre for pasientflyt og god samhandling.
2. Sikre et mestrings- og rehabiliteringsfokus når tjenester tildeles.

¹ Hele mandatet kan leses i kapittel 7.

3. Sikre at brukeren aktivt tas med i utforming av tjenestetilbudet og at fastlegens rolle synliggjøres.
4. Aktuelle tjenester skal være tilgjengelige for brukere på tvers av virksomhetsinndeling når brukeren har sammensatte behov.
5. Gi et stort ansvar til utførervirksomhetene for å raskt iverksette tiltak og at vedtak endres på bakgrunn av dokumentert observasjon eller måloppnåelse.
6. Utarbeide flytskjema/samhandlingskart og eventuelt sjekklister.
7. Omtale hvordan og hvor samhandlingen skjer.
8. Sikre maksimal nytte av elektronisk samhandling.
9. Beskrive nødvendige kompetansetiltak for å kunne implementere revidert samhandlingsmodell.
10. Kommunens spesialtilbud og forsterkede tilbud skal settes inn i en sammenheng for å sikre at pasientflyten realiseres.

Arbeidsgruppa kan vise til resultat på alle **10 prosjektmålene** i mandatet fra rådmannen.

Det er utarbeidet prosedyre for pasientflyt og samhandling (**prosjektmål 1**), og denne er nå lagt inn i kommunens kvalitetssystem Compilo. Utfordringen blir å sikre at prosedyren er kjent og følges av alle ansatte.

I forlag til ny pasientflyt er det lagt vekt på å sikre et mestrings- og rehabiliteringsfokus når tjenester tildeles (**prosjektmål 2**), bl.a. ved at ergoterapi- og fysioterapitjenesten skal involveres i tverrfaglige møter, og at det skal være målsetting for alle korttidsopphold.

I ny pasientflyt tas bruker/pårørende aktivt med i tverrfaglige møter før tjenestevedtak. Gjennom deltagelse i tverrfaglige møter legges det til rette for medvirkning i utforming av tjenestetilbudet (**prosjektmål 3**). Det er utarbeidet prosedyre for at bruker/pårørende også skal involveres ved store endringer av tjenesten, og ikke bare ved første tildeling av tjeneste.

En del av mandatet til arbeidsgruppen var å synliggjøre fastlegens rolle i pasientflyten (**prosjektmål 3**). Det er identifisert viktige forutsetninger for et godt samarbeid med legene, og disse er: Tydelige målsettinger for pasient/bruker i dokumentasjonen, bruk av sjekklister der det kan være hensiktsmessig, og bruk av elektroniske hjelpemidler/program for å bidra til økt kvalitet. Fastlegenes rolle blir også ivarettatt på en god måte gjennom arbeidet med Pasientsikkerhetsprogrammet (som alle helse- og omsorgsvirksomhetene benytter). For mer informasjon, se følgende link: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

I pasientflyt er det viktig at tjenester er tilgjengelige for brukere på tvers av virksomhetsinndeling når brukeren har sammensatte behov (**prosjektmål 4**). I ny pasientflyt er tildeling av en saksbehandler og innføringen av tverrfaglige møter spesielt viktig for personer med sammensatte behov (f.eks. behov for tjenester fra både skole og helse). I tilfeller der en ikke klarer å koordinere tjenestene på en god måte på lavest mulig nivå, ender pasienten ofte opp med et dyrere alternativ (ofte korttidsplass i sykehjem).

Gjennom en ny *veileder for informasjonsflyt og dokumentasjon* i pasientjournal, har arbeidsgruppen tydeliggjort utførervirksomhetenes ansvar for rask iverksettelse av tiltak og for at vedtak kan endres når behov endres (**prosjektmål 5**).

Arbeidsgruppa har utarbeidet flytskjema/samhandlingskart og har arbeidet med sjekklister (**prosjektmål 6**). Mer om flytskjema/samhandlingskart (dvs ny pasientflyt) kan leses i kapittel 3. En viktig del av ny samhandling er at beslutningspunktene for tjenesteutøvelse er endret og presisert gjennom pasientflyten. Arbeidsgruppa har valgt å benytte sjekklister fra:

- Pasientsikkerhetsprogrammet
- Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisyke pasient
- Regional veiledning for digital samhandling.

Dette for å samkjøre allerede eksisterende sjekklister og for å unngå for mange sjekklister.

Hvordan og hvor samhandlingen i ny pasientflyt skal skje er visualisert og omtalt i pasientflytskjemaet(prosesskart) (**prosjektmål 7**). Samhandlingen skjer gjennom dialog med sykehus, møter/dialog mellom utførere og møter i brukers eget hjem.

For å sikre maksimal nytte av elektronisk samhandling (**prosjektmål 8**), så er det bestemt at tverrfaglige møter kan skje via SKYPE (dette er utprøvd og noe utstyr er innkjøpt), og at dokumentasjon i pasientjournal skal være tilgjengelig i Mobil omsorg. Videre skal fagsystemet brukes til dokumentasjon og kommunikasjon, noe som hindrer pasientopplysninger fra usikre kilder (per telefon, e-post).

Arbeidsgruppa har beskrevet nødvendige kompetansetiltak for å kunne implementere revidert samhandlingsmodell/ny pasientflyt (**prosjektmål 9**), og også selv tatt initiativ til nødvendig kompetanseheving. Det er bl.a. arrangert fagdager for dokumentasjon med fokus på pasientflyten, det er arbeidet med rollespill for tverrfaglige møter, og det er utviklet lommekort for tverrfaglige møter. Videre har prosjektleder ved flere anledninger presentert ny pasientflyt i kommunen (ansatte og politikere), for Helseforetaket og KS.



Alle helse- og omsorgsvirksomhetene i Ålesund kommune har pasientflytskjemaet opphengt på veggene på tjenestestedene. Nesten alle helse- og omsorgsvirksomhetene i Ålesund

kommune benytter risiko- og forbedringstavler for å sikre kvalitet i kartlegging og fagutøvelse.

For øvrig er kompetansebehov beskrevet i Omsorgsplanen «Levedyktige omsorgstjenester» 2018-2025.

I mandatet til arbeidsgruppa står det at kommunens spesialtilbud og forsterkede tilbud skal settes inn i en sammenheng for å sikre at pasientflyten realiseres (**prosjektmål 10**). Som en del av dette arbeidet har arbeidsgruppen bl.a. identifisert kritiske punkt for disse tjenestene. Med spesialtilbud og forsterkede tilbud menes f.eks. Kollen rehabilitering, øyeblikkelig hjelp plasser (ØHD) og avklaringsplassene på Åse sykehjem. Kommunalsjef har bestemt at en egen gruppe skal se nærmere på bruk av kommunens spesialtilbud/forsterkede tilbud, og denne gruppa får et ansvar for å følge opp dette videre.

2.1 Arbeidsprosess

Arbeidet med å utarbeide ny pasientflyt er basert på LEAN verktøy og tankegang. Første del av arbeidet besto i å kartlegge pasientflyten og samhandlingen mellom Tildelingskontoret og utførere slik den ble praktisert i januar 2017. Dette arbeidet resulterte i et prosesskart som visualiserer stegene i pasientflyten samt samhandlingsaktørene i pasientflyten (se bilde under).



Brunpapirsesjon på Åse sykehjem (Borgundvegen 199).

Det ble gjennomført flere brunpapirsesjoner for å få innspill til hva som fungerer bra, mindre bra og eventuelt forslag til forbedring.

Etter dette ble arbeidsgruppa delt i fire grupper som hver fikk ansvar for å utarbeide utkast til forbedringer i en spesifikk del av pasientflyten. Bakgrunns materialet for dette arbeidet var hovedsakelig prosjektmandatet og innspillene fra tidligere arbeidsmøter (brunpapirsesjoner).



Ann Elin M. Myklebust, Kristoffer Ross og Ken Blindheim setter sammen ny pasientflyt

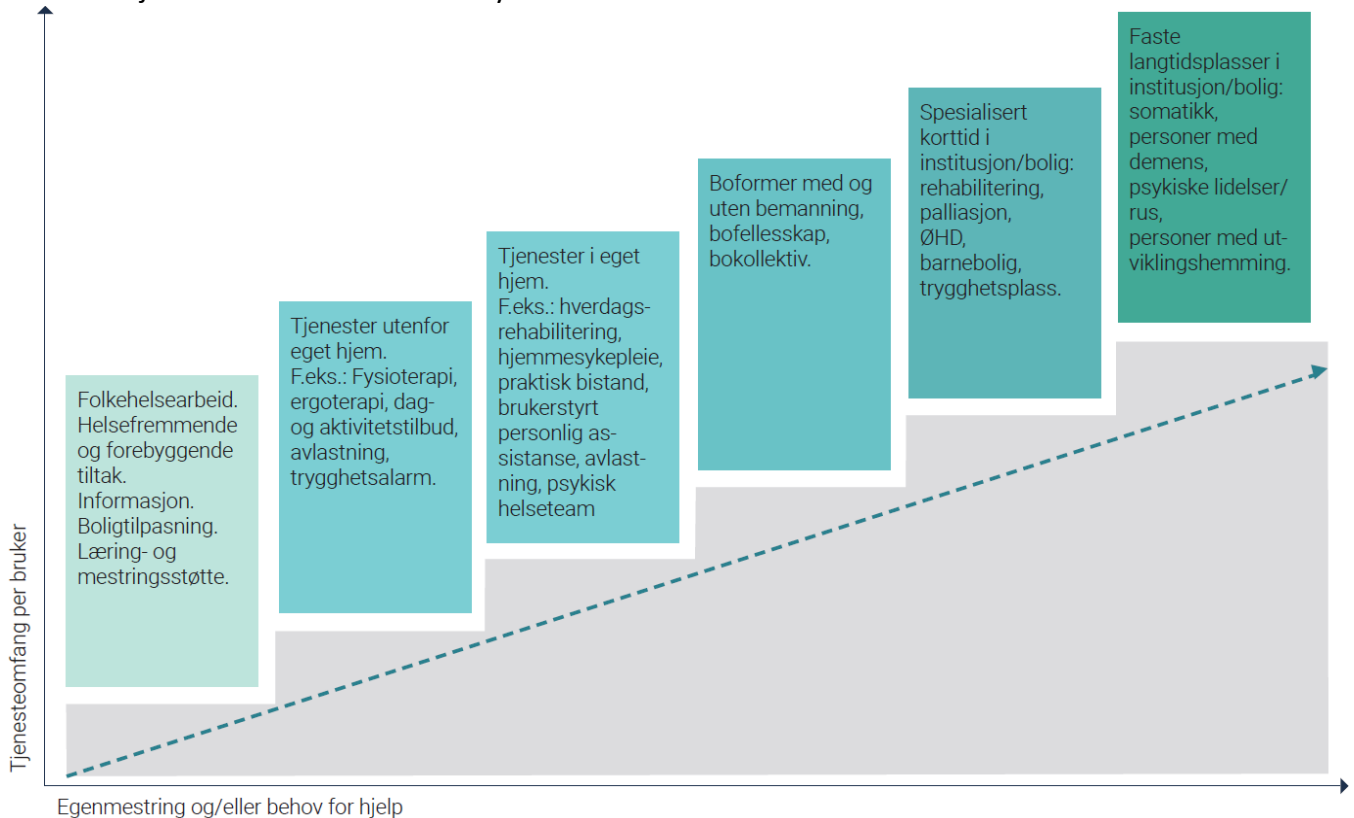
Deretter ble et førstutkast av den nye pasientflyten satt sammen (se bilde over) og presentert (hvitpapiersesjon i LEAN terminologi) for arbeidsgruppa, ansatte i kommunen og brukerrepresentanter (se bilde under). På bakgrunn av innspillene fra disse arbeidsmøtene ble små justeringer gjort.



Hvitpapiersesjon ved Volsdalen bokollektiv. Forslag til ny pasientflyt blir presentert av Ann Elin M. Myklebust

3. Ny pasientflyt (prosesskart)

I omsorgsplan «Levedyktige omsorgstjenester» 2018-2025 ble det laget en omsorgstrapp. Tjenestene som gis i en kommune kan illustreres med en trapp der det laveste trinnet representerer at det ikke er behov for hjelp, og det høyeste trinnet representerer et stort behov for hjelp og høyt kostnadsnivå for kommunen. Se figur nedenfor som illustrerer noen av de tjenestene som kommunen yter:

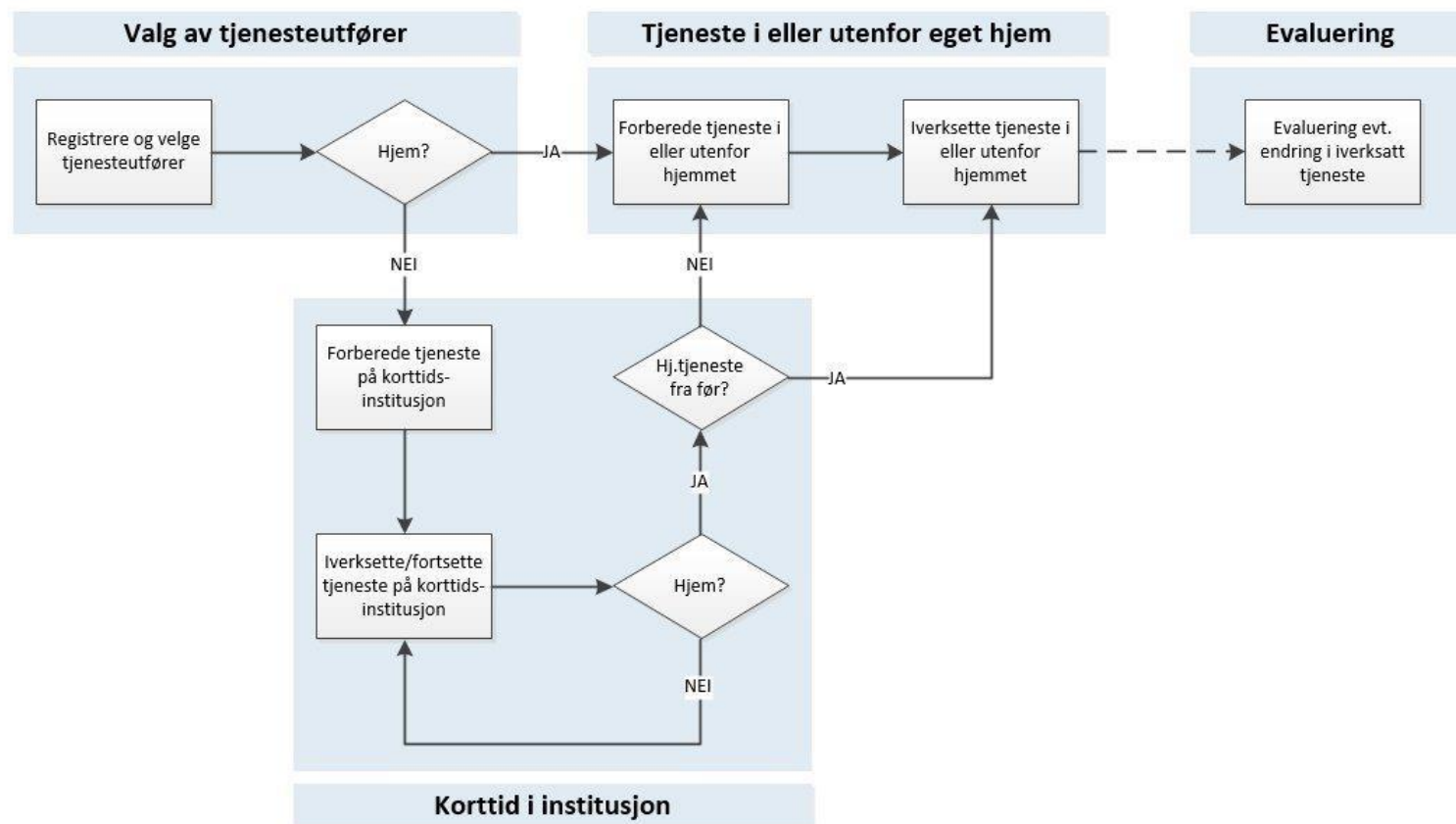


Ideologien i omsorgstrappa er at tjenestetilbudet må være fleksibelt og tilpasset den enkeltes behov. Tjenestene skal fokusere på det friske og det som brukeren mestrer og kan utvikle videre. Dette innebærer en økt satsing på helsefremmende og forebyggende tiltak. Målet er at tjenester skal gis på laves mulig nivå i omsorgstrappa, som følge av f.eks. velferdsteknologi, hverdagsrehabilitering, nye tilbud og hjelp til mestring av eget liv. Ny pasientflyt er i samsvar med ideologien i omsorgstrappa.

Hovedprinsippene i ny pasientflyt er at en skal tilstrebe habilitering og rehabilitering i størst mulig grad, og motivere brukerne til å være lengst mulig på lavest mulig trinn i omsorgstrappa. Tjenester skal utformes med god brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenestetilbudet. Dette forutsetter rask tverrfaglig samhandling og intern avklaring av hvem som skal utføre tjenestene.

På de neste sidene blir pasientflyten visualisert.

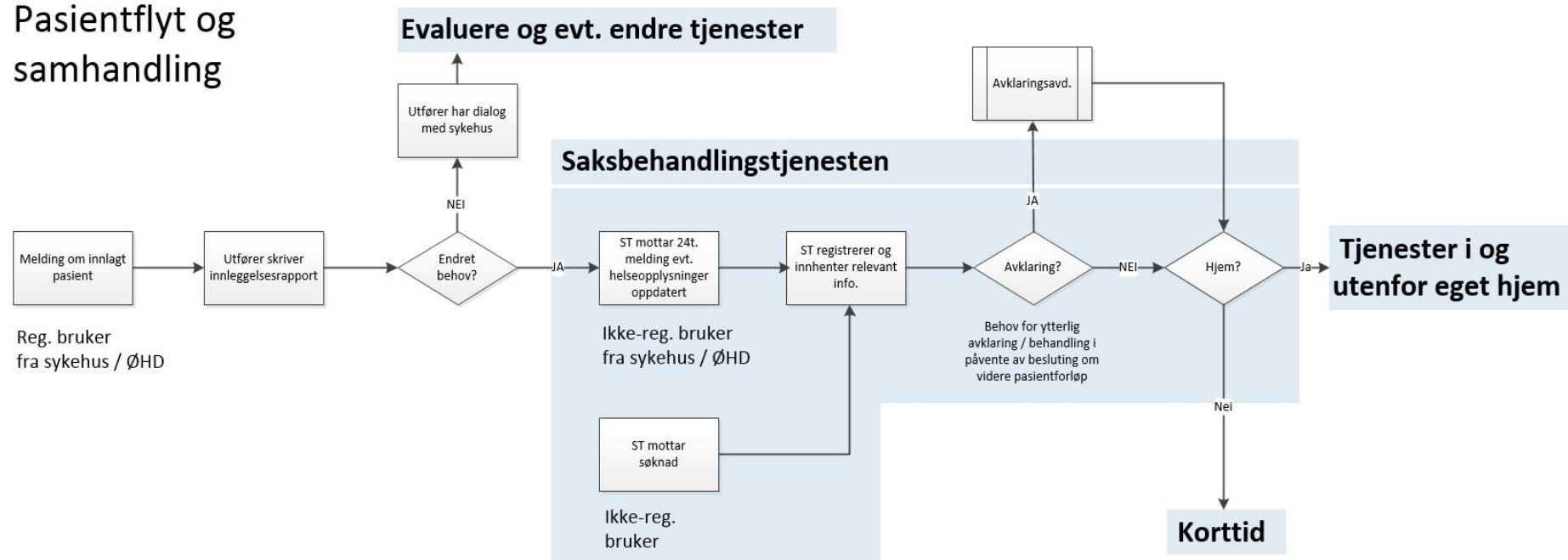
Kortversjon av pasientflyten ²



² ST = Saksbehandlertjenesten. Utfører = Den tjenesten i kommunen som utfører tjenesten (som f.eks. hjemmetjenesten, sykehjem osv).

Del 1 – Fra sykehus/ØHD - Saksbehandling

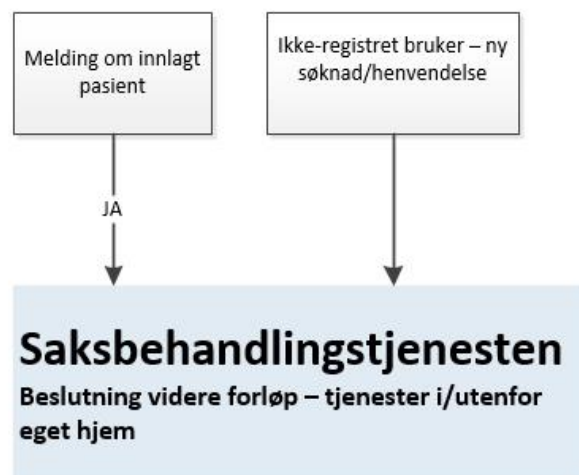
Pasientflyt og samhandling



Målesettinger

- Brukermedvirkning
- Individuell tilpasning og tilgjengelighet
- Riktig plassering i omsorgstrappen
- Raske beslutninger
- Klare ansvarsområder

Del 2 – Tjenester i og utenfor eget hjem



Tjenester i og utenfor eget hjem

Forberede

- Saksbehandler saksbehandler m/ bruker, pårørende og evt. utfører
- Saksbehandler beslutter hvem som skal være utfører
- Utfører/Saksbehandler har dialog med bruker/sykehus/ ØHD
- Saksbehandler og utfører forbereder for å kunne ta imot/ starte med tjenester

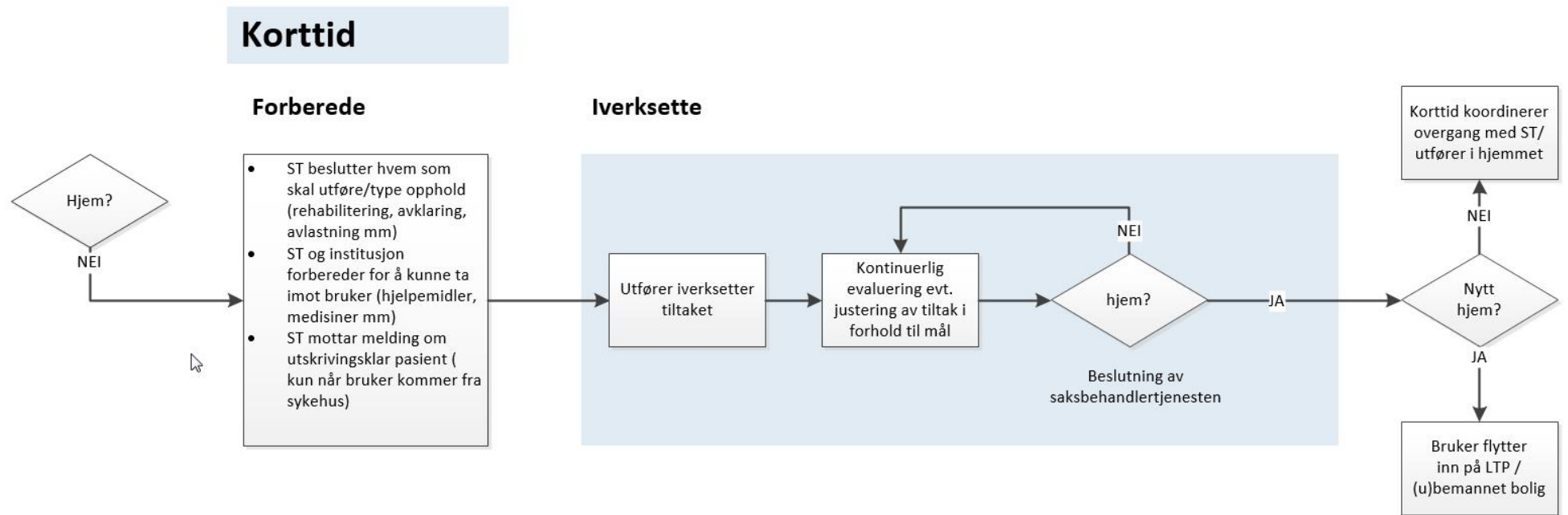
ST mottar melding om utskrivningsklar pasient

- Kun når bruker kommer fra sykehus

Iverksette

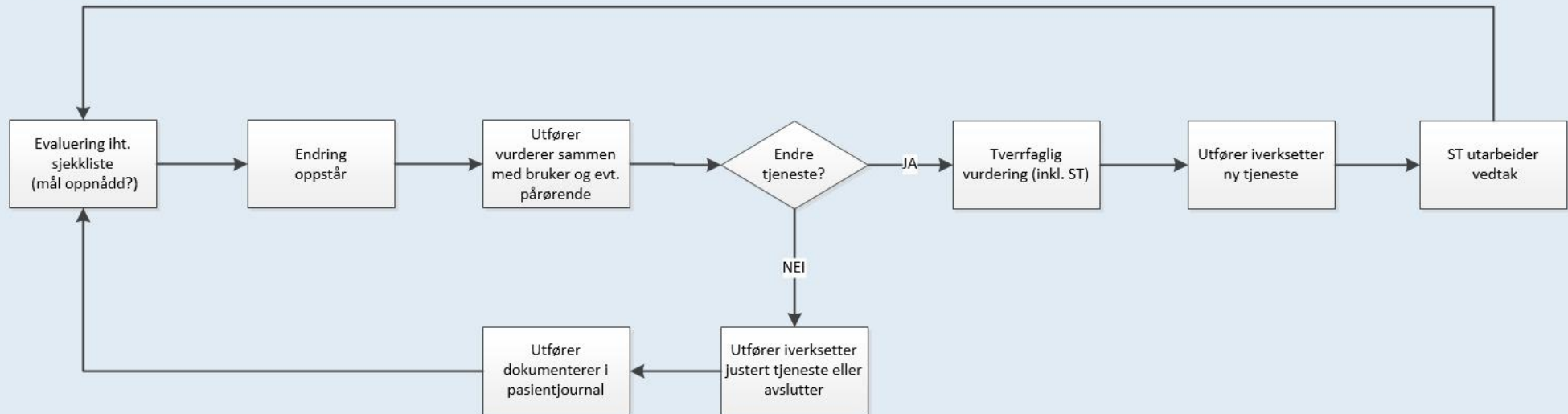
- Utfører iverksetter tjenesten
- Tverrfaglig møte i hjemmet til bruker (kun ved ny utfører eller endring av tjenester som ikke kan justeres innenfor tj.tilbudet til «eksisterende utfører»)
- Saksbehandler ferdigstiller vedtak
- Utfører fortsetter tjenesten

Del 3 – Korttid



Del 4 – Evaluere og eventuelt endre

Brukere med tjenester Evaluere og evt. endre



Sentrale endringer i ny pasientflyt er:

- Bruker/pasient får tildelt *en* saksbehandler på Tildelingskontoret for å sikre en helhetlig tjenestetildeling.
- For å sikre brukermedvirkning og samhandling er det laget faste møtepunkt mellom bruker/pårørende, utfører og saksbehandler. Dette er en av de viktigste endringene for å sikre kvalitet, samhandling og felles mål for tjenesten.
- En grundig kartlegging og vurderingen av behov skal skje i brukers hjem for å sikre at bruker/pårørende selv ser hva som fungerer/ikke fungerer før endelig beslutning tas. Utfører iverksetter tjenester i direkte dialog med bruker/pårørende, vedtak blir skrevet etter oppstart og tverrfaglig møte.
- For å sikre mestringsfokus/rehabilitering er det lagt til rette for tverrfaglige møter i brukers hjem (bruker/pårørende, utfører fra forebyggende/aktivisering, saksbehandler). Tverrfaglige møter kan sikre at tjenester/tilbud utenfor hjemmet ses i sammenheng med tjenester i hjemmet. I tillegg gir disse møtene gevinst i forhold til kunnskap om «hverandre» – kunnskap om hverandre er en forutsetning for god samhandling.
- For å sikre tverrfaglig deltagelse er møtestrukturen endret. Flere kan bli med på møtene ved å sitte på kontoret og delta via videokonferanse (SKYPE).
- For å sikre bedre og mer effektiv dokumentasjon (og økt bruk av teknologi) er rutiner endret for å sikre tilgang til relevante opplysninger på Mobil omsorg. Alle som jobber nært bruker har tilgang til nødvendige opplysninger.
- For at den enkelte skal kunne bo hjemme og mestre egen hverdag, er det et stort fokus på å få hjelpemidler raskt på plass. Rask beslutning om hvor bruker skal etter opphold ved sykehus/ØHD gir mulighet for tilrettelegging med hjelpemidler i forkant av utskrivelse. Involvering av utfører i hjemmet tidligere gir bedre grunnlag for tilrettelegging i forkant av utskrivelse. Det samme vil gjelde ved utskrivelse fra korttidsopphold. Rolle og ansvar er tydeliggjort.

Både arbeidsgruppa for pasientflyt og Omsorgsplanen påpekte viktigheten av at det forebyggende arbeidet burde samles i en virksomhet. Det ble foreslått å flytte ergoterapi og fysioterapitjenesten (inkl. hverdagsrehabilitering) til vh Aktivisering- og velferdstjenester. Tjenesten ble overført fra Spjelkavik omsorgssenter høsten 2017.

4. Implementering av pasientflyten

I implementeringsfasen hadde arbeidsgruppa i hovedsak følgende prosjektmål³:

1. Legge til rette for implementering av «Ny pasientflyt» i kommunen.
2. Ta aktiv del i informasjons- og opplæringsaktiviteter.
3. Avdekke hindre og vanskeligheter for innføring.
4. Føring av logg over utførte aktiviteter og avdekkede utfordringer.
5. Utprøving av modeller for «tverrfaglig møte», si noe om når en bestemt møteform bør benyttes. Bør lages en prosedyre for dette.
6. Melde spesifikke prosedyre- og rutinebehov til bestiller/kommunalsjef, dersom disse skal videreformidles til andre.

Arbeidsgruppa kan vise til resultat på alle **6 prosjektmålene** i mandatet fra rådmannen. Det er lagt til rette for implementering av «Ny pasientflyt» i kommunen (**prosjektmål 1**), ved bl.a. utarbeidelse av en «Action plan» for arbeidet. Alle virksomhetsledere har utarbeidet en egen implementeringsplan for sin virksomhet, og disse er sendt kommunalsjef/rådmann.

Arbeidsgruppa spurte i februar 2018 ledere og saksbehandlere i kommunen hvor langt de var kommet med implementeringen og hvilke utfordringer de så fremover. Innspillene er samlet i en tabell og viser bl.a. at:

- det er behov for raskere beslutning om hvem som skal være utfører av en tjeneste
- henvisning til ergoterapi- og fysioterapi må forenkles
- tverrfaglig møte innen 1 uke er for tidlig i vh Psykisk helse og rus
- pasientflyten må tilpasses for beboere i boliger for funksjonshemmede
- det må jobbes mer med rutinene for tverrfaglig møte.

Ny pasientflyt er ikke fullt ut implementert i boliger for funksjonshemmede og i vh Psykisk helse og rus, arbeidsgruppa har derfor utarbeidet forslag til mandat for videre arbeid med dette. Det er også viktig å være oppmerksom på at i 2019 skal 3 nasjonale pakkeforløp tas i bruk for alle pasienter innen psykisk helsevern for barn, unge og voksne og spesialisert rusbehandling (TSB). Pakkeforløpene innebærer at pasientene skal få sin behandling og oppfølging innen gitte frister, og at det skal være ansvarlig koordinering av det enkelte pasientforløp. Dette gjelder både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppa har tatt aktiv del i informasjons- og opplæringsaktiviteter (**prosjektmål 2**), det er bl.a. arrangert fagdager på Finnøya for noen ledere/teamledere (med økonomisk støtte fra KS).

Det er arbeidet mye med dokumentasjon i pasientjournal, og også innenfor dette temaet er det arrangert egne fagdager. Den nye pasientflyten er presentert i mange ulike fora.

En del av arbeidet til arbeidsgruppa, har vært å avdekke hindre og vanskeligheter for innføring av ny pasientflyt (**prosjektmål 3**). Arbeidsgruppen har laget en tabell med

³ Hele mandatet kan leses i kapittel 7.

forbedringsområder (prosess videre), og de fleste forbedringsområdene er i forhold til deler av pasientflyten hvor det må utarbeides en prosedyre/rutine eller hvor det må gjøres endringer i dokumentasjonen i pasientjournal. Tabellen følger som vedlegg til rapporten.

Arbeidsgruppa har utarbeidet en aktivitetslogg (**prosjektmål 4**) over utførte aktiviteter og avdekkede utfordringer. Loggen viser hvilke fokusområder det er jobbet med, status i arbeidet og hvem som er ansvarlige for oppfølging videre.

Gjennom prosjektet er det arbeidet med utprøving av modeller for «tverrfaglig møte», og det er definert når en bestemt møteform bør benyttes (**prosjektmål 5**). For å sikre en god modell for tverrfaglige møter er det utarbeidet en prosedyre, og det er gjennomført rollespill for tverrfaglige møter.

Det ble i mandatet spesifisert at arbeidsgruppa skulle melde prosedyre- og rutinebehov til bestiller/kommunalsjef, dersom disse skulle videreformidles til andre (**prosjektmål 6**). Dette er gjennomført.



5. Målbare endringer som følge av ny pasientflyt

I mandatet er det beskrevet **10 effektmål** for prosjektet når nytt opplegg for pasientflyt og samhandling er implementert. Kort beskrevet er de følgende:

1. Innbyggerne skal oppleve bedre tjenester.
2. 14 midlertidige to-sengsrom i sykehjem skal avvikles.
3. Kommunen skal ta i mot alle utskrivningsklare pasienter for å unngå bøter.
4. Hjemmetjenesten skal oppleve at de har en god ressursituasjon, samarbeidsforhold og kompetanse til å arbeide etter ideologien i omsorgstrappen. Velferdsteknologi skal tas i bruk.
5. Spesialplasser-/tilbud skal drives i henhold til strategi for pasientflyt.

6. Institusjonene skal tilby tilgjengelige ressurser og fasiliteter for pasienter som ikke har vedtak om plass.
7. Helsetilbud og dagaktivitet skal ses i sammenheng.
8. Hjelpemidler skal formidles raskt.
9. Samhandling mellom tildelingskontor og utførervirksomhetene skal være i samsvar med pasientflyt.
10. Økonomisk effekt av nytt opplegg skal være 5 mill. kr i 2017.

Arbeidsgruppa kan vise til resultat på alle **10 effektmålene** i mandatet fra rådmannen. Det er imidlertid for tidlig å kunne si noe om innbyggerne opplever helse- og omsorgstjenestene i Ålesund kommune som tilgjengelige, relevante og individuelt tilpassede (**effektmål 1**). For å kunne si noe om dette må det gjennomføres intervju, eller bruker- og pårørendeundersøkelser. Det blir i Ålesund kommune jevnlig gjennomført bruker-/pårørendeundersøkelser i flere av virksomhetene (sykehjem, hjemmetjenester, aktivisering velferdstjenester).

Pasientflyten skal være slik at Ålesund kommune klarer seg med tilgjengelig sykehjemskapasitet (**effektmål 2**), og i prosjektperioden har kommune avviklet 6 av 14 midlertidige tosengsrom. Det benyttes fremdeles midlertidige tosengsrom på Hatlane omsorgssenter (8 plasser), og presset på å få en sykehjemsplass er stort. For å kunne avvikle de siste tosengsrommene er det kritisk at alle følger pasientflyten og ikke jobber etter gammel praksis.

I 2017 var det en nedgang på 8 mill.kr i bøter fra sykehuset for utskrivningsklare pasienter sammenlignet med 2016, og dette er i samsvar med ønsket effekt (**effektmål 3**). Mye av årsaken til nedgangen er at avklaringsavdelingen fungerte godt ved oppstart på Åse sykehjem. Per 1. tertial 2018 er det betalt 4 mill.kr i bøter for utskrivningsklare pasienter, mye fordi koordinering og prioritering av plasser til avklaringsavdelingen ikke fungerer like godt i dag. Identifisering av «flaskehalser» i pasientflyten er viktig for å kunne sikre implementeringen av flyten. Den 27. juni 2018 arrangerte rådmannen og prosjektleder en fagdag der forbedring av pasientflyten og rutiner var tema. Innspillene tas med i det videre arbeidet med pasientflyten.

Det er for tidlig å si noe om hjemmetjenestene opplever at de har en ressursituasjon, et samarbeidsforhold og en kompetanse som gjør det mulig å arbeide etter ideologien i omsorgstrappa. Dette gjelder også om anerkjente velferdsteknologiske løsninger på behov tilbys der dette er forsvarlig (**effektmål 4**). Per 1. tertial 2018 er ressursituasjonen *i den åpne omsorgen* tilstrekkelig i Hjemmetjenester ytre og Hjemmetjenester midtre, men utilstrekkelig i Hjemmetjenester indre.

Det meldes om at samarbeidsforholdet mellom utførere er bedret etter at de nå kan snakke direkte med hverandre og ikke via saksbehandler. Deler av effektmålet bør undersøkes ved en medarbeiderundersøkelse.

Alle virksomheter som drifter spesialplasser/-tilbud skal sikre at disse drives i henhold til overordnet strategi for pasientflyt (**effektmål 5**). Virksomhetene har utarbeidet

implementeringsplaner, og disse er sendt kommunalsjef/rådmann 1.10.2017. Alle helse- og omsorgsvirksomhetene rapporterer status i forhold til pasientflyten i tertial- og årsrapportering.

Noen av institusjonene (som Aspøy, Hatlane og Blindheim omsorgssenter) tilbyr tilgjengelige ressurser og fasiliteter for pasienter som kan gjøre seg nytte av det og få dekt enkelte behov der uten å være innlagt på institusjonsplass (**effektmål 6**). For å kunne dokumentere på dette i pasientjournal, er det opprettet egen tjeneste for tilgang ved hjelp til hjemmeboende.

Forebyggende tjenester er representert i tverrfaglige møter, og dette er med på å sikre at helsetilbud og dagaktiviteter kan ses i sammenheng ved tildeling av tjenester (**effektmål 7**). Mange gode prosesser pågår for å sikre dette i ordinær drift.



Hjelpemidler skal formidles raskt og ikke forsinke igangsetting av tiltak (**effektmål 8**). Arbeidsgruppen har arbeidet noe med dette, men det pågår et eget LEAN-prosjekt i forhold til hjelpemidler som skal ivareta effektmålet. Det er utarbeidet nye rutiner for bestilling av hjelpemidler - dette skal nå skje via Visma Profil. Det er viktig at beslutning om hvilke tjenester en pasient skal ha gjøres raskt, slik at hjelpemidler kan bestilles og planlegging kan gjøres i god tid. Det må også avklares hvem som skal bestille hjelpemidler.

Samhandlingen mellom tildelingskontoret og utførervirksomhetene skal være basert på avklart opplegg for pasientflyt og samstemt ideologi og faglig syn (**effektmål 9**). Samhandlingen er i stor grad basert på et avklart opplegg, men en ser noen ganger at det ikke blir gjort slik som planlagt. Samhandling basert på samstemt ideologi og faglig syn har blitt bedre, men må likevel jobbes mer med.

Økonomisk effekt av ny pasientflyt skal være 5 mill. i 2017 (**effektmål 10**). Målet er oppnådd da det ble betalt 8 mill.kr mindre i bøter til sykehuset i 2017 enn i 2016.

6. Videre arbeid

Arbeidsgruppa anbefaler følgende for videre implementering og oppfølging i ordinær drift:

Hele organisasjonen må være lojal i forhold til prinsippene for ny pasientflyt og intensjonene i ny omsorgsplan. Det må arbeides i hele organisasjonen med fokus på brukermedvirkning, rehabiliterende og forebyggende perspektiv, og bistand til å klare seg i egen bolig lengst mulig. Hovedprinsippene i mandatene for pasientflytarbeidet må følges opp av alle ansatte og virksomhetene må ansvarliggjøres.

Arbeidsgruppa har utarbeidet et dokument med forbedringsområder i pasientflyten og hvem som har ansvar for å følge det opp videre. (Dokumentet følger som vedlegg til rapporten). Det er viktig at noen får ansvar for å sikre at dette blir fulgt opp videre.

Ansvar for videre oppfølging og implementering av ny pasientflyt bør plasseres hos rådmannens stabsteam helse- og velferd.

Det anbefales at det blir opprettet to arbeidsgrupper for å sikre implementering av ny pasientflyt for pasienter/brukere med funksjonshemming, rusproblematikk og psykiske lidelser. Forslag til mandat for arbeidsgrupper er utarbeidet (og ligger som vedlegg til rapporten).

Det må utarbeides relevante måleindikatorer knyttet til ny pasientflyt for å sikre kontinuerlig forbedringsarbeid. Dette arbeidet er påbegynt i samarbeid med rådmannens stab (bestillerne) for å innarbeide det i kommunens styringskort (Corporater).

Etter møte med alle virksomhetsledere innen helse og velferd den 27. juni 2018, er pasientflytskjemaet påført noen presiseringer. Innspill til forbedringer blir fulgt opp av rådmann høsten 2018.

7. Vedlegg

MANDAT NR 1:

Mandat for arbeidsgruppe som skal utarbeide prosedyrer for pasientflyt og god samhandling innen helse- og omsorg i Ålesund kommune

Oppdrag:	Det settes ned ei arbeidsgruppe som skal utarbeide prosedyre for pasientflyt og god samhandling innen helse- og omsorgsområdet i Ålesund kommune. Arbeidsgruppa skal vurdere hvordan kommunen kan sikre at mestrings- og rehabiliteringsfokus legges til grunn når tjenester tildeles, at brukeren tas aktivt med i utforming av tjenestetilbudet, at der er planer, mål og tiltak for alle typer tildelte tjenester, og at aktuelle tjenester er tilgjengelige for brukere på tvers av virksomhetsinndeling når brukeren har sammensatte behov. Prosedyrer for samhandling skal videreutvikles med sikte på at utførvirksomhetene gis stort ansvar for å komme raskt i gang med tiltak/tjenester, og for at revisjon av vedtak skjer på grunnlag av dokumentert observasjon av pasienten og erfaringer med iverksatte tiltak (grad av måloppnåelse). Pasientflyten og aktørenes roller bør fremstilles i flytskjema/ samhandlingskart, eventuelt med tilhørende sjekklistes. Det skal omtales nærmere hvilke kanaler og arenaer samhandlingen skal skje i. Det skal tas ut maksimal nytte av elektronisk samhandling. Det skal omtales hvilke kompetansetiltak som er nødvendige for å få revidert samhandlingsmodell implementert. Brukermedvirkningen og fastlegens rolle skal synliggjøres. Kommunens spesialtilbud og forsterkede tilbud skal settes inn i en sammenheng for å sikre at pasientflyten kan realiseres. Ingen slike plasser /tilbud skal brukes i strid med overordnet strategi for pasientflyt. Arbeidsgruppa bør invitere lederne for slike tilbud inn til dialog der dette er nødvendig for å sikre lik forståelse (Kollen, Åse, ØHD, Blindheim, Skarbøvik, osv.).
Mål og frister:	Det skal gis tilbakemelding/rapport første gang senest 01.04.2017. Oppdraget blir da sannsynligvis forlenget inn i en gjennomføringsfase. Det fastsettes følgende <i>resultatmål</i> for arbeidet etter at nytt opplegg for pasientflyt og samhandling er implementert: 1. Innbyggerne skal oppleve helse-og omsorgstjenestene i Ålesund som tilgjengelige, relevante og individuelt tilpassede. 2. Pasientflyten skal være slik at Ålesund kommune klarer seg med tilgjengelig sykehjemskapasitet. 14 midlertidige plasser i tosenngrom skal avvikles i løpet av 2017. 3. Ålesund kommune skal ikke betale bøter for somatiske pasienter som er utskrivningsklare fra sykehus. 4. Hjemmetjenestene skal oppleve at de har ressursituasjon, samarbeidsforhold og kompetanse som gjør det mulig å arbeide etter ideologien i omsorgstrappa og bidra til at innbyggerne får hjelp i eget hjem lengst mulig. Anerkjente velferdsteknologiske løsninger på behov skal tilbys der dette er forsvarlig. 5. Alle virksomheter som drifter spesialplasser/-tilbud skal sikre at disse drives i henhold til overordnet strategi for pasientflyt. 6. Institusjonene skal tilby tilgjengelige ressurser og fasiliteter for pasienter som kan gjøre seg nytte av å få dekt enkelte behov der uten å være innlagt på institusjonsplass. Det avklares om der er

	muligheter for å kreve egenbetaling av slike tilbud. 7. Helsetilbud og dagaktivitet skal ses i sammenheng. 8. Hjelpemidler skal formidles raskt og ikke forsinke igangsetting av tiltak. 9. Samhandlingen mellom tildelingskontoret og utførervirksomhetene skal være basert på avklart opplegg for pasientflyt og samstemt ideologi og faglig syn. 10. Økonomisk effekt av nytt opplegg skal være 5 mill. kr i 2017.
Rapporteringslinjer:	Til rådmannen
Medlemmer:	Virksomhetsleder Ann Elin Melbø Myklebust, HT Ytre (leder) Teamleder Rigmor Winther, HT Indre Teamleder Lisbeth Løvoll, Ergo- og fysioterapitjenesten Sykepleier Monica Sandnes Larsen, Aspøy omsorgssenter Virksomhetsleder Henning Pilskog, Hatlane omsorgssenter Avd. sykepleier Tove Slyngstad, Skarbøvik sykehjem Virksomhetsleder Ida L. Skotheim, Aktivisering og velferd Teamleder Birte Vegsund, Tildelingskontoret Hovedtillitsvalgt Martha Trones, NSF Saksbehandler Hanne S. Stiklestad, Tildelingskontoret Virksomhetsleder Regina Steinberger, Psykisk helse- og rustiltak Teamleder Solveig Aarø, Team helse og velferd Rådgiver Kristoffer Ross, Team helse og velferd (sekretær) Ken Blindheim, Ikaro Solutions og Jenny Stordrange, VH personal og organisasjon har bistått i prosessarbeidet – LEAN.

MANDAT NR 2:

Mandat for arbeidsgruppe «Implementering av Ny pasientflyt»

Oppdrag:	Implementeringsgruppa skal legge til rette for implementering av «Ny pasientflyt» i Ålesund kommune. Gruppa skal ta aktivt del i informasjons- og opplæringsaktiviteter, og avdekke hindre og vanskeligheter i forbindelse med innføringen. Endrings- og avklaringsbehov meldes løpende til kommunalsjef eller andre med relevant myndighet til løsning av problemet. Det skal føres logg over utførte aktiviteter og avdekkede utfordringer. Gruppa bes ta tak i utprøving av modeller for «tverrfaglig møte». Det er viktig at det utvikles et repertoar av gjennomføringsmuligheter, og at det sies noe om <i>når</i> en bestemt møteform/sammensetning av fag/funksjoner bør benyttes. Dette bør sannsynligvis nedfelles i en egen prosedyre. Gruppa bes videre om å fortløpende melde spesifikke prosedyre- og rutinebehov i tilknytning til Ny pasientflyt til bestiller/kommunalsjef, slik at arbeidsoppgaver som gruppa mener <i>andre</i> bør tas seg av kan fordeles.
Mål og frister:	Implementeringsfasen er i tidsrommet 01.10.17 – 01.03.18. Fremgang og suksess i pasientflytarbeidet måles i implementeringsfasen på nedgang i betalte bøter for utskrivningsklare pasienten, bruk av lavere antall midlertidige tosenksom og antall personer på venteliste for langtidsplass i sykehjem. Nye måleparametre blir fastsatt for neste fase etter 01.03.18.

	<u>For øvrig minnes om:</u> De tjenestlige og brukerrettede målene for Ny pasientflyt er avledet av mål og strategier i kommuneplan, handlingsplan og fagplaner, og vil også bli tydeliggjort i ny omsorgsplan. Hovedprinsippene er at vi skal tilstrebe habilitering og rehabilitering i størst mulig grad og motivere brukerne til å være lengst mulig på lavest mulig trinn i omsorgstrappa og gjøre dette mulig for dem og deres pårørende. Tjenester skal utformes med god brukermedvirkning og individuell tilpasning av tjenestetilbudet. Dette forutsetter rask tverrfaglig samhandling og intern avklaring av hvem som skal utføre tjenestene. Prosesskartet «Pasientflyt» visualiserer dette.
Rapporteringslinjer:	Til rådmannen ved kommunalsjef
Medlemmer:	<u>Fra hjemmetjenestene/åpen omsorg:</u> Ann Elin Myklebust (leder) Reidun Drabløs Ida Skotheim Lisbeth Løvoll <u>Fra sykehjem:</u> Ann Kristin G Nilsen Fredrik Grüner Anne Berte Hareide <u>Fra Tildelingskontoret:</u> Birte Vegsund <u>Fra stab:</u> Per Åge Løvseth <u>Fra Visma Profil-gruppa:</u> Line Hessen (tiltrer ved behov) <u>Fra personal/Lean-konsulentene:</u> <u>Avklares (tiltrer ved behov)</u> <u>Fra arbeidstakerne:</u> Martha Trones (NSF)

FORSLAG TIL TO NYE MANDAT:

Pasientflyt og samhandling – Tildelingskontoret og VH Psykisk helse og rustiltak

Bakgrunn

Utgangspunkt er mandat for arbeidsgruppe «Implementering av Ny Pasientflyt» med frist 01.01.18. Ny pasientflyt er ikke implementert i VH Psykisk helse og rustiltak og tildelingskontor. Pasientflyt og rutiner for samhandling må tilpasses ny pasientflyt.

Omfang

Rutiner i fasene valg av tjenesteutførere, forberedelse, iverksetting og evaluering av tjenester må utarbeides for samhandling mellom tildelingskontor og VH psykisk helse og rustiltak.

Bruker og brukerverdi

Bruker	• Hurtig igangsetting av tjeneste • Tjenester skal utformes med høy grad av brukermedvirkning og individuell tilpasning med avklart målsetting. • Tjenester skal kontinuerlig tilpasses brukers behov med fokus på mestring av eget liv
--------	---

Prosjektmål

Innen 15.juni skal følgende være utført:

- Tjenester tildeles i tråd med vedtatt pasientflyt.
- Tjenester skal tildeles med fokus på habilitering/rehabilitering og målsetting på tjenester lavest mulig nivå i omsorgstrappen (jfr. Omsorgsplan)
- Det er utarbeidet og tatt i bruk samhandlingsrutiner mellom utfører og saksbehandler som sikrer vedtatt pasientflyt.
- Det er utarbeidet maler for vedtak der individuelle og evaluerbare målsettinger er tydelige
- Rutiner for evaluering av tjenester fra VH Psykisk helse og rustiltak er utarbeidet og tatt i bruk.

+ Gjennomføre evt. tiltak som fremkommer gjennom brunpapisresjon(er)

Effektmål

Effektene av at vi når prosjektmålene er:

- Brukere får raskere iverksetting av tjenester og avklart utfører
- Bedre og mer tilpasset tjenester

Organisering

Prosjekteier	Kommunalsjef
Prosjektleder	Virksomhetsleder VH Psykisk helse og rustiltak
Prosjekt-medarbeidere	• Regina Steinberger • Birte Vegsund • 1 saksbehandler • 1 teamledere • 1 – 2 Ansattrepresentanter (en fra rusfelt + en fra psyk) • Bestiller fra team helse- og velferd? Må være rep. Som har inngående kunnskap om vedtatt pasientflyt for å sikre konsensus.

Kritiske suksessfaktorer

Følgende anser vi som kritiske for at prosjektet skal bli en suksess:

- Sette av tid
- Må søke løsninger utenfor etablerte rutiner.
- Kunne tenke vinn – vinn, med bruker i fokus
- Kommunikasjon skal følge gjeldende rutiner for pasientdokumentasjon i Profil og digital samhandling med sykehus.

Pasientflyt og samhandling i boliger for funksjonshemmede

Bakgrunn

Utgangspunkt er mandat for arbeidsgruppe «Implementering av Ny Pasientflyt» med frist 01.10.18. Ny pasientflyt er ikke implementert i samhandlingen mellom utfører og tildelingskontor i boliger for funksjonshemmede.

Omfang

Rutiner i fasene forberedelse, iverksetting og evaluering av tjenester må utarbeides for samhandling mellom tildelingskontor og utfører i bolig.

Bruker og brukerverdi

Bruker	• Hurtig igangsetting av tjeneste • Tjenester skal utformes med høy grad av brukermedvirkning og individuell tilpasning med avklart målsetting. • Tjenester skal kontinuerlig tilpasses brukers behov med fokus på mestring av eget liv
--------	---

Prosjektmål

Innen 15.september skal følgende være utført:

- Tjenester tildeles i tråd med vedtatt pasientflyt.
- Det er utarbeidet og tatt i bruk samhandlingsrutiner mellom utfører og saksbehandler som sikrer vedtatt pasientflyt.
- Rutiner for evaluering av tjenester i bolig er utarbeidet og tatt i bruk.
- Utarbeide standard kvalitet for tjenestetilbud i boliger for å sikre likhet i kommunen
- Utarbeide sammenlignbare driftsrapporter fra de ulike boligene

+ Gjennomføre evt. tiltak som fremkommer gjennom brunpapisjesjon(er)

Effektmål

Effektene av at vi når prosjektmålene er:

- Standard kvalitet og likhet i tjenestetilbud i kommunen tilpasset brukers behov
- Skaper overføringsverdier mellom utførere for videre forbedringsarbeid
- Kostnadseffekter?

Organisering

Prosjekteier	Kommunalsjef
Prosjektleder	Team helse- og velferd (Ragnhild H. Skjong? Bestiller)
Prosjekt-medarbeidere	• Hildur Alvestad • Birte Vegsund eller Ingunn Parr • 1 virksomhetsleder fra HT • Rigmor Aaland Konsultative medl. / deltagere tiltaksteam: • Regnskapskonsulent • Bestiller • Teamledere/ansatte

Kritiske suksessfaktorer

Følgende anser vi som kritiske for at prosjektet skal bli en suksess:

- Sette av tid
- Må søke løsninger utenfor etablerte rutiner.
- Kunne tenke vinn – vinn, med bruker i fokus
- Kommunikasjon skal følge gjeldende rutiner for pasientdokumentasjon i Profil og digital samhandling med sykehus.

PROSESS VIDERE – IMPLEMENTERING AV PASIENTFLYT

Forbedrings-områder	Nærmere beskrivelse	Videre arbeid/endring pr. 200218	Ansvar
Valg av utfører	Beslutning om utfører så raskt som mulig. Frist innen 1 døgn fra mottatt 24-melding/helseopplysning oppdatert. - Om usikkerhet – planlegg alltid som bruker skal hjem til egen bolig. Ha tjenester i eget hjem Beslutning innebærer hvem som skal yte tjenester – IKKE bestilling av type hjelp.	Beslutning om utfører så raskt som mulig. Frist innen 1 døgn fra mottatt 24-melding/helseopplysning oppdatert + mottatt søknad fra ny bruker. Beslutning – dokumenteres i pasientjournal/legges inn på aktuell tjeneste for å sikre tilgang til pasientjournal for utfører Beslutning – formidles til sykehus jfr. retningslinjer digital samhandling Oppstart arbeid med forberedelse til tjenester	Saks-behandler/TK Saks-behandler/TK Saks-behandler/TK Utfører
Korttid i institusjon	«Brukers saksbehandler» skal ikke delta på vurderingsmøter i institusjon. Mye tid – uten beslutning. Fordeling av institusjonsplasser, prioritering av ferdigbehandlede pas. sykehus, beslutning om LTP og målsetting korttidsopphold skal skje i direkte dialog mellom avklaring og TK sine saksbehandlere som fordeler alle opphold i Ålesund. LØSNING: Saksbehandlere med oversikt over «alle plasser» i byen må være i tett dialog med avklaringsavdeling + være med i beslutningene + sikre at pasienter ved sykehus kommer hjem. Skypemøte – legge kabaler på prioritering.	Ved avklaringsopphold – mål hjem som «standard» - avklaringssamtale og plan for videre utføres på avdelingen og dokumenteres i pasientjournal. Bruker må legges inn på rett tjeneste FØR beslutning om videre forløp – for å sikre at utfører får informasjon og kan starte planlegging for å «ta imot» bruker. Rutiner for når/hvem som skal registrere tjenester må utarbeides – ved innleggelse i avklaringsavdeling? Når beslutning er tatt/vurdering gjort ved avklaring? Avklaringsavdeling deltar på tildelingskontoret prioriteringsmøter tirsdager – kl 0915. Deltagelse via SKYPE.	Avklarings-avdeling Birte – kommer med forslag Ann Kristin – ordner det «praktiske» og avtaler med Birte
	Ved beslutning om behov for LTP – vedtak skal skrives. Brukere med vedtak om LTP må flyttes ved ledig langtidsplass. Langtidsplasser må ikke benyttes som korttidsplasser når brukere med innvilget LTP venter på en korttidsavdeling.	Tidlig vedtak på kommunale boliger, bokollektiv osv. Nye rutiner for tildeling under utarbeidelse (samarbeid ÅKE/TK). Følges opp for å kunne være tidlig i avklaring om videre forløp	Birte

Henvisning ergo/fysio/HVR	Forenkling av melding – for tungvint med henvisningsskjema. Forslag – teste huskelappfunksjon i Profil	Følges opp med Ida Skotheim, Lisbeth Løvoll og Line Hessen	Ann Elin
Hjelpemiddel	LEAN-prosjekt – implementering i pasientflyt. Forslag – teste huskelappfunksjon i Profil	Følges opp med Ida Skotheim, Torgeir Emaus og Line Hessen	Ann Elin
Dialog utfører/utfører	Nytt tiltak i pasientjournal opprettet for å kvalitetssikre denne dialogen. Forutsetning – beslutning om videre forløp er tatt.	OK	
Rus/psykiatri	Pasientflyt ikke implementert på samme måte som andre tjenesteområder hverken hos saksbehandler eller utfører. Innspill på at første uke etter oppstart er «for tidlig» for tverrfaglig møte. Forslag: Arbeidsgruppe for implementering og evt. justering pasientflyt	Meldes kommunalsjef for utarbeidelse av mandat + valg av medlemmer	Ann Elin
Boliger for funksjonshe mmede, avlastningsplasser og dagtilbud (Sydvesten)	Hva betyr ny pasientflyt for våre samlokaliserte boliger? Hvordan påvirker ny pasientflyt beboere i våre samlokaliserte boliger? Forslag: Arbeidsgruppe for implementering og evt. justering pasientflyt	Meldes kommunalsjef for utarbeidelse av mandat + valg av medlemmer	Ann Elin
Tverrfaglig møte	Erfaringer fra utprøving og innspill fra arbeidsgruppen som har arbeidet med tverrfaglig møte bruker til utarbeidelse av rutinebeskrivelse. Opprettes en arbeidsgruppe som ferdigstiller rutine + ser «bestilling» av tverrfaglig møte – hvordan? Innhold i bestilling?	Arbeidsgruppe for erfaringsutveksling og revidering av første utkast prosedyre nedsettes. Rep. Fra tildelingskontor og utførere må være med i arbeidet. Valg av utstyr og beslutninger i arbeidsgruppe følges opp av	Ida Skotheim – innkaller til arbeidsmøte. Ida/Birte