

Mandat for prosjekt i Helsefellesskapet i søndre Trøndelag:

Bedre samhandling om barn og unge i Helsefellesskapet i søndre Trøndelag

Bakgrunn for prosjektet

Fagråd for pasientsamarbeid ble i møte 7. desember 2023 enige om at fagrådet ønsker å ta initiativ til et prosjekt for å kartlegge og forbedre samhandlingen om barn og unge i Helsefellesskapet i søndre Trøndelag. Barn og unge er definert som en prioritert pasientgruppe i samarbeidsavtalen i Helsefellesskapet i søndre Trøndelag, og er en av de prioriterte pasientgruppene fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Der fremheves det at potensialet for forebygging gjennom tidlig innsats og behandling, for mange barn og unge vil bidra til mindre helsetap og bedre livskvalitet.

Samhandling som settes i gang allerede tidlig i forløpet, er nødvendig for å få avklart hjelpebehov og hvem som skal gi hjelpen. For å få til dette trengs det både rutiner, prosedyrer og ikke minst kultur for god samhandling, både mellom aktører innad i helse- og omsorgstjenesten, på samme nivå og på tvers av nivåer, og med andre som NAV, oppvekst etc.

Behovet for bedre samhandling gjelder også i overgangen fra barn til voksen, fra barneavdeling til voksenavdeling i sykehuset, men også i helsetjenestene i kommunene i mange kommuner. Denne overgangen kan ofte oppleves utfordrende for ungdommer og deres familier.

I Helsedirektoratets styringsinformasjon til helsefellesskapene – Del II: «Barn og unge med langvarige og/eller omfattende behov for helse- og omsorgstjeneste», står det at «*generell kunnskap om pasientgruppenes bruk av ulike typer helse- og omsorgstjenester i eget helsefellesskap, kan gi et godt grunnlag og verdifullt bidrag til en felles virkelighetsforståelse av situasjonen for pasientene i eget helsefellesskap. For at helsefellesskapene skal kunne lykkes med prioriteringen av disse pasientgruppene, er det viktig å ha god informasjon bruken av ulike typer helse- og omsorgstjenester*».

Samlet sett har 7,7 % av barn og unge i Norge i alderen 0-20 år behov for langvarige og/eller omfattende helse- og omsorgstjenester. Tallet er 7,4 % i helsefellesskapet i søndre Trøndelag.

Helsedirektoratet påpeker i sin styringsinformasjon at god samhandling innad i helse- og omsorgstjenestene og på tvers av nivåer og mellom aktører, er særlig viktig for å nå målene for barn og unge som prioritert pasientgruppene i nasjonal helse- og sykehusplan. I tillegg til at der er nødvendig med et styrket samarbeid, er lett tilgjengelig hjelp, og behov for utvikling av flere digitale og ambulante tilbud også fremhevet. Barn og unge innen psykisk helsevern må få rask avklaring og styrket tverrfaglig tilbud.

Det foreligger flere offentlige utredninger, tilsyn og forskning som viser at de ulike tjenestene i mange tilfeller ikke samarbeider godt nok. Familier med barn med sammensatte behov for tjenester opplever ofte at det ikke bare er samarbeidet om de konkrete helsetjenestene som ikke fungerer optimalt, men også andre tjenester som påvirker hverdagen i stor grad. Dette kan være skole, barnehage, NAV etc. De som har omsorg for barn med sammensatte behov, har ofte store omsorgsoppgaver, og opplever mangel på koordinering, liten innflytelse, og et tjenestetilbud uten flyt. Dette krever grad av involvering fra omsorgspersonene, og kan i verste fall føre til ulikheter i tjenestetilbud som en følge av varierende ressurser i familien.

Overordnede føringer for prosjektet

Prosjektet skal ta utgangspunkt i helsefellesskapets samarbeidsavtale med underliggende retningslinjer, og følgende tiltak fra helsefellesskapets handlingsplan:

Tiltak	Mål
1.5	Styrke tilbudet til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblematikk
4.2	Teste ut og ta i bruk nye teknologiske og digitale løsninger
5.2	Økt kompetansedeling på tvers mellom helsepersonell i Helsefellesskapet.

I tillegg skal prosjektet kartlegge og legge til grunn andre førende dokumenter, lover og regelverk, veiledere og annet, som legger føringer og anbefalinger for samhandling om barn og unge i offentlige tjenester.

Overordnede tema for prosjektet er:

- Samhandling mellom kommuner og helseforetak
- Samhandling mellom kommunene, og internt i kommunene
- Samhandling mellom avdelingene innad i helseforetaket
- Overganger fra barn til voksen

Organisering av prosjektet

Helsefellesskapet er et sammensatt nettverk, som består av 22 kommuner og ett helseforetak. Å lykkes med å forankre og gjennomføre et slikt prosjekt, samt implementere ny praksis på tvers av så ulike organisasjoner, krever mye. Prosjektet blir faseinndelt, med et innledende arbeid bestående av kartlegging av dagens situasjon og utredning av muligheter og løsninger som vil gagne alle involverte i hele helsefellesskapet, gjennom bred involvering av relevante aktører både i kommunene og helseforetaket. Deretter vil det jobbes med planlegging og innføring av nye verktøy, systemer og ny praksis, som til sammen sørger for et godt grunnlag for implementeringen.

Prosjektorganisasjon

Prosjektgruppa skal bestå av dedikerte medlemmer fra:

- Kommunene
 - Helse
 - Oppvekst
 - Barnevern
 - NAV
- Fastlegetjenesten
- St Olavs hospital HF
 - Barne- og ungdomspsykiatri
 - Rehabiliteringstjenesten for barn og unge
 - Barne- og ungdomsklinikken
- Statsforvalteren
- Brukerrepresentant (foreldre)
- Brukerrepresentant (barn/unge)
- Sekretariatet i helsefellesskapet

Prosjektgruppa må ha en sammensetning som gjenspeiler god representasjon fra kommunene og helseforetaket, samtidig som gruppestørrelsen ikke blir for stor.

En av prosjektgruppas medlemmer skal være prosjektleder, og det skal nedsette et arbeidsutvalg på ca. fem deltagere som får en mer utøvende rolle i prosjektet.

Økonomi

Prosjektgruppa skal kartlegge mulige tilskuddordninger som kan være aktuelle å søke på, og søke om midler som kan bidra til frikjøp av ressurser.

Beskrivelse av prosjektet

Prosjektet skal ta utgangspunkt i samhandling om barn og unge og deres familier, både innen psykisk og somatisk helse, og i rehabiliteringstjenesten. Prosjektet skal hente erfaringer fra Helsefellesskapet i nordre Trøndelags tilsvarende prosjekt, og bruke deres erfaringer og tiltak der det anses å være hensiktsmessig. Prosjektet består av ulike faser hvor det i tiden frem til prosjektgruppa starter, er nedsatt en arbeidsgruppe som planlegger prosjektgruppas sammensetning og deltakere, samt innhenter teoretisk kunnskapsgrunnlag

og eksisterende tall for virksomhetene. Dette vil være med som grunnlag for prosjektet, og prosjektgruppa etableres september 2024.

FASE 1: Status og endringsbehov

- Prosjektgruppa skal bidra til forankring i ASU og PSU, og være pådrivere for en videre forankring i helseforetaket og kommunene
- Kartlegge kunnskapsgrunnlag
- Teoretisk analyse
- Involvere brukere, tjenester og andre interessenter bredt i arbeidet, gjennom workshop med fokus på deltakelse og medvirkning
- Kartlegge dagens situasjon og utfordringer
- Inkludere samhandling med andre relevante tjenester enn helse og omsorg, som skole, barnehage, NAV etc.

FASE 2: Utarbeide et felles generisk pasientforløp

- Etablere og opprettholde en felles forståelse og målsetning, på tvers av samtlige tjenester, og bygge en felles samhandlingsmodell, med tydelige rolleavklaringer, beskrevet gjennom et generisk pasientforløp
- Finne løsninger på endringsbehov, bl.a. gjennom workshop med fokus på informasjonsflyt og hvordan sikre gode overganger
- Utarbeide ny samhandlingsmodell med konkrete tiltak for bedre samhandling innen prosjektets slutt
- Samhandlingsmodellen skal inneholde en beskrivelse av oppgavegrensesnitt mellom første- og andrelinjetjenesten på områder der det anses for å være hensiktsmessig
- Samhandlingsmodellen skal også inneholde tiltak som bidrar til at tjenester som berøres av oppgaveglidning skal ha tilstrekkelig og riktig kompetanse, blant annet gjennom kompetansedeling mellom helseforetaket og kommunene, og eventuelt mellom kommunene

FASE 3: Implementering

- Prosjektet må forankres godt i alle kommunene for å lykkes med implementering
- Alle må med, slik at ingen kommuner, tjenester eller sykehusavdelinger skal opptre på egen hånd
- Prosjektgruppa skal lage en plan for implementering av ny modell og nye rutiner ved prosjektets slutt
- Prosjektgruppa skal rapportere til fagråd for Pasientsamarbeid
- Prosjektgruppa skal bidra til å holde administrativt samarbeidsutvalg (ASU) orientert om fremdrift jevnlig
- Prosjektgruppa skal bidra til kontinuerlig forankring i ASU og PSU, og i helseforetaket og kommunene

FASE 4: Evaluering, justering og rapportering

- Prosjektgruppa skal lage plan for hvordan modellen skal evalueres
- Fagråd for pasientsamarbeid vil være en viktig arena for videre oppfølging av arbeidet etter implementeringen, med forankring i ASU

Overordnet mål

God samhandling mellom tjenestene slik at barn og unge i søndre Trøndelag får rett hjelp på rett sted til rett tid.

Effekt mål:

- Barn og unge og med sammensatte behov for helse- og omsorgstjenester og deres familier, opplever en mer sammenhengende helsetjeneste som evner å samarbeide også med andre aktører som er av betydning for barnets og familiens liv og hverdag
- Helsetjenester som ytes i helsefellesskapet gis på rett nivå til rett tid, av tjenesteytere med rett kompetanse

- Helsetjenestene i helsefellesskapet har gode samhandlingsløsninger, som bidrar til effektivitet og bærekraftige helsetjenester
- Kommunene og helseforetaket i Helsefellesskapet i søndre Trøndelag har styrket kultur for samhandling

Resultatmål:

- Et helhetlig pasientforløp for barn og unge i søndre Trøndelag, som bidrar til bedre samhandling og tidligere innsats for barn og unge, og som også inkluderer samarbeidende aktører som samhandler om barn og unge med sammensatte behov
- Samhandlingsmodellen skal inneholde konkrete tiltak, som f.eks. kan inkludere et digitalt verktøy for bedre samhandling
- Helsefellesskapets samarbeidsavtale med underliggende retningslinjer gjenspeiler den nye samhandlingsmodellen og de kartlagte utfordringsområdene

Fremdriftsplan:

Arbeidsgruppe	april-september 2024
Oppstart prosjektgruppe	september 2024
Innhente av kunnskapsgrunnlag	september- desember 2024
Kartlegge dagens praksis, og muligheter for nye samhandlingsformer	2025
Utvikle felles generisk pasientforløp og ny samhandlingsmodell	januar – april 2026
Utarbeide plan for gjennomføring av tiltak (verktøy, modeller etc.)	mai –september 2026
Planlegge og legge til rette for implementering av tiltak	juni – september 2026
Bidra i oppstartsfasen med implementering	september – desember 2026