

[FRAMTIDASOMSORG-KORT-1-1.mp4 \(sharepoint.com\)](#)

Team som arbeidsform

- strukturert tverrfaglig oppfølging av personer som trenger koordinerte tjenester

Pasientsikkerhetskonferansen 23. – 24. November 2023

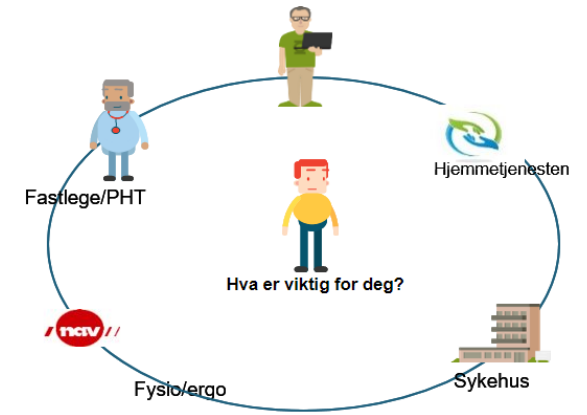


- **Bakgrunn for pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam**
- **Evalueringsresultat v/Sintef**
- **Erfaringsdeling fra Kinn kommune**
- **Erfaringsdeling fra Suldal kommune**
- **Dialog med innlederne og anledning til spørsmål fra salen**

Behov for bedre koordinering og samarbeid på tvers



Oppfølgingsteam som arbeidsform



Personer med behov for tjenester fra flere ulike aktører trenger at tjenestene samarbeider godt

Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er en arbeidsform som med utgangspunkt i brukers behov skal bidra til målrettet og koordinert innsats slik at nytten av helse- og velferdstjenester bedres

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



Gjeldende føringer



**Koordinator/
barnekoordinator**

Individuell plan

Endringer fra
1.aug 2022

**Velferdstjeneste -
lovgivningen**



**Koordinerende
enhet**

**– en lovpålagt
tilrettelegger for
samarbeid og
samordning**



**Kvalitet og
ledelse**

Pilotkommunar

2018 – 2023:

- SULDAL
- KINN
- BØ I VESTERÅLEN
- SENJA

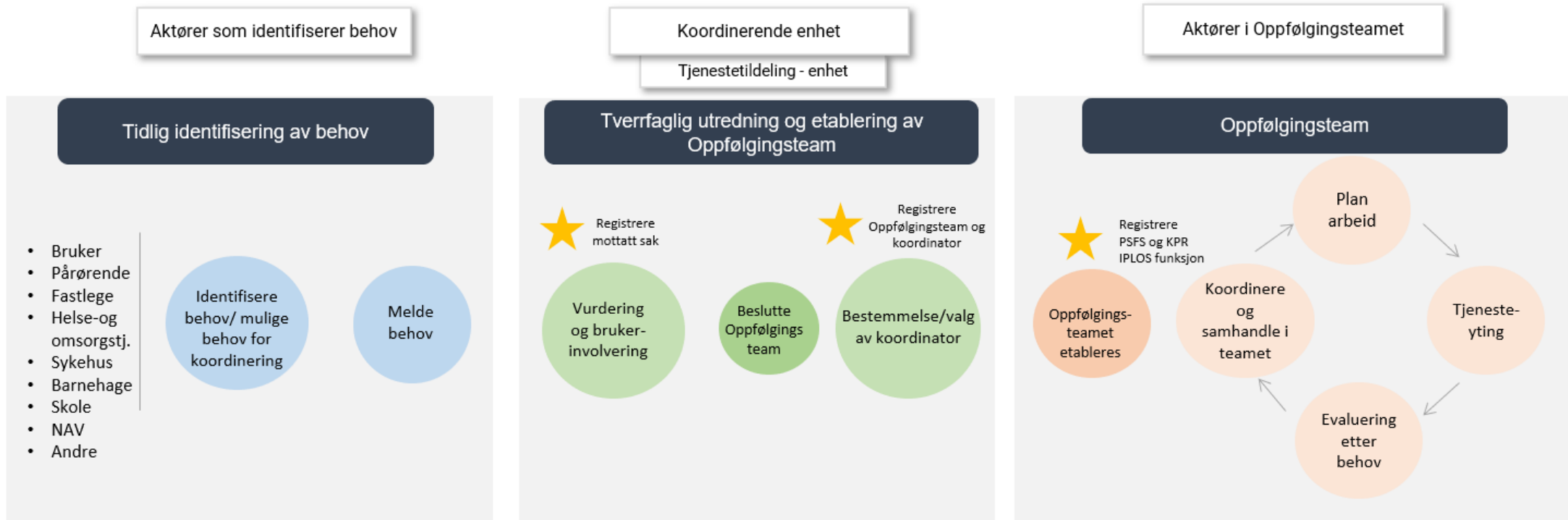
2018 – 2021:

- STEINKJER
- ASKER



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

Etablering av oppfølgingsteam - tre steg



Resultatmål for pilot er

Å få på plass strukturer for tidlig identifisering av behov

Å få på plass strukturer for at oppfølgingsteam blir en integrert arbeidsform i alle tjenester

Å sikre aktiv brukerdeltagelse gjennom hele forløpet

OPPFØLGINGSTEAM SOM ARBEIDSFORM

EVALUERING AV PILOT I SEKS KOMMUNER

Jorid Kalseth (Prosjektleder, SINTEF), Pasientsikkerhetskonferansen 2023



Silje Kaspersen



Marian Ådnanes



Line Melby

Mål med evalueringen

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

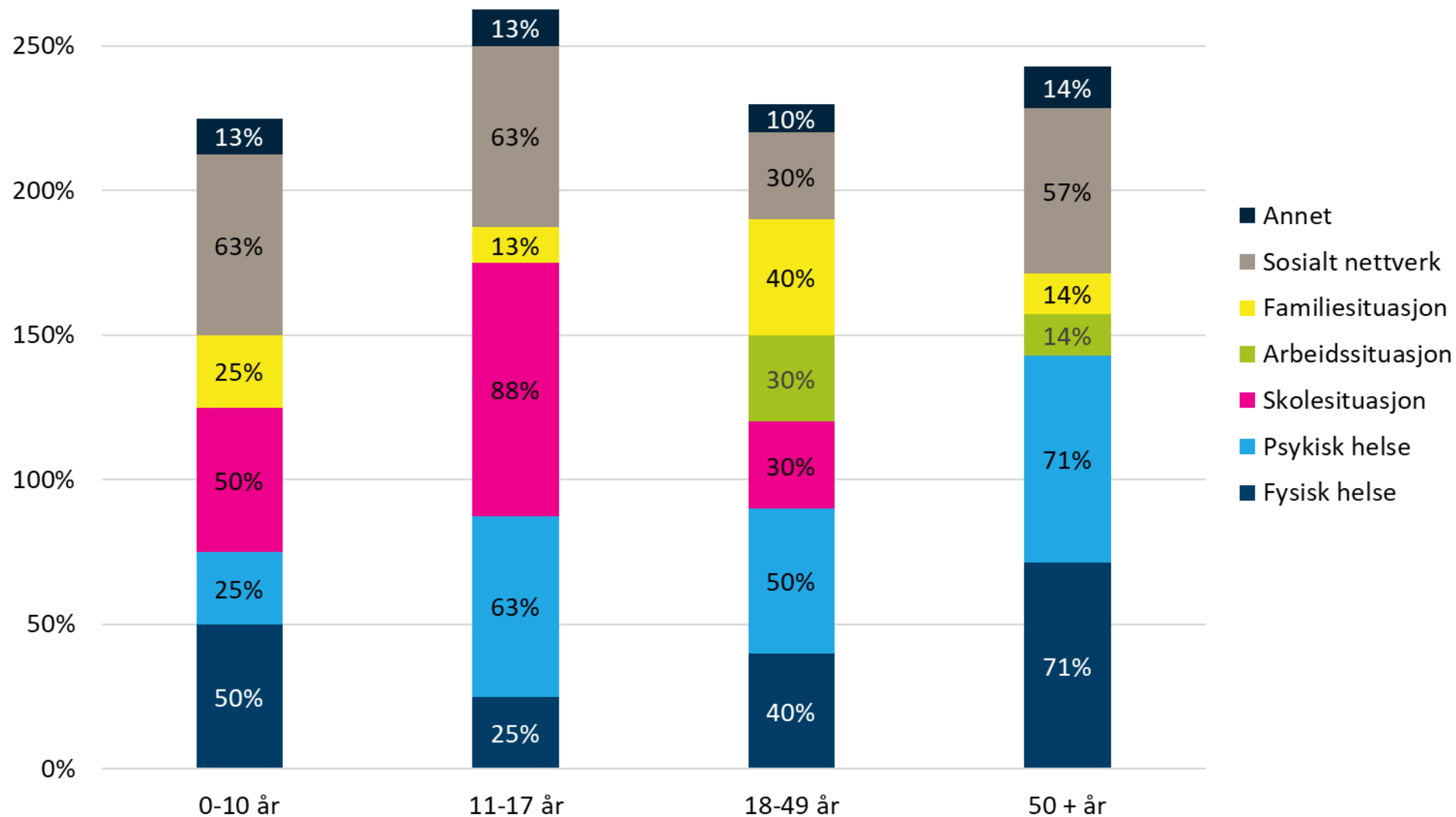


Data og metode

- Omfattende datainnsamling over fem år
 - Intervju (N>250) og spørreundersøkelse (N>900)
 - Prosjektledere
 - Ledere, koordinerende enhet (KE)
 - Koordinatorer, fastleger, andre ansatte
 - Brukere og pårørende
- Analytisk rammeverk: implementeringsteori



Hva trenger brukere med oppfølgingsteam typisk hjelp til?





Hovedresultater

Mye er oppnådd, men iverksettingen har tatt tid

– kommunene har hatt ulik tilnærming og utvikling

“*Implementersarbeid **tek tid** - hald fast på oppfølgingsteammetodikken - fleire kloke hoder i lag - fungerer ofte betre ein kvar for seg. Og det er brukaren som vil kome styrka ut.*

(Virksomhetsleder, Oppvekst)



Hvordan er måten du jobber på endret?

(noen kvalitative svar fra spørreundersøkelse)

“ Mer tverrfaglig samarbeid
Flere tjenester tar ansvar for koordinering

“ Fokus på hva som er viktig for brukerne

“ Meir dynamiske team framfor store, fastsette ansvarsgrupper

“ Støtte fra koordinerende eining
Bruk av Samspill

“ Økt kunnskap om IP og koordinatorrolla

“ Ikke så store møter, men kun etter behov

... men ikke i mål

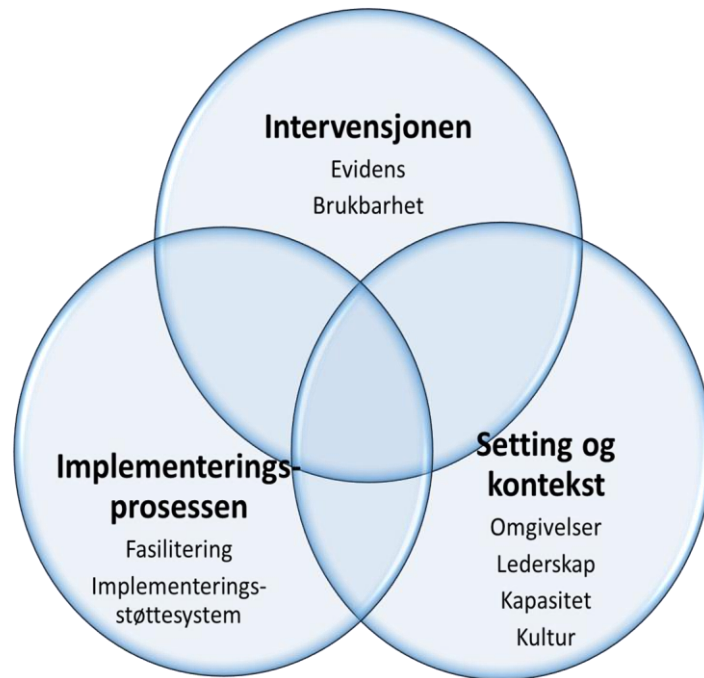


*“Jeg tenker at tverrfaglig oppfølgingsteam har **et større potensiale** til gi å raskere og riktig oppfølging av brukeren. Dessverre tenker jeg at **manglende tid og rolleforståelse** mellom de ulike instansene gjør at teamet ikke oppnår den mulige mergevinsten som brukeren kan få av teamet. Det vil også være en fordel å informere mer om tverrfaglig oppfølgingsteam på avdelinga, da jeg opplever at flere av mine kolleger **ikke er tilstrekkelig informert** om både oppfølgingsteam og koordinatoroppgaver.*

(Grunnskolelærer)

Implementeringsteori

Samspill mellom tiltak, implementeringsprosess og omgivelser



Tre hovedkategorier av determinanter.

Basert på Durlak og Dupre (2008)

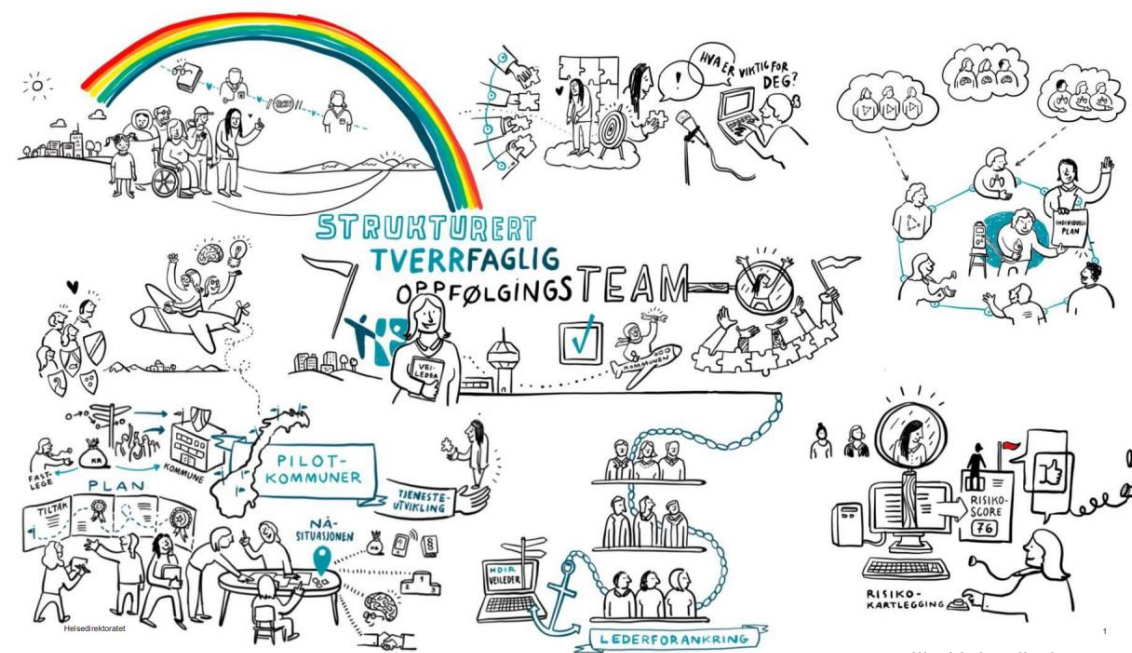


Intervensjonen

Evidens
Brukbarhet

Intervensjonen (piloten)

- Mange tiltak, på ulike nivåer, på tvers av tjenesteområder, mangfoldig målgruppe
- Ulik kunnskap og motivasjon
- Veilederen er pasientfokusert
- Forvirring om begreper og modeller



III.: Helseidrettoratet

Setting og kontekst

Setting og kontekst

Omgivelser
Lederskap
Kapasitet
Kultur

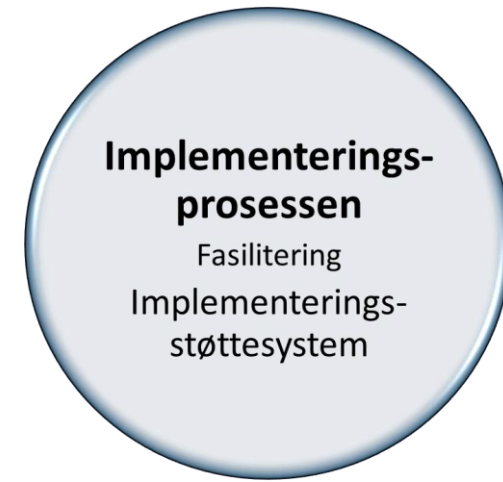
- Ulikt utgangspunkt og utfordringer
- Ulik kunnskap og motivasjon
- Konkurransen om oppmerksomhet, tid og ressurser




Implementeringsprosess


Suksessfaktorer

- Sterkt forankring i koordinerende enhet
- Involvering og tiltak fra toppledelsen
- Involvering av alle relevante tjenesteområder
- Aktivt lederskap - ledernetverk på tvers
- System for opplæring
- Bruk av "ildsjeler" (endringsagenter)





“Har vært med i flere prosjekt der ambisjonene ikke har stått i stil med det vi hadde etterpå- da falt det til jorda like fort. Ble ingen frukter av det. Men et prosjekt som går rett inn i det vi uansett er forplikta til å gjøre – få tid til å utvikle det – veldig bra (Kommunalsjef)



*“Implementersarbeid tek tid
- hald fast på
oppfølgingsteammetodikken ...
brukaren .. vil kome styrka ut*

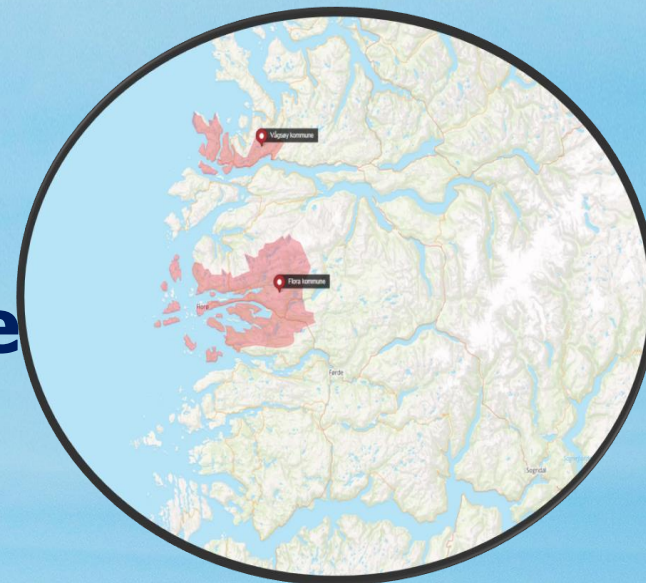
(Virksomhetsleder, Oppvekst)



Kinn kommune

Strukturelle forutsetningar for å sikre koordinert oppfølging.

Ca 17000 innbyggjarar på kysten mellom Bergen og Ålesund (Tidlegare Flora kommune og Vågsøy kommune)



Tema:

- **Koordinerande eining – leiarforankring og organisering**
- **Oppfølgingsteam - laget rundt dei som treng hjelp frå fleire**
- **Koordinatorrolla og individuell plan**

Trude Gulbranson, leiar Koordinerande eining
Kjell Arne Nordgård, kommuneoverlege



Organisasjonskart

Koordinerende eining



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



Koordinerende eining. Grunnmuren for tverrfagleg og tverrsektoriell samhandling

Organisering sidan 2012.

Dynamisk samansett med 20 % ressurs frå deltakande einingar.

- Leiar koordinerende eining, fag og utvikling
 - Helsetenesta; fysioterapeut
 - Tildelingseininga for helse og velferdstenester; sakshandsamar og spl.
 - Nav; sosionom
 - Heimetenesta, 50 % prosjektmedarbeider - oppfølgingsteam)
 - Oppvekst, rådgjevar, pmt-terapeut, 50 % implementering BTI
 - Kommuneoverlege
- Psykisk helse og rus, avdelingsleiar
 - SFO-leiar, barnevernspedagog.
 - Psykisk helse-og rus, Klinisk sosionom,
 - Helsestasjon, helsesjukepleiar

Effekt av Koordinerende eining

- Fag-og kulturbærarar frå tenestene til Koordinerende Eining :

Fagkunnskap, Arbeidsmetodikk, organisasjonskultur, og tenestekultur, etc

- Endringsagentar frå Koordinerende eining tilbake til tenestene:

Samhandling, utviklingsarbeid, koordinering, opplæring, støtte og **mas**.

- Betre strategisk planlegging i kommunen:
Budsjett og handlingsprogram,
kvalitetsforbedringsarbeid.

Dei skal lage flyt i omsor

RUDØ: Denne gruppen har fått det nye navnet «Koordinerende eining». Dei skal sikre at brukarane av ein songstemsenter samtidig får, fengslemeritt det som vort kalla ein personleg koordinat

Kommunikasjon

Medlemmer

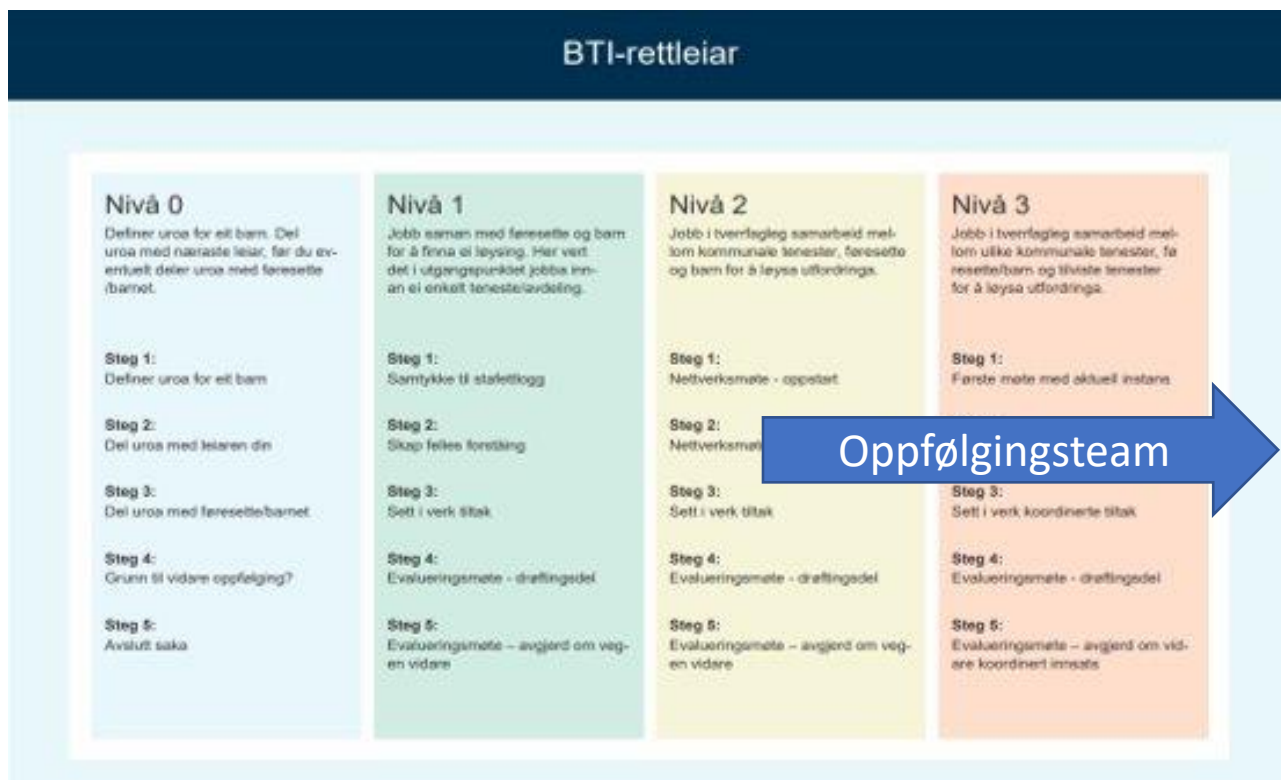
Denne gruppen oppgav å utarbeide ein plan for å sikre at brukarane av ein songstemsenter samtidig får, fengslemeritt det som vort kalla ein personleg koordinat

- Det er viktig å ha ein plan for å sikre at brukarane av ein songstemsenter samtidig får, fengslemeritt det som vort kalla ein personleg koordinat





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



Korleis samarbeidsmodellar heng saman.



Kven er dei ?

- 90 barn og unge (1-18 år) med oppfølgingsteam og koordinator
 - 10 barn i barnehagealder
 - 80 barn og ungdom i grunnskolealder.
- Oppfølgingsteam
- 10 % har diagnosen psykisk utviklingshemming.
 - 20% fysisk funksjonshemming, Sjukdom.
 - 30 % autisme/barneautisme
 - **40 % "Komplekse utfordringar".**





Oppfølgingsteam = Samhandling rundt voksne som treng hjelp fra fleire.

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

Oppfølgingsteam operasjonaliserer ;

Oppfølgingsteam

- Pakkeforløp
- Gode pasientforløp
- Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling
- "Kva er viktig for deg"





Oppfølgingsteam = samhandling rundt eldre som treng hjelp fra fleire.

Viktig med nærhet og kjennskap til pasienten.
Kva er viktig for deg ?

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

Oppfølgingsteam

Mål:

- trygge pasient og pårørende.
- Unngå unødvendig sjukehusinnlegging.
- Gode pasientforløp.





Forbetringsutdanning kommunar



I trygge hender **24/7**

Gode pasientforløp

Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp videreføres i perioden 2023-2023, slik at alle landets kommuner skal få tilbud om å delta. Målet er å sikre brukernes behov for å møte helsetilrette, koordinerte og trygge tjenester.

aidn

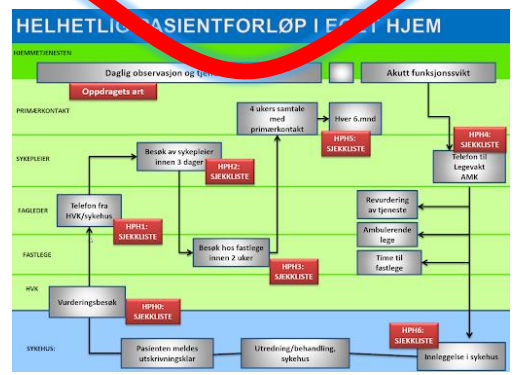
CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN	
	1 VELDIG SPREK Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De lever gjerne regelmessig, og er glad de prøver å løse utfordringer.
	2 SPREK Personer som ikke har aktive sykdomsoppgjør, men er mer eller mindre opptatt som kategori 1. De kan ofte finne eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongassent.
	3 KLARER SEG BRA Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	4 LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET Tilføyelig «dårlig». Denne kategorien markerer en overgang fra å være til å være utilgjengelig. Selv om de ikke er særlig aktive, har de fortsatt å gjøre ting som de liker å gjøre. De klarer ofte over et år å erstatte seg selv for alle utfordringer de møter.
	5 LEVER MED MILD SKRØPELIGHET Denne er mer tydelig begrenset, og trenger hjelp til å utføre aktiviteter (dagligvis personlig pleie, transport, lang reise). Vanligvis er det nødvendig å skaffe seg hjelp fra noen som kan hjelpe med å handle eller gå til butikken, eller med å ta bussen, og legger seg i sengen litt for tidlig.
	6 LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å utføre gjøremål, spesielt når de har problemer med å stå, trenger hjelp til bading/dukk og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (inkludert støp). Helt avhengig av hjelp til personlig pleie (vanligvis hjelp eller trosser). Løstevest eller støtte, og uten høy risiko for å falle (innen- eller utenfor).
	7 LEVER MED MILD SKRØPELIGHET Helt avhengig av hjelp til personlig pleie og nærmer seg helsestilt. Vanligvis vil de ikke kunne se seg selv eller mild sykdom.
	8 LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET Helt avhengig av hjelp til personlig pleie og nærmer seg helsestilt. Vanligvis vil de ikke kunne se seg selv eller mild sykdom.
	9 TERMINALT SYK Personer som ligger i seng i denne kategorien trenger personlig pleie og nærmer seg helsestilt. Mange terminale syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden.

I dag

Diverse pakkeforløp

Framtida

Tidlegare



Dette er Gode pasientforløp
Arbeidet i satsingen Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp startet i 2014 og videreføres ut 2023 slik at alle landets kommuner og helseforetak skal få tilbud om å delta.



Samarbeid om skrapelige eldre – nytt notat
Anders Grimsmo holdt innlegg om pasientforløp i helsefellesskap på Nasjonal helsekonferanse 8. mars. Konferansen arrangeres årlig av KS i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet.



Bedre helse på enkelte områder med Gode pasientforløp
I en norsk studie i det store EU-prosjektet SELFIE rapporterer pasienter i kommuner som har deltatt i Gode pasientforløp om bedre helse på enkelte områder enn pasienter som har mottatt tradisjonell

St.meld. nr. 47
(2008–2009)

Samhandlingsreformen
Retten til behandling – på rett sted – til rett tid



Endringer i velferdstjenestelovgivningen - samarbeid, samordning og barnekoordinator

Bedre Tverrfaglig Innsats – BTI

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam



For å lukkast må oppfølgingsteam ha....

Nivå 3

- Leiarforankring
- Tverrfagleg koordinerende eining med deltidstillingar i rullerande periodar
- Strukturert koordinator opplæring

Nivå 2

- Koordinator ut i frå kven som kjenner brukar best
- Involvert rett aktør til rett tid
- Spissa møteleiing

Nivå 1

- Ansvarleggjorte aktørar
- Ein involvert fastlege



Koordinerende eining

Med kommunedirektørmynde

+

Rullerande tverrfaglege deltidstillingar

Med kjennskap til både drift og system

Kompetanse, system- og driftkunnskap inn i KE

Kompetanse og systemkunnskap tilbake til si eining

+

Strukturert koordinatoropplæring

=

Lærande dynamisk organisasjon og kompetansemotor i det kommunale systemet



Koordinator

- Nærhet til brukar -> Kjenner brukar og drifta
- Støtte frå koordinerande eining -> Involverer og ansvarleggjer rett aktør til rett tid
- Alle kan vere koordinator
 - Blir tvungne til å løfte blikket -> systemtenkning
 - Over tid -> aktørar med systemkjennskap



SULDAL
K O M M U N E

Pilotprosjekt «strukturert tverrfagleg oppfølgingsteam»

**Jarle Nordtveit Åsheim, prosjektmedarbeidar
Elin Mikkelsen Bakka, rådgjevar helse og velferd**

Bygd vidare på

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

Prosjektgruppa har vore tverrfagleg samansett med tilsette og brukarrepresentantar.

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 tilviste 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 trengst koordinering mellom fleire enn to tenester, den det gjeld og evt pårørande for å løysa utfordringa.

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

Kva er viktig for deg: Ressursfokuserert samtale

- Frå «kva som er feil» til «**kva som er viktig**»
- Kartlegging av kva ressurstar brukar har og korleis ein kan auka evna til å utnytte prioriterte aktivitetane



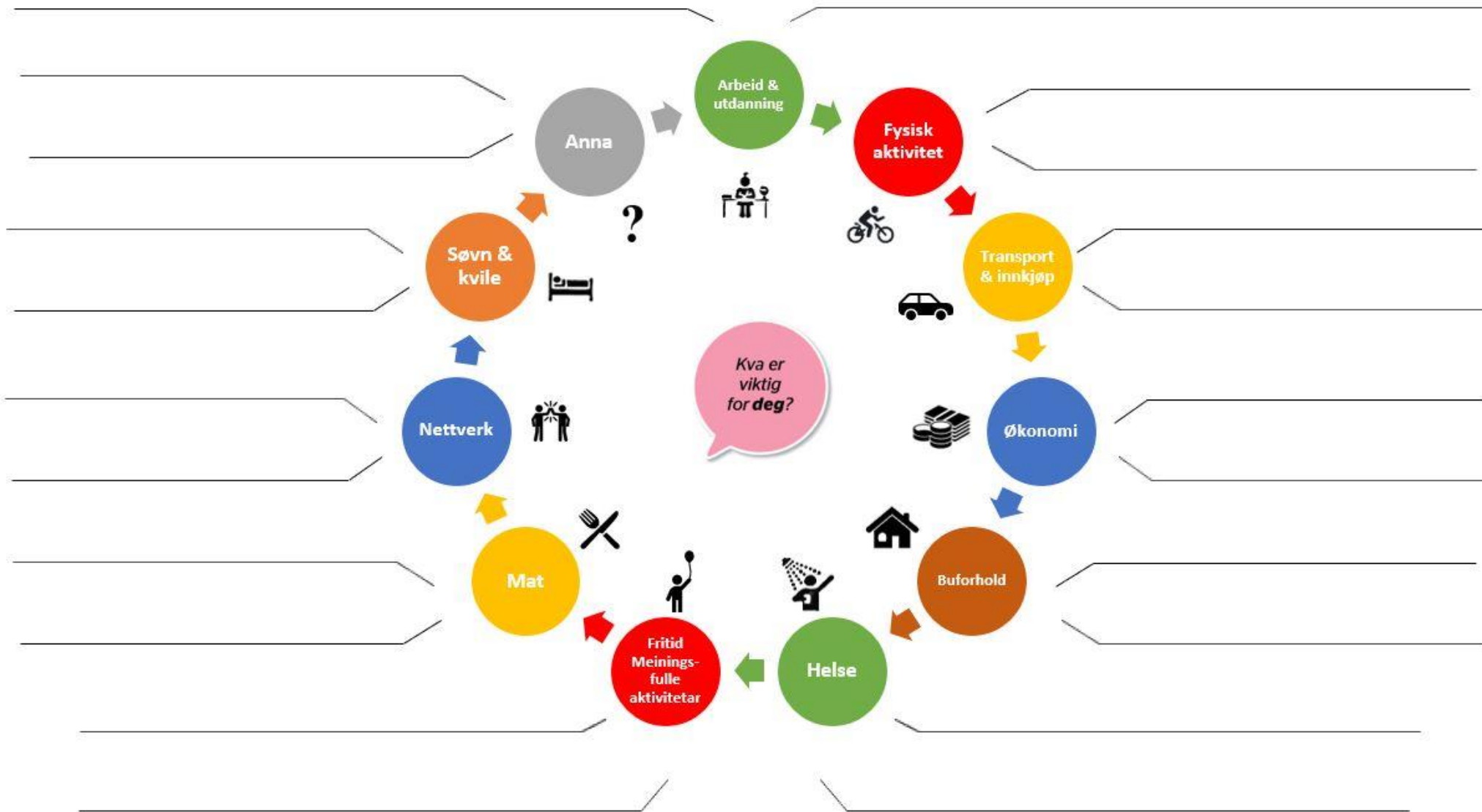
«Betringskoordinator»



- Erfarne koordinatorar som ein ressurs

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

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
- Anerkjenna brukar som ekspert i eige liv
- Identifiserer både ressursar, motivasjon **og** utfordringar
- Sikra treffsikre og verksame tenester
- Avklara kven som skal vera med i eit eventuelt oppfølgingsteam
- I lag med tenesteytarar vurderer brukaren nytta av tenestene
- Ein start for prosessen med å utarbeida individuell plan

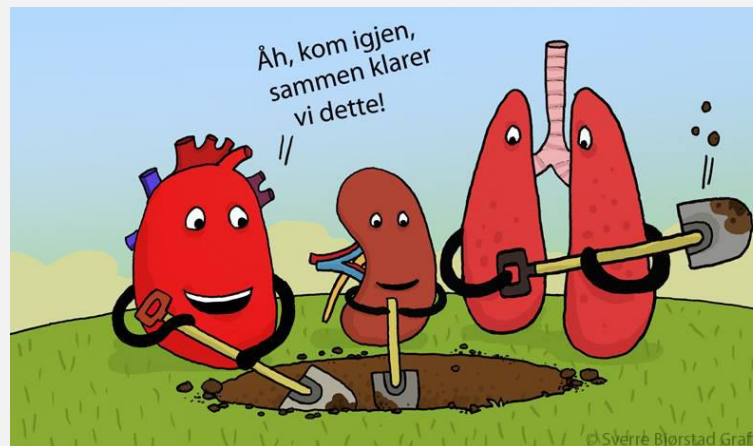


Kva har me gjort i prosjektperioden?

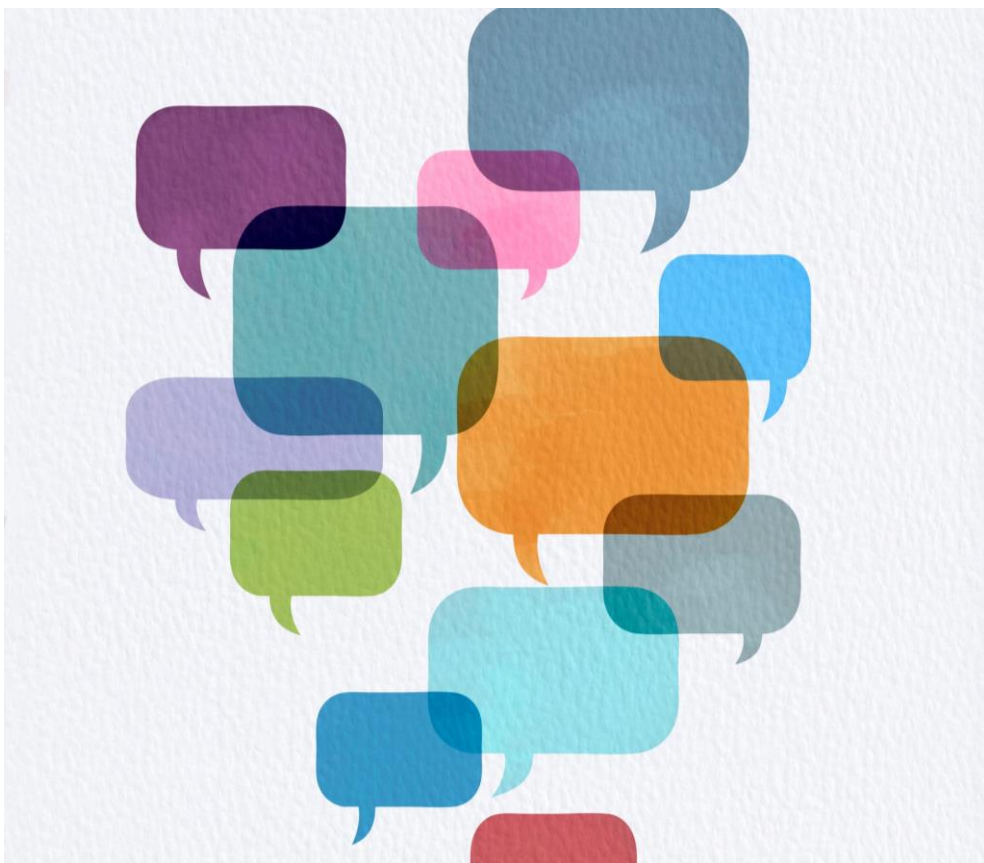
- Retningslinjer for koordinerende eining
- Oppdaterte rutiner for koordinatorrolla.
- Kva er viktig for deg?
 - «PSFS-skjema» (Pasient Spesifikk Funksjonsskår)
 - Opplæringskurs KS-læring
- BTI for vaksne – struktur for tidleg identifisering av behov
- Retningslinjer for oppfølgingsteam
- Meir fokus på samarbeid – bygga ned siloar
- Nyttar oppfølgingsteam som omgrep og gått bort frå ansvarsgruppe

Kva skal me gjera når prosjektperioden går ut?

- Implementera «BTI for vaksne»
- Vidare fokus på «Kva er viktig for deg» og bruk av PSFS
- Jobba for endå betre samhandlinga på tvers av einingar og sektorar
- Innfasing av digital Individuell Plan (IP)
- Fortsetta jakta på andre digitale samhandlingsverktøy



Dialog og spørsmål fra salen



- **DIALOG – bakgrunnsbilde?**

- Introdusere Sigrunn



helsedirektoratet.no