



Sluttrapport – utkast til behandling i styringsgruppen.

Samhandling om den akuttmedisinske kjeden i Vestfold



15. juni 2018

Prosjekteier

Leder av styringsgruppen Per Grunde Weydahl. Fagdirektør, SiV

Prosjektleder

Runar Danielsen. Senterleder, Akuttsenteret, SiV

GODKJENT AV:

Navn	Rolle	Stilling	Dato

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Kapittel	Endring	Produsent	Godkjent av

Innhold

1. BAKGRUNN, KONKRET OPPDRAG, ORGANISERING OG DOKUMENTASJON	4
1.1 BAKGRUNN	4
1.2 OPPDRAGET OG AVGRENSNINGER	5
1.3 ORGANISERING OG STYRING	6
1.4 HVORDAN ER RESULTATET DOKUMENTERT	8
2. FORSLAG TIL MÅL OG TILTAK FOR DEN FRAMTIDIGE AKUTTMEDISINSKE KJEDEN I VESTFOLD	8
2.1 MÅL	8
2.2 HVILKE TILTAK BØR IVERKSETTES FOR Å NÅ MÅLENE?	9
2.2.1 Behandlingstilbud og tilgjengelighet ved ØHD er standardisert	9
2.2.2 Pasientene ivaretas på beste effektive behandlingsnivå	10
2.2.3 Akuttsenteret SiV imøtekommer fastsatte krav og forventinger	11
2.2.4 Ambulansetransport gjennomføres til riktig behandlingsnivå	12
2.2.5 Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak i kommunene	12
2.2.6 Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak i SiV	13
2.2.7 Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak generelt	14
2.2.8 Styringsinformasjon for akuttmedisinsk kjede i Vestfold er tilgjengelig	14
2.2.9 Det foreligger nødvendig informasjon og beslutningsstøtte til å gi pasienten forsvarlig behandling, diagnostikk og overvåking	15
2.2.10 Tilbud for «halvøyeblikkelig hjelp-tilsyn» i kommunene er etablert	15
2.2.11 Pasientene er sikret behandling på beste effektive omsorgsnivå – Legevakt	16
2.2.12 Aktørene har nødvendig kompetanse som kreves og forventes i kjeden	16
3. PROSJEKTGJENNOMFØRING	18
3.1 GJENNOMFØRING I FORHOLD TIL PROSJEKTPLAN	18
3.2 PROSJEKTREGNSKAP	19
3.3 VIKTIGE ERFARINGER	19
3.3.1 Suksessfaktorer	20

VEDLEGG

- Vedleggsrapport som omfatter:
 - Beskrivelse av aktørene i den akuttmedisinske kjeden
 - Oversikt over pasientstrømmer
 - Hvilke krav stiller myndighetene til den akuttmedisinske kjeden som helhet, og til de ulike aktørene i kjeden?
 - Fagmiljøets forventninger
 - Prioriterte områder for videre utvikling av den akuttmedisinske kjede i Vestfold
- Utkast til ny delavtale d2: Om planer for den akuttmedisinske kjede

1. Bakgrunn, konkret oppdrag, organisering og dokumentasjon

1.1 Bakgrunn

På møtet den 23. mai 2016 besluttet Overordnet samhandlingsutvalg (OSU)¹ at den akuttmedisinske kjeden skulle inngå som et av satsingsområdene i Handlingsplanen for samhandling for 2017. I løpet av høsten 2016 ble det i regi av Samhandlingsutvalget (SU)² gjennomført et arbeid med sikte på å konkretisere mandatet for oppdraget, og ikke minst hvordan arbeidet med å løse det skulle organiseres.

Samarbeidet om akutt syke og skadde pasienter representerer noen av de mest krevende oppgavene som helsevesenet står overfor. Det er flere grunner til at det er viktig å sette dette temaet på dagsorden nå - og med et helhetlig fokus:

- I den nye akuttmedisinforskriften er det stilt en rekke krav til aktørene i den akuttmedisinske kjeden som det vil bli krevende å oppfylle. Det gjelder for alle aktørene³ i denne kjeden. Forskriften presiserer også at forbedringer av den akuttmedisinske kjeden må skje i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Helsedirektoratet gav i 2014 ut veilederen ”Faglige og organisatoriske krav til somatiske akuttmottak”. I den stilles det en rekke krav til de somatiske akuttmottakene ved norske helseforetak. SiV gjennomførte i 2016 et stort prosjekt med sikte på å forbedre sitt akuttmottak og samspeilet mellom akuttmottaket og andre organisatoriske enheter på SiV. Den nevnte veilederen understreker imidlertid også at samarbeidet mellom akuttmottaket og henvisende instanser må forbedres og struktureres. Dette kan bare skje i et samarbeid mellom helseforetakene og kommunene/fastlegene.
- Kommunene i Vestfold og SiV undertegnet i juni 2015 en revidert delavtale for den akuttmedisinske kjeden i Vestfold. Det har ikke vært iverksatt tiltak for å følge opp denne delavtalen, men den er fortsatt høyst aktuell og relevant. For å få denne avtalen operativ og funksjonell, må partene gjøre en jobb i fellesskap.
- Det er opprettet et Faglig Forum for ØHD enhetene i Vestfold, og det er innført en såkalt diagnostisk sløyfe innom akuttmottaket for pasienter som vurderes innlagt på en ØHD enhet. Det er viktig at disse grepene settes inn i en helhetlig ramme for utvikling og forbedring av akuttkjeden.
- Fra 2017 skal pasienter med psykisk helse- og rusmiddelproblemer få øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene.
- Samhandlingsforløpet. I 2015 ble det satt i gang et arbeid med å utarbeide et generelt pasientforløp for den pasientgruppen som kommune- og spesialisthelsetjenesten samarbeider om (i ettertid kalt samhandlingsforløpet). Forløpet er delt opp i to faser. Fase 1 (høst 2016 – vår 2017) omhandler utskrivning fra spesialisthelsetjenesten og mottak i kommunehelsetjenesten. Fase 2 iverksettes høsten 2017 og omhandler utskrivning fra kommunehelsetjenesten og mottak

¹ OSU var et felles administrativt utvalg for ledelse av samhandlingsarbeidet i Vestfold, bestående av 3 rådmenn og 3 representanter fra SiVs ledelse, på det tidspunktet beslutningen ble tatt.

² SU er et organ som koordinerer det praktiske samhandlingsarbeidet på grunnlag av årsplanen. SU består av ledere fra kommunene i Vestfold og fra SiV, av 2 brukerrepresentanter og 2 tillitsvalgte.

³ Fastlegene, Kommunale legevakter, ØHD enhetene (tidligere kalt KAD enhetene), Ambulansetjenesten, Medisinsk nødmeldetjeneste (LV – sentralene og AMK – sentralene) og Helseforetakene.

i spesialisthelsetjenesten. Fase 2 berører dette prosjektet, både når det gjelder avtaleverk, samarbeidsrutiner og kompetanseutveksling.

Samlet sett representerer disse føringene og prosessene/tiltakene viktige grunner til at tiden var inne til å få tatt et samlet grep om hele den akuttmedisinske kjeden i Vestfold.

1.2 Oppdraget og avgrensninger

Oppdraget har bestått av fire hovedelementer med i alt 8 spørsmål (A:H)⁴

1. Beskrivelse av *nåsituasjonen* i Vestfold (Spørsmål A og B)
 - a. Hvordan ser den akuttmedisinske kjeden i Vestfold ut?
Overordnet – og mest mulig faktabasert - beskrivelse av aktører, organisering, utstyr, samarbeidsrutiner, kapasitet og utnyttelsesgrad, tilgjengelighet og vaktordninger samt kompetanse mv
 - b. Oversikt over pasientstrømmer
 - i. Beskrive ulike pasientstrømmer fra skade/sykdom oppstår til pasienten er avklart eller til ankomst behandlingssted. I den grad det er ulik pasientflyt for ulike hastegrader/tilstander/ diagnoser, skal disse beskrives (hoved flyt/hoved varianter)
 - ii. Beskrive pasientvolum for de ulike kategoriene; inkludert eventuelle års variasjoner
 - iii. Beskrive pasientstrømmen for pasientgruppen som har kommunale tjenester. Pasientgruppen skal kartlegges med hensyn til alder, «årsak til innleggelse» og henvisende instans (fastlege, legevakt, KAD, SiV, og 113).
2. Beskrivelse av myndighetenes og partenes egne *forventninger til den framtidige akuttmedisinske kjeden i Vestfold* (Spørsmål C og D)
 - c. Hvilke krav stiller myndighetene til den akuttmedisinske kjeden som helhet, og til de ulike aktørene i kjeden?
 - d. Hvilke øvrige forventninger⁵ – utover myndighetskravene - mener partene det er naturlig å stille til den akuttmedisinske kjeden i Vestfold og til de ulike aktørene i kjeden?
3. *Vurdering* av nåsituasjonen opp mot kravene (Spørsmål E)
 - e. Hvordan vurderes forholdet mellom kravene stilt i punktene C og D, og beskrivelsen av nåsituasjonen i punktene A og B? På hvilke områder er det et gap mellom kravene og nåsituasjonen i Vestfold, og hvordan vurderes/analyseres dette gapet?
4. Forslag til *mål* for den framtidige akuttmedisinske kjeden i Vestfold og *tiltak* for å nå målene (Spørsmål F, G og H)
 - f. Hva bør være det framtidige målet for den akuttmedisinske kjeden i Vestfold? Hva er kjernen i et framtidig konsept?
 - g. Hvilke tiltak bør iverksettes for å nå målet beskrevet i punkt F?
Beskrivelse av tiltakene⁶ inkl. gevinster, tidsplan, ansvar og økonomi.
 - h. Hvordan bør en ny delavtale for den akuttmedisinske kjeden i Vestfold se ut?

⁴ NB! Spørsmålene er i prosjektplanen nummerert 1-8. Er «renummerert» til A:H - som underpunkt til de fire hovedelementene.

⁵ Stod opprinnelig krav her – er endret etter dialog i styringsgruppen. Inkludere også forventninger til samarbeid og samhandling.

⁶ Her vil det kunne bli aktuelt med tiltak på mange ulike områder; eksempelvis: Kompetanse, bedre dialog mellom partene, bedre beslutningsstøtte, samarbeidsordninger på tvers av LV sentraler/LV er mv.

Avgrensninger

Gjennomgangen av den akuttmedisinske kjeden i Vestfold har omfattet følgende aktører:

- Kommunale Legevakter
- Ambulansetjenesten (bil, båt og luft)
- Medisinsk nødmeldetjeneste
 - AMK
 - LV sentralene
- ØHD enhetene
- Fastlegene
- Andre helsetjenester i kommunene (omfatter ikke kommunenes plikt til øyeblikkelige omsorgstjenester)
- Utrykning av helsepersonell fra spesialisthelsetjenesten
- Akuttsenteret ved SiV og vakthavende sykehusleger
- Psykisk helse og rus
 - Ambulante akutteam
 - DPSene
 - PFA (Psykiatrisk Fylkes Avdeling)
 - Virksomheter for psykisk helse og rus i kommunene

1.3 Organisering og styring

Styringsgruppe

Styringsgruppen for prosjektet er representanter fra Samhandlingsutvalget supplert med to brukerrepresentanter og klinikkjef for prehospitale tjenester ved SiV:

- Per Grunde Weydahl. Fagdirektør, SiV (leder/ prosjekteier)
- Jon Anders Takvam. Klinikksjef, SiV
- Finn Hall, Klinikksjef, SiV
- Tove Hovland, kommunaldirektør Tønsberg
- Stein Evensen. Kommunalsjef Helse og velferd, Horten kommune
- Hilde Kari Maugesten. Kommunaldirektør Helse og omsorg, Nøtterøy kommune
- Berit Nymoen. Brukerrepresentant
- Mia Marie Norheim. Brukerrepresentant
- Jørgen Einerkjær. Klinikksjef, SiV

Styringsgruppen har i prosjektperioden behandlet mandat, prosjektplan, statusrapport og sluttrapport. Det har i prosjektperioden vært gjennomført 3 møter i styringsgruppen. Nødvendige avklaringer mellom møtene er gjort i en dialog mellom prosjekteier og prosjektleder.

Styringsgruppens medlemmer har bidratt til å forankret prosjektet i sin del av organisasjonen, og bidratt til å få fram nødvendig informasjon/dokumentasjon av betydning for prosjektet.

Prosjektgruppe

Til å lede det praktiske arbeidet med å besvare mandatet er det etablert en prosjektgruppe bestående av ressurspersoner fra fagmiljøene ved henholdsvis SiV og kommunene (inkludert fastlegene) i Vestfold:

- Runar Danielsen. Senterleder, Akuttsenteret, SiV (Prosjektleder)
- Anita Elmer. Prosjektleder, Plan og utvikling, SiV (Sekreteriat)
- Renate Solstad. Kvalitetsrådgiver helse Nøtterøy kommune (Sekreteriat⁷)
- Finn Arthur Forstrøm. Prosjektleder, Analyse, SiV (Sekreteriat)
- Marius Svanevik. Overlege, gastrokirurgisk seksjon
- Gustav Trygve Siqueland. Overlege, infeksjonsmedisinsk seksjon og Akuttsenteret
- Jon Erik Steen-Hansen. Avdelingsoverlege, Prehospital klinikk
- Ove Westgård. Overlege, akuttseksjonen PFA
- Hege Gulliksrud. Seksjonsleder, Ambulant Akutt Team, SVDPS
- Lizeth Lind Jørgensen. PKO, Fastlege Nøtterøy kommune
- Torbjørn Lia. Avdelingssjef, Ambulansetjenesten, SiV
- Eli Hansen. Leder Sandefjord medisinske senter
- Cathrine Aagaard-Nilsen. Enhetsleder Tønsberg interkommunale legevakt
- Dorthe Huse. Kommuneoverlege, Larvik kommune. (Representant for kommune-overlegene)
- Torbjørn Aunan. PKO, Fastlege Horten kommune

Prosjektgruppen har bistått med å innhente data etter nærmere avtale med prosjektleder og sikre at den informasjonen som innhentes er relevant og tilstrekkelig. De har også bistått med å tolke og kvalitetssikre data og informere om prosjektet i sin del av organisasjonen.

Prosjektleder og sekretariat/utredningsbistand

Prosjektleder og sekretariat har organisert arbeidet i prosjektet, sikret fremdrift og leveranser til styringsgruppen, og kommunisert til aktører og prosjektgruppen.

Det er ikke avsatt egen ressurs til prosjektledelse, og en av representantene i sekretariatet gikk ut av prosjektet i januar. Dette har blitt kompensert ved endret arbeidsform og arbeidsfordeling i sekretariatet.

Prosjektgruppen tilføres fagressurser og pasienterfaringer

Det var innledningsvis noe frafall til prosjektgruppemøtene. Det forklares med at flere store parallelle prosesser eller driftsoppgaver har blitt prioritert. På denne bakgrunn ble det besluttet å supplere gruppen med nye fagressurser. På denne måten ble prosjektgruppen tilført tilstrekkelig kompetanse som sikret kvaliteten på innspill og dialog i den valgte arbeidsformen.

For å kunne fordele og utrede spørsmålene i prosjektet på en god og effektiv måte, ble det etablert arbeidsgrupper med hensiktsmessig faglig sammensetning til å besvare de ulike deler av oppdraget i prosjektet. Arbeidsgruppene representerer i denne sammenheng fagmiljøet ved de ulike aktørene som inngår i den akuttmedisinske kjeden i Vestfold. Kombinasjonen av gruppearbeid og plenumsdiskusjoner sikret nyanser og omfang i prosjektgruppens faglige vurderinger og konklusjoner.

De pasientintervju som var gjennomført av sekretariatet ble referert og diskutert i prosjektgruppen. Pasientenes perspektiv og konkrete erfaringer ble således videreført og integrert i prosjektarbeidet.

⁷ Fram til 1.1. 2018 da hun gikk over i lederjobb. Medlem av prosjektgruppen gjennom hele prosjektet.

1.4 Hvordan er resultatet dokumentert

Oppdraget har som angitt bestått av fire hovedelementer:

1. Beskrivelse av *nåsituasjonen* i Vestfold
2. Beskrivelse av myndighetenes og partenes egne *forventninger til den framtidige akuttmedisinske kjeden i Vestfold*⁸
3. *Vurdering* av nåsituasjonen opp mot kravene
4. Forslag til *mål* for den framtidige akuttmedisinske kjeden i Vestfold og *tiltak* for å nå målene

Hovedelement 1, 2 og 3, som danner grunnlag for anbefalingene som gjøres i denne slutt rapporten, er lagt til en egen vedleggsrapport. Utkast til ny delavtale for den akuttmedisinske kjeden i Vestfold er også lagt til som vedlegg.

2. Forslag til mål og tiltak for den framtidige akuttmedisinske kjeden i Vestfold

Vurdering av nåsituasjonen opp mot kravene

Prosjektets oppdrag og avgrensning styrer prosjektgruppen mot utarbeidelse av konkrete mål for fremtidig samhandling i den akuttmedisinske kjeden og anbefalinger av tiltak som kan sikre måloppnåelse. I denne sammenheng er myndighetskravene formelle forpliktelser som pålegger aktørene å innarbeide kvalitet og angitte standarder i sine tjenester. Det er viktig å understreke at de mål og tiltak som prosjektgruppen definerer som fagmiljøets forventninger, fremkommer av faglige diskusjoner, vurderinger og ambisjoner. Motivasjonen for arbeidet har hatt sitt grunnlag i en felles forståelse av at fagmiljøets konkrete anbefalinger kan ha betydning for fremtidige beslutninger i utvikling av den akuttmedisinske kjeden i Vestfold.

Innledningsvis ble det valgt å definere utviklingsområder som en generell første fase for det videre arbeidet mot konkrete mål og tiltak. I denne arbeidsprosessen var prosjektgruppen samlet til et 2 dagers seminar på Eidene senter, Tjøme.⁹ Innlegg fra blant annet prosjektleder for Akuttkjedeprojektet i Telemark¹⁰ bidro til å samle viktig relevant informasjon som grunnlag for Work-shopene de to dagene. I workshops ble deltakerne utfordret på å beskrive forventninger til eget fagmiljø, samt forventninger til de øvrige aktørene i den akuttmedisinske kjeden. I diskusjon og vurderinger ble det markert et prinsipielt skille mellom formelle myndighetskrav og de forventninger som har sitt utgangspunkt i aktørenes lokale fagmiljø.

2.1 Mål

«Kjernen i et fremtidig konsept for den akuttmedisinske kjeden i Vestfold er knyttet til økt pasientsikkerhet ved en forutsigbar, trygg og effektiv samhandling mellom aktørene.»

Ut fra vurdering av nåsituasjonen opp mot myndighets kravene og fagmiljøets forventninger har prosjektgruppen utformet et delmål for hvert av de 10 utviklingsområdene:

⁸ Prosjektgruppen har i arbeidet tolket dette som fagmiljøenes forventninger.

⁹ På det tidspunktet forelå utkast til rapport som svarte opp beskrivelse av *nåsituasjonen* i Vestfold samt myndighetenes krav til den framtidige akuttmedisinske kjeden i Vestfold.

¹⁰ Telemark har ligget forut i tid med et mer oppfattende prosjekt enn hos oss – både ressurs- og tidsmessig. Det er trukket veksler på deres erfaringer og resultater gjennom hele vårt prosjektforløp.

1. Behandlingstilbud og tilgjengelighet ved ØHD er standardisert
2. Pasientene ivaretas på beste effektive behandlingsnivå
3. Akuttsenteret SiV imøtekommer fastsatte krav og forventinger
4. Ambulansetransport gjennomføres til riktig behandlingsnivå
5. Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå
6. Styringsinformasjon for akuttmedisinsk kjede i Vestfold er tilgjengelig
7. Det foreligger nødvendig informasjon og beslutningsstøtte til å gi pasienten forsvarlig behandling, diagnostikk og overvåking
8. Tilbud for «halvøyeblikkelig hjelp-tilsyn» i kommunene er etablert
9. Pasientene er sikret behandling på beste effektive omsorgsnivå – Legevakt
10. Aktørene har nødvendig kompetanse som kreves og forventes i kjeden

2.2 Hvilke tiltak bør iverksettes for å nå målene?

Gjennom prosesser i prosjektgruppen beskrevet over, har fagmiljøene kommet frem til de felles anbefalinger som følger. Anbefalte tiltak er beskrevet i uprioritert rekkefølge og fremgår av tabeller.

Hver tabell inneholder en angivelse av:

- om tiltaket skal oppfylle myndighetskrav eller fagmiljøets forventninger¹¹
- iverksettings- og oppfølgingsansvaret

Iverksettings- og oppfølgingsansvaret for hvert av tiltakene er differensiert med bruk av følgende fargekoder.

Iverksetting- og oppfølgingsansvar:
En samarbeidspartner eller samarbeidspartnerne hver for seg
Flere kommuner i samarbeid
Alle samarbeidspartnerne i kjeden

2.2.1 Behandlingstilbud og tilgjengelighet ved ØHD er standardisert

Det er i varierende grad lege tilstede eller i bakvakt på ØHD på kveld og natt. Dette påvirker muligheten for å legge inn ny pasienter ved ØHD 24/7. Det rapporteres om u hensiktsmessige forløp, der pasienter legges inn på SiV fra legevakt på bakgrunn av at lege ikke er tilgjengelig. Derfor anbefaler prosjektet at kvalifisert lege med ansvar for tilbudet må på plass ved alle ØHD-enheter.

Det er ikke utarbeidet og implementert entydige inklusjons- og eksklusjonskriterier i fylket. Dette skaper usikkerhet og uenighet om hvilke pasienter som er egnet for innleggelse på ØHD. Det er derfor viktig at partene kommer sammen og enes om kriterier som skal være førende og implementeres ved alle ØHD-enhetene i Vestfold. På bakgrunn av kriteriene for innleggelse bør det utarbeides felles planer for opplæring og kompetanseutvikling av leger og sykepleiere ved ØHD-

¹¹ Det understrekes at dette er våre vurderinger. Som det framgår av vedleggsrapportens del 3 er kravene på en del felt uttrykt slik at det er vanskelig å vurdere om et tiltak iverksettes for å oppfylle myndighetskrav. For disse tiltakene har vi satt (x) for å oppfylle myndighetskrav og x for å oppfylle fagmiljøet forventinger.

enhetene som sikrer god kvalitet til pasienter som inkluderes i tilbudet. Det bør også legges like standarder for overvåkning og telemedisin.

Det er ulik oppfatning om og bruk av rutiner for diagnostisk sløyfe i dag. Rutiner er også i for liten grad kjent blant vakthavende leger på SiV, fastleger og legevaktsleger. Prosjektet anbefaler derfor at nytt fagutvalg for ØHD reviderer gjeldende rutine, og lager plan for å gjøre rutinen kjent og implementert hos alle parter.

For å utvikle og evaluere tilbud og samarbeid foreslår prosjektet at det arrangeres regelmessige samarbeidsfora mellom ØHD, akuttsenteret og prehospitaltjenester. I tillegg anbefaler prosjektet av «fagforum for KAD» revitaliseres med representasjon fra ledere ved ØHD og spesialisthelsetjenesten. Representanter oppnevnes av SU.

Gevinster: Bedre kvaliteten på tilbudet. Tilgjengeligheten for innleggelser 24/7. Bedre samarbeid og lik oppfatning om hvilke pasienter som kan innlegges på ØHD. Hensiktsmessig bruk av diagnostisk sløyfe. Tilgang på nødvendige undersøkelser og medisinske vurderinger, og tilbud på ØHD til de rette pasientene.

Tabell 2-1 Tiltak for å nå delmål 1 - Behandlingstilbud og tilgjengelighet ved ØHD er standardisert

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
Sikre tilgjengelig ressurser for innleggelse 24/7	x	
Utarbeide og implementere entydige kriterier for innleggelser		x
-Revidere felles rutine og skape fellesforståelse for bruk av diagnostisk sløyfe.	x	
-Utarbeide felles planer for opplæring og kompetanseutvikling for leger og sykepleiere ved ØHD-enhetene.	x	
-Etablere samarbeidsfora mellom ØHD enhetene, akuttsenteret og prehospitaltjenester.	x	(x)
-Etablere utvalg for ØHD (beslutningsorgan med mandat fra SU) – representasjon fra ledere ØHD-enhetene og spesialisthelsetjenesten.	x	(x)
-Utarbeide felles standarder for overvåkning/telemedisin	x	

2.2.2 Pasientene ivaretas på beste effektive behandlingsnivå

Det er to pasientgrupper med stort volum som prosjektet har valgt å sette ekstra fokus på:

Pasienter i akuttmedisinsk kjede med brystmerter (hjerte/kar-sykdom) og pustesvikt (luftveissykdom). Disse pasientgruppene har et relativt likt omfang gjennom året og på alle ukedager. Noen flere oppdrag med pustesvikt i vintermånedene. En stor andel av disse pasientene blir transportert med høy hastegrad til SiV, og flesteparten transporteres direkte fra hjemmet. Det er behov for å utarbeide nye akuttforløp for disse gruppene i et samarbeid mellom aktørene, og konkretisere hvilke av disse pasientene som kan være egent for ØHD. Det er også behov for investering av nødvendig utstyr for å gjøre relevante medisinske undersøkelser/prøver, og kunne overvåke disse pasientene på legevakt og ØHD.

Det er behov for at det utarbeides behandlingsplaner for kronikere (superbrukere av akuttkjeden), som gjøres kjent for alle i behandlingsskjeden.

Det er behov for en økt bevissthet og at det etableres varslingsrutiner for konkrete akuttforløp (eks. sepsis), og at det etableres et felles screeningverktøy for sepsis som benyttes av alle aktører i kjeden.

Prosjektet foreslår også at pasienter som av ambulansetjenesten triageres med gul eller grønn hastegrad skal tilsees av lege (fastlege eller legevakt) før innleggelse på SiV.

Gevinster: Pasientene får raskere undersøkelse og behandling. Flere pasienter får behandling og overvåkning på ØHD. Det frigjøres kapasitet i akuttsenteret til de dårligste pasientene. Pasienter

som har regelmessig behov for akuttbehandling, får rett behandling på lavest mulig nivå. Færre innleggelse i akuttsenteret uten henvisning.

Tabell 2-2 Tiltak for å nå delmål 2 - Pasientene ivaretas på beste effektive behandlingsnivå

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
-Reviderte pasientforløp for pasienter med brystmerter og pustevikt (stort volum)	x	
-Lege tilser pasienter med gul og grønn hastegrad triage før innleggelse på SiV	x	(x)

2.2.3 Akuttsenteret SiV imøtekommer fastsatte krav og forventninger

Det mangler tilstrekkelig informasjon for medisinske prioriteringer i mottak. Derfor innarbeides revidert prosedyre for triagering i akuttsenteret og gjennomføring av vitale målinger.

Høy aktivitet medfører ofte overbelegg av pasienter i Akuttsenteret. Dette kan føre til lengre oppholdstid for pasienter i mottak, forsinket behandlingsstart og manglende oppfølging/overvåkning. Det utarbeides derfor en tiltaksplan som skal iverksettes ved slike situasjoner. Denne må sees i sammenheng med beredskapsplanen på SiV. I forlengelsen av dette tiltaket er det behov for å iverksette bakvaksordning for sykepleiere i Akuttsenteret, som virkemiddel for å kunne styrke bemanningen på kort varsel ved høy aktivitet.

Det har vært mangelfull oversikt over pasientenes forløp som grunnlag for prioritering av behandlingsressurser. Det innarbeides nå en akuttavle som gir en samlet oversikt over pasientenes forløpstider. En tilpasset og implementert akuttavle er nødvendig for å ivareta pasientsikkerheten og behovet for styringsinformasjon.

For å kunne gjøres raske/gode vurderinger i mottak bør akuttsenteret styrke tilstedeværelse av akuttkirurgisk overlegekompetanse på samme måte som de også har styrket tilstedeværelsen av medisinsk overlege.

For å unngå innleggelse som kan vente til neste dag foreslår prosjektet at det etableres poliklinikk for øyeblikkelig hjelp ved akuttsenteret med åpningstid på formiddagen da det er ledig kapasitet. Ved denne poliklinikken kan pasienter henvises til en utvidet vurdering av behovet for videre medisinsk oppfølging.

Overleger og LIS som går i vakt og mottar akutttinnleggelse på SiV gjennomfører ikke systematisk opplæring og vedlikehold i akuttmedisinske prosedyrer. Derfor foreslår prosjektet at det prioriteres å få en plan for dette på plass, som gjennomføres for alle vakthavende leger innen juni 2019.

Akuttsenteret har krav på seg til å ha et formalisert samarbeid og arenaer med eksterne aktører i kjeden. De bør derfor være en naturlig del av et nettverk der legevakter, prehospitale tjenester og ØHD møtes.

Ved oppstart av nye behandlingsprosedyrer og rutiner på SiV, må det sikres informasjon og opplæring til fastleger og annet helsepersonell i kommunene som skal videreføre behandlingen i hjemmet eller på institusjon.

Gevinst: Bedre kommunikasjon og samhandling med fastlegene. Raske og riktige vurderinger i akuttsenteret, med god kompetanse og tilstrekkelig bemanning. Mindre opphopning av pasienter.

Tabell 2-3 Tiltak for å nå delmål 3 - Akuttsenteret SiV imøtekommer fastsatte krav og forventninger

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
Innarbeide prosedyre for triagering og gjennomføring av vitale målinger.		x
Utarbeide og iverksette tiltaksplan ved stuvning av pasienter.		x
Iverksette bakvaksordning for sykepleiere i akuttsenteret	x	
Etablere ø.hj.poliklinikk på dagtid	x	
Ansette akuttkirurgisk overlegekompetanse	x	
Utarbeide strukturert kompetanseplan i akuttmedisin for leger i vakt		x
Deltar aktivt i formalisert samarbeid med eksterne aktører i kjeden		x
Sikre kommunikasjon og evt. kompetanseoverføring ved nye prosedyrer/rutiner		x

2.2.4 Ambulansetransport gjennomføres til riktig behandlingsnivå

Det er i dag variasjon innad i ambulansetjenesten på hvilke vurderinger som legges til grunn for valg av behandlingsnivå (leveringssted). Det er uklart om det er lege som tar beslutningene. Prosjektet foreslår derfor at det innarbeides klare rutiner for å kvalitetssikre «leveransene», og i denne sammenheng bør det understrekes at legevurderingen står sentralt. Dette temaet bør inngå i den kompetanseutviklingsplanen som omfatter ambulansesarbeiderne.

Det er utarbeidet en prosedyre for råd/veiledning fra AAT/PFA til AMK/ambulansesom i liten grad er kjent og brukes sjelden. Derfor foreslår prosjektet at det settes fokus på å innarbeide denne prosedyre, og at ambulanses/AMK tar kontakt for å få råd ved særlig kompliserte tilfeller eller pasienter som er godt kjent av behandlere i KPR.

Gevinster: Pasientene kommer til rett behandlingsnivå.

Tabell 2-4 Tiltak for å nå delmål 4 - Ambulansetransport gjennomføres til riktig behandlingsnivå

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
Innarbeide klare rutiner for valg av behandlingsnivå og kvalitetssikre at «leveransene» er iht disse .	x	
Utarbeide kompetanseplan og -krav for ambulansesarbeideres vurderinger.	x	(x)
Innarbeide prosedyre som sikrer legevurdering.	x	(x)
Sørge for at prosedyre for råd/veiledning fra AAT/PFA til AMK/ambulanses gjøres kjent og innarbeides.	x	(x)

2.2.5 Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak i kommunene

Det er per i dag få kommuner i Vestfold som har bemannet rus og psykiatritjenester for akutte henvendelser/behov etter kl. 15 på hverdage. Dette fører til at enkelte pasienter er i hyppig kontakt med legevakten på kveld/natt og helg. Prosjektet foreslår derfor å etablere tilbud/beredskap på kveld og helg (lavterskeltilbud) slik at pasienter kan ta kontakt når de har behov for hjelp som ikke kan vente til neste dag. Mange av disse pasientene er kjent av rus og psykiatritjenesten og vil få bedre og mer tilpasset hjelp med et slik lavterskeltilbud enn når de møter ulike leger/sykepleiere på legevakt.

Legevaktene og ØHD-enhetene peker på at de har lite egnede mottaksforhold for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp innen rus og psykiatri. Det er vanskelig å skjerme de aktuelle pasientene og medpasienter, og overholde taushetsplikten. Mange av pasientene er utagerende. Dårlig mottaksforhold og for lav kompetanse kan medføre situasjoner som kommer ut av kontroll

og politi må tilkalles. Det fremkommer at legevaktene og ØHD-ene har for lav kompetanse på denne pasientgruppen. På bakgrunn av dette anbefaler prosjektet at det nedsettes en gruppen som vurderer om en felles LV og ØHD i Vestfold for psykiatri og rus bør etableres for å få et bedre tilbud med egnede mottaksforhold og god kompetanse.

Det er behov for psykiatrikompetanse i andre kommunale tjenester (eks. hjemmetjeneste og helsestasjon) når det oppstår situasjoner eller brukere har behov som er relatert til rus og psykiatri. Det foreslås derfor at det etableres rutiner i alle kommuner for å bruke ressurser med denne kompetansen på tvers av virksomhetene.

Pasienter med rus og psykiatrilidelser som har akutt behov for helsehjelp kan det være uheldig å transportere til legevakt for så å innlegges i SiV. Flere transportetapper og ventetid på legevakt kan forverre pasients tilstand. Det gir ofte bedre bakgrunn for vurdering av pasienten om lege gjør undersøkelse og observasjon der han/hun oppholder seg til daglig (i eget miljø). Prosjektet mener det bør utarbeides rutiner for hvordan lege og AAT kan foreta undersøkelser i hjemmet, og gjerne med kommunale tjenester tilstede.

Tabell 2-5 Tiltak for å nå delmål 5A - Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak i kommunene

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
-Etablere tilbud/beredskap på kveld og helg (lavterskel)	x	
-Vurdere om felles LV og ØHD i Vestfold for psykiatri og rus bør etableres	x	
-Gjennomføre opplæring som sikrer kompetanse for vurdering og varsling av annen aktør (LV, virksomhet innen KPR)	x	
-Etablere rutiner for bruk av ressurser med rus og psykiatrikompetanse på tvers av virksomhetene i kommunene	x	
-Sørge for at behovet for at pasienter vurderes av lege i hjemmet ivaretas.	x	(x)

2.2.6 Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak i SiV

Aktører i kommunen gir tilbakemelding på at det kan være for lang ventetid før AAT kan komme og gjøre vurdering av pasientene. Åpningstiden til AAT er til kl. 22, og mange av pasientene henvender seg på legevakt sent på kveld og natt. Det er derfor behov for å utrede om det er behov for å styrke bemanningen og utvide åpningstiden til AAT. God tilgjengelighet gir muligheter for bedre samhandling og kompetanseutveksling. AAT gir veiledning til andre aktører i kjeden, og bruk av lovverket ved henvisning er et område som leger trenger veiledning i.

Gevinst: Gir pasientene raskere helsehjelp (mindre ventetid). Bør redusere innleggelse i sykehus.

Det er ikke egen vaktordning på kveld/natt og helg for BUP. Barn og ungdom som trenger akuttinnleggelse etter kl. 14 blir henvist til PFA. De blir overført til BUP-døgn neste dag eller over helgen. Prosjektet anbefaler at det vurderes å etablere egen vaktordning for BUP, med leger som er spesialist eller har kompetanse i barne- og ungdomspsykiatri.

Gevinster: Økt kompetanse innen psykisk helsevern for befolkning under 18 år både ved mottak og veiledning av pasienter (og pårørende).

Under kartlegging av pasientstrømmer fremkom det at fastleger i liten grad blir oppdatert eller mottar dokumentasjon under langvarig oppfølging og behandling på SiV (det gjelder særlig ved poliklinisk oppfølging på DPS). Det er behov for at SiV innarbeider rutiner for dette slik at fastleger er oppdatert når pasientene kommer til konsultasjon.

SiV har et undervisnings- og opplæringsansvar etter Spesialisthelsetjenesteloven. Av kapasitetshensyn har avdelinger i KPR måttet si nei til henvendelser fra kommunene. Prosjektet

anbefaler derfor at KPR utarbeider systematisk kompetansetiltak for kommunene som når flere deltakere, og at DPS ene tilbyr mer undervisning til kommunene når behovet er der.

Gevinster: Bedre samhandling og kompetanse.

Tabell 2-6 Tiltak for å nå delmål 5B - Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak i SiV

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
Utrede behov for større kapasitet og utvidet åpningstid ved AAT.	x	
Vurdere behov for egen vaktordning for BUP.	x	
Sikre rutiner for oppdatering av fastleger om langtidspasienter (dokumentasjon)		x
KPR imøtekommer kommunes behov for undervisning – utarbeide systematiske tiltak som når flere.		x

2.2.7 Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak generelt

Det er registrert manglende tillit mellom aktører i kjeden, og prosjektet anbefaler derfor at aktørene prioriterer tiltak som bedrer innsikt og tillit til det arbeid som utøves i den akuttmedisinske kjeden. Hospitering og andre kompetansedelingstiltak vil fremme dette. Det fremkommer også at aktører i sykehus og kommuner har for lite kjennskap til lovverket som regulerer bruk av tvang og krav til rus- og psykiatritjenestene i kommuner og sykehus.

Gevinster: Økt kompetanse og tillit mellom aktørene.

Det er få som har tilgang til pasientenes kriseplaner når det er behov for akutt helsehjelp. Det er derfor behov for at det foreligger informasjon i kjernejournal om at det foreligger en kriseplan, og hvor den kan innhentes. Dette bør være dokumentert i kjernejournal som kritisk informasjon. Det bør også utarbeides kriseplan/samhandlingsplan for helsepersonell for de pasientene som benytter akuttkjeden regelmessig. I denne planen bør det fremgå hvilke individuelle tiltak som bør iverksettes på bakgrunn av symptombildet.

Gevinster: Bedre og tettere samarbeid om de psykiatriske pasientene. Bedre kommunikasjon som sikrer pasientene best mulig behandling på beste/riktig nivå.

Tabell 2-7 Tiltak for å nå delmål 5C - Pasienter innenfor rus og psykiatri behandles på beste effektive omsorgsnivå – Tiltak generelt

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
Finne frem til tiltak som bedrer tilliten mellom aktørene, og hverandres vurderinger (eks. hospitering).	x	
-Gjennomføre opplæring for alle aktører i lovverk som regulerer henvisning, bruk av tvang og krav til aktørene i kommune og sykehus.		x
-Sikre at informasjon om kriseplaner er tilgjengelige i kjernejournal.	x	

2.2.8 Styringsinformasjon for akuttmedisinsk kjede i Vestfold er tilgjengelig

Under kartlegging og beskrivelse av nåsituasjonen for akuttmedisinsk kjede ble det tidlig klart at det er vanskelig å fremskaffe styringsdata. For å kunne følge utvikling og gjøre evaluering av akuttmedisinsk kjede må det fremskaffes styringsdata for pasientflyt, kapasitetsutnyttelse og kvalitet for alle aktører, og gjøre dataene tilgjengelig på tvers av kjeden.

Gevinster: Aktørene har tilgang til den samme styringsinformasjonen. Det vil gi muligheter for å måle effekter av iverksatte tiltak.

Tabell 2-8 Tiltak for å nå delmål 6 - Styringsinformasjon for akuttmedisinsk kjede i Vestfold er tilgjengelig

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
-Fremskaffe relevante styringsdata for pasientflyt, kapasitetsutnyttelse og kvalitet i akuttmedisinsk kjede.	x	
-Gjøre dataene tilgjengelig på tvers av aktørene.	x	

2.2.9 Det foreligger nødvendig informasjon og beslutningsstøtte til å gi pasienten forsvarlig behandling, diagnostikk og overvåking

Noen av aktørene har innført ABCDE og NEWS som verktøy for måling av vitale parameter og vurdering av pasientens tilstand. For at målinger og vurderinger skal gjøres på samme grunnlag foreslår prosjektet at disse verktøyene innføres for alle aktører i kjeden.

Da vi per i dag ikke har felles dokumentasjonssystem på tvers av helsetjenestenivåene, har prosjektet et forslag om å innføre et enkelt dokumentasjonssystem for nødvendig informasjon, for å kunne gjøre raske og gode vurderinger. Frem til et felles elektronisk system foreligger foreslår prosjektet å innføre dokumentasjonsark som følger pasient i akuttkjeden. (innhente erfaringer med dette fra Telemark).

Det fremkommer i prosjektet at det er ulik praksis og at noen mangler tilgang til å gjøre oppslag i kjernejournal. Det er derfor viktig å få på plass tilganger og innføre rutiner for oppslag i kjernejournalen for alle aktører i akuttmedisinsk kjede.

Gevinster: Mer effektiv kommunikasjon og bedre grunnlag for triagering. Trygghet mellom aktørene.

Tabell 2-9 Tiltak for å nå delmål 7 - .Det foreligger nødvendig informasjon og beslutningsstøtte til å gi pasienten forsvarlig behandling, diagnostikk og overvåking

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
Vedta og implementere felles verktøy for målinger, observasjoner	x	
-Utarbeide og implementer felles dok.system for nødvendig informasjon for å gjøre raske og gode vurderinger. Dokumentasjonsark som følger pasienten. (innhente erfaringer fra Telemark)	x	
Sikre tilganger og rutiner for oppslag i kjernejournal		x

2.2.10 Tilbud for «halvøyeblikkelig hjelp-tilsyn» i kommunene er etablert

Fastleger opplever at det mangler et tilbud i kommunene for de tilfeller der det er akutte behov som ikke nødvendigvis krever innleggelse i sykehus eller på institusjon. Det kan være behov for observasjon og tilsyn til pasienten i en avgrenset periode før tilstanden har stabilisert seg igjen. Per i dag er det vanskelig å få et slikt tilbud uten søknad og vedtak om tildelte tjenester. Prosjektet anbefaler at det etableres tilbud i kommunene for pasienter med forverret tilstand med og uten tildelte tjenester i form av hjemmetjeneste eller oppfølging av innsatsteam. Ledere i hjemmetjenesten må involveres i dette tiltaket, og se på muligheter for samarbeid med legevaktbil til vurdering av pasienter for de som er tilknyttet Tønsberg LV.

Gevinster: Flere pasienter kan behandles hjemme. Trygghet for hjemmetjenesten i beslutning og gjennomføring av tiltak.

Tabell 2-10 Tiltak for å nå delmål - Styringsinformasjon for akuttmedisinsk kjede i Vestfold er tilgjengelig

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
-Etablere tilbud i kommunene for pasienter med forverret tilstand med og uten tildelte tjenester (hj.tjeneste, innsatsteam el.)	x	

2.2.11 Pasientene er sikret behandling på beste effektive omsorgsnivå – Legevakt

Det brukes ulike beslutningsverktøy på legevakter, AMK og sykehus i dag. Prosjektet anbefaler at det vedtas å implementere felles verktøy for disse aktørene. Beslutningsverktøyet vil gi leger støtte i den medisinske avklaringen, og det vil være lettere å kommunisere og bli enige om behandlingsnivå med like verktøy.

Gevinster: Økt sikkerhet i samhandlingen om pasientene. Færre sykehusinnleggelse.

Det bemannes 4 legevaktsentraler for 116 og 117 i Vestfold i dag. Svartiden på legevakten kan for pasientene oppleves å være for lang. Prosjektet foreslår derfor å etablere en felles legevaktsentral.

Gevinster: Reduksjon av kostnader og mindre variasjon på kvalitet og kompetanse i tjenesten (kortere svartid og mindre variasjoner på veiledning som gis).

Det er i dag mange leger som deltar i legevakt, men det er ikke innarbeidet noen form for obligatorisk deltakelse i planer for kompetanseutvikling. Unntaket er kurs i akuttmedisin som arrangeres i regi av legeföreningen. For å sikre kompetanse for leger og sykepleiere i legevakt anbefales det å kjøre regelmessige kurs, og øvelse i tverrfaglige team.

Gevinster: Øker kvaliteten på tjenesten. Sikrer i større grad riktig vurdering av pasienter i akuttmedisinske kjede.

Legevaktene er sentrale i den akuttmedisinske kjede, og det er derfor viktig at de deltar i hensiktsmessige samarbeidsarenaer med andre aktører regelmessig.

Gevinster: Bedre samhandling, og utvikling av et godt og sikkert tjenestetilbud.

Tabell 2-11 Tiltak for å nå delmål 8 - Pasientene er sikret behandling på beste effektive omsorgsnivå – Legevakt

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
-Vedta og implementere felles beslutningsverktøy ved legevaktene, AMK og sykehus.	x	
-Vurdere felles legevaktsentral i Vestfold.	x	
-Sikre kompetanse i akuttmedisin for alle leger og sykepleiere. (tverrfaglig i team).	x	x
Sikre hensiktsmessige samarbeidsarenaer med andre aktører.		x

2.2.12 Aktørene har nødvendig kompetanse som kreves og forventes i kjeden

Som nevnt under flere av de andre delmålene er det behov for å sikre nødvendig kompetanse for faglig vurdering, og henvisning til annen aktør i akutte situasjoner på alle nivåer i kjeden (inkludert hj.spl. og sykehjem). Det er derfor behov for at alle aktører har kompetanseplaner med tiltak som gjennomføres for alle ansatte. Enkelte av tiltakene kan med fordel arrangeres på tvers av aktørene i kjeden. Kompetanseplaner bør inneholde teori og øvelse i praktiske ferdigheter, gjerne i team.

Det er også behov for å gjennomføre tiltak for å utvikle kjennskap og kompetanse til hverandres rutiner og forutsetninger (eks. hospitering, felles konferanser.). Dette kan gjøres ved f.eks. felles

fagkonferanse/workshops en til to ganger i året. I tillegg er det viktig at aktørene gjør seg kjent med hvilken kompetanse som finnes på de ulike nivåene.

Gevinster: Økt forståelse for pasientkjeden og aktørenes rolle. Pasienten vil oppleve mer kongruent behandling og trygghet for at kompetansen er ivaretatt mellom aktørene.

Tabell 2-12 Tiltak for å nå delmål 10 - Aktørene har nødvendig kompetanse som kreves og forventes i kjeden

Tiltak	Foreslås ut fra:	
	Forventninger fra fagmiljøet	Myndighetskrav
-Sikre nødvendig kompetanse for faglig vurdering, og henvisning til annen aktør i akutte situasjoner. På alle nivåer i kjeden(inkludere hj.spl. og sykehjem)		x
-Gjennomføre tiltak for å utvikle kjennskap og kompetanse til hverandres rutiner og forutsetninger (eks. hospitering, felles konferanser)	x	

3. Prosjektgjennomføring

3.1 Gjennomføring i forhold til prosjektplan

Tabell 3-1 Milepælsplan for prosjektet. (Fra prosjektplanen M2¹²)

Nr.	Milepæl	Dato	Ansvarlig
M1	Når organisering og mandat for arbeidet er vedtatt/godkjent	12.05.2017	Styringsgruppe
M2	Når det foreligger en godkjent plan for arbeidet, inkludert en plan for kommunikasjon(1)	15.09.2017	Styringsgruppe
M3	Når det foreligger en godkjent beskrivelse av nåsituasjonen (jfr. spørsmålene 1 og 2 i mandatet)	15.12.2017	Styringsgruppe
M4	Når det foreligger et godkjent dokument som både beskriver eksterne aktørers (myndigheter) og partenes egne krav til den akuttmedisinske kjeden i Vestfold (inkludert kravene til hver enkelt av partene) (jfr. spørsmålene 3 og 4 i mandatet)	15.12.2017	Styringsgruppe
M5	Når det foreligger et godkjent dokument som analyserer og vurderer forholdet mellom kravene til den akuttmedisinske kjeden og nåsituasjonen (jfr. spørsmål 5 i mandatet)	15.02.2018	Styringsgruppe
M6	Når det foreligger et godkjent dokument som beskriver det framtidige målet for den akuttmedisinske kjeden i Vestfold (jfr. spørsmål 6 i mandatet)	15.02.2018	Styringsgruppe
M7	Når det foreligger et første utkast til dokument med forslag til tiltak for å nå målene i M 6 (jfr. spørsmål 7 i mandatet)	15.04.2018	Styringsgruppe
M8	Når det foreligger et første utkast til delavtale for den akuttmedisinske kjeden i Vestfold (jfr. spørsmål 8 i mandatet)	15.04.2018	Styringsgruppe
M9	Når det foreligger et første utkast til sluttrapport med svar på alle spørsmålene i mandatet	10.05.2018	Styringsgruppe
M10	Når det foreligger en godkjent sluttrapport – med svar på alle punktene i mandatet	01.06.2018	Styringsgruppe

Prosjektet leverer utkast til sluttrapport 15 juni 2018 og rapporten behandles i styringsgruppemøtet 22. juni 2018. Milepælene 4-9 er forskjøvet noe i samråd med prosjekteier. Det gjenstår ingen leveranser fra prosjektet.

M3 der prosjektet gjennomførte kartlegging av nåsituasjonen, ble arbeidet gjennomført i arbeidsgrupper. I dette arbeidet ble det som tidligere nevnt, vurdert som nødvendig å supplere arbeidsgruppene med utvalgte representanter fra aktørene. Kartlegging av aktørene ble gjennomført i tre arbeidsgrupper der deltakerne ble inndelt fra kommunale tjenester, somatikk SiV, og psykiatri og rus.

Ved kartlegging av utvalgte pasientstrømmer ble det nedsatt fire arbeidsgrupper på tvers av tjenestenivåer og aktører. Kartleggingen ble gjennomført ved hjelp av et felles prosessverktøy (Excel) og spørreskjemaer til aktørene. For å supplere informasjonen om nåsituasjonen til den akuttmedisinske kjede, ble det gjennomført 5 kvalitative intervjuer av brukere/pasienter og 1 intervju av pårørende. Dette for å få med erfaringene til pasienter som har benyttet akuttkjeden ved flere tilfeller, og hvilke forventninger de har.

¹² NB! Spørsmålene er her er nummert 1-8. I avsnitt 1.2 er det «renummerert» til A:H som underpunkt til de fire hovedelementene.

Sekretariatet har fremskaffet og oppsummert de myndighetskrav som har relevans for samhandlingen i den akuttmedisinske kjede.

Prosjekt hadde en prosjektsamling over to dager i januar 2018 der prosjektgruppen var samlet og gjennomførte arbeid i grupper for å besvare M4 og M5. Sekretariatet har bedt om innspill fra prosjektgruppen til de øvrige spørsmålene prosjektet skulle besvare, og lagt til rette for diskusjon og dokumentasjon gjennom 9 prosjektgruppemøter.

Basert på mål og tiltak i prosjektet, har prosjektet laget utkast til revidert delavtale for den akuttmedisinske kjede.

Samarbeid med interessenter

Innledningsvis i prosjektet ble det sendt ut informasjon til alle kommuner, klinikker på SiV og brukerutvalg. I tillegg ble det lagt ut informasjon om prosjektet i Praksisnytt og på SiVs intranettsider. Under kartleggingene i første fase i prosjektet, var det hyppig kommunikasjon med alle aktører i kjeden for å innhente tilstrekkelig informasjon.

Prosjektet har hatt flere møter og regelmessig kommunikasjon med pågående prosjekt, Klinikk psykisk helse og rusbehandling – akuttkjeden KPR 2018-2021. Det har vært gjort sortering av hva som skal ivaretas i de to prosjektene og kartleggingsdata er gjort tilgjengelig for begge prosjekter.

Kommunikasjon fra prosjektledelsen har i siste fase har vært konsentrert om prosjektgruppen og alle aktivitetene som er beskrevet i kommunikasjonsplanen er ikke fullt ut gjennomført. Prosjektledelsen er motivert for en eventuell videre innsats for å kommunisere beskrivelser og anbefalinger videre dersom styringsgruppen finner dette hensiktsmessig.

3.2 Prosjektregnskap

Regnskap		Finansiering	
Kostnadsart (Hovedposter)	NOK	Kilde	NOK
Div. driftskostnader Reise, kaffe	5 000,-	Fagavdeling, SiV, 788000	5 000,-
Driftskostnader: Seminar 18-19 januar 2018	36 465,-	Fagavdeling, SiV, 788000	36 465,-
SUM	41 465,-	SUM	41 465,-

Alle fagpersoner i prosjektet har deltatt i sin ordinære arbeidstid og kostnadene er i hovedsak knyttet til fellessamling for 19 deltakere 18-19 januar, samt mindre beløp til bevertning og reise.

3.3 Viktige erfaringer

Prosjekteier og prosjektledelsens tilhørighet og lokalisering av møteaktivitet på SiV, kan i noen grad ha bidratt til ulikhet med hensyn til opplevd eierskap for prosjektets mandat. Det er for øvrig viktig å understreke at disse forhold ikke har hatt betydning for motivasjon, samhold og aktivitet i prosjektgruppens arbeidsfaser.

Gode samarbeidsforhold og tilgjengelighet mellom prosjektleder og prosjekteier har bidratt til avklaringer og fremdrift.

3.3.1 Suksessfaktorer

Et konkret mandat gav grunnlag for forutsigbarhet og motivasjon i prosjektet. Valgt arbeidsform med arbeidsgrupper, felles diskusjoner og work-shops, har gitt gode resultater i form av innleverte rapporter og aktivitet i prosjektgruppen. Tidlig fastsatt møteplan og struktur i forhold til arbeidsoppgaver og forventninger har også vært en nødvendig betingelse for å kunne samle en betydelig gruppe ressurspersoner innen ordinær arbeidstid.

Samarbeidet med Akuttkjedeprosjektet i Telemark har vært en styrke for vårt arbeid i Vestfold. Vår prosjektgruppe har vært representert ved dagssamling i Skien, og prosjektledelsen i Telemark har ved to anledninger deltatt på tilsvarende arrangement i Vestfold.

Prosjektsamling og work-shops på Eidene senter 18-19 januar 2018 ble meget vellykket. Gruppen ble godt samkjørt gjennom disse to dagene og det ble lagt et viktig grunnlag for prosjektets videre arbeid med gap analyse, utviklingsområder, mål og tiltak.