



# Strategi for kompetansegruppen

Bruk av «Theory of change» for å se sammenhengen mellom tiltak og mål



FOSEN HELSE IKS



Kommunene:

- Eirik Aronsen (Fosenregionen)
- Kirsti Selstad (Orklandsregionen)
- Elise Vesterhus (Trondheim kommune)
- Ingjerd Tuset (Værnesregionen)

St. Olavs hospital:

- Vigleik Jessen
- Mari Lien Omstad
- Lars Erik Laugsand
- Runar Asp

# Hva er «Theory of change»?

- Alle tiltak bør en underliggende forestilling om kausalitet.
- **Forandringsteorien er den logiske koblingen mellom hva man gjør i et prosjekt eller et program og hvorfor man gjør det.**
- Fokuserer på de viktigste dimensjonene ved tiltaket for å nå målene man har satt seg.
- Gjør det mulig å utvikle et enkelt, fokusert og funksjonelt monitorerings- og evalueringssystem.
- En god forandringsteori er meningsfull, plausibel, realiserbar, testbar og målbar
- Beskrive det implisitte eksplisitt

		1. Formulere hensikt
		2. Identifisere mål (effekt, resultat og utfall)
	Strategisk planlegging	3. Ta i bruk forandringsteori
		4. Identifisere indikatorer
	Resultatoppfølging	5. Oppfølging av resultat og effekter
		6. Analysere og rapportere resultat og effekter
Resultatbasert styring		6. Integrere utredningsarbeidet i virksomheten
		7. Anvende og styre ut fra resultatinformasjon

## Ressurser

## Aktiviteter

## Utfall

## Resultater

## Effekter

## Visjon

Optimal pasientflyt gjennom god samhandling som håndterer fremtidens demografiske utvikling

Teknologi

Prosjektledere

Analysekapasitet i analysegruppen

Kompetansegruppe

Pasient / Pårørende / nettverk og frivillig

Fastleger

Søke midler til finansiering av prosjekter

Helsefelleskap

Kommunalt ansatte og ledelse

Sykehusets ansatte og ledelse

Ta i bruk samhandlingsteknologi

Gjennomføre erfaringskonferanse nr. 2

Utarbeide nødvendige kvalitetsindikatorer, som det rapporteres jevnlig på

Forbereder og gjennomfører prosjekt pasientsentrert helsetjenesteteam (forsterket utskrivningsteam)

Samhandling ved kapasitetsoverskridelse, og kjente sesongvariasjoner, samt lokale eskaleringsplaner i kommunene

Implementere helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre

Kommunene etablerer rutiner for tidlig tverrfaglig vurdering og avklaring av pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter sykehusoppholdet.

Etablere metodikk for å effektivisere pasientforløp i korttidsopphold

Utarbeide kommunikasjonsplan

Identifisere og forebygge begynnende skrøpeligheit

Interkommunalt samarbeid om kapasitet på korttidsplasser i Helsefelleskapet

Økt tillit mellom aktørene i pasientflyten

Faktagrunnlag for evaluering og videre oppfølging av pasientflyt

Etablert møteplasser

Individualisert pasientbehandling

Tidligere avklaring av pasienter

Bedre oversikt over status, trender og flaskehals

Kontinuerlig forbedring og organisasjonslæring

Bedre ressursutnyttelse

Buffer i systemet / fleksibilitet for å håndtere kapasitetsutfordringer

Bedre samhandling mellom kommune, sykehus, fastlege pasient og pårørende

Bedre utnyttelse av kommunale korttidssenger

Økt faglig samarbeid på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten

Antall UKP-døgn per år <= 1000

Andel UKP med opphold 0 døgn >= 90%

Gjennomsnittlig liggetid som UKP <= 2 døgn

Andel UKP som reiser rett hjem >= 30 %

Andel re-innleggelse < 30 døgn <= 16%

Redusere liggetid på Øya HH med 20% . Kommuner forøvrig effektiviserer pasientforløpet på korttidsavdeling for å redusere liggetid

Blant de beste i landet innen utgangen av 2025 for UKP i somatikken

Flere pasienter får rett behandling på rett sted til rett tid

Flere pasienter håndteres i hjemmet

Koordinerte og helhetlige pasientforløp som ivaretar individuell pasientbehandling

Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
<b>1. Utarbeide nødvendige kvalitetsindikatorer, som det rapporteres jevnlig på</b>	1.1 I samarbeid med analysegruppa definere et sett av kvalitetsindikatorer som ønskes bygd inn i et samhandlingsdashboard i Helseplattformen. Sende bestilling til Helseplattformen om å utarbeide et samhandlingsdashboard med KPI 1-5	Innen 1.5.24	Høy	Middels	Kompetansegruppen & Analysegruppen
	1.2 Utarbeide mal for rapportering, herunder rapporteringsfrekvens på KPI 1-5.	Avhengig av 1.1	Høy	Lite	Kompetansegruppen & Analysegruppen
	1.3 I samarbeid med analysegruppe vurdere videre håndtering av KPI 6, og eventuell annen styringsinformasjon (viktige indikatorer)	15.3 – 1.9.2024	Høy	Lite	Kompetansegruppen & Analysegruppen
	1.4 Det rapporteres månedlig på KPI 1,2,3	Innen 22.3.2024	Middels	Lite	Ansvarlig
		Dato - dato	Høy	Lite	Ansvarlig

Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
<b>2. Forbereder og gjennomfører prosjekt pasientsentrert helsetjenesteteam (forsterket utskrivningsteam)</b>	2.1 Utarbeide mandat med metodikk, tidsrom, organisering	Innen 20.02.24	Høy	Lite	Kompetansegruppen
	2.2 Utarbeide en konseptskisse som beslutningsgrunnlag til ASU og de respektive deltagende virksomhetene	15.2.24 – 5.6.24	Høy	Middels	Prosjektgruppen (Tone Beate Svee, Lisa Estensen, Lars E. Laugsand, Stine Vinsensbakk, 2 stk St. Olavs, prosjektleder)
	2.3 Beslutning om pilotprosjekt	Innen 01.07.24	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig
	2.4 Oppstart av pilotprosjekt	Innen 01.09.24	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig

Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
<b>3. Samhandling ved kapasitetsoverskridelse, og kjente sesongvariasjoner, samt lokale eskaleringsplaner i kommunene</b>	3.1 Utarbeide en overordnet plan i Helsefellsskapet for kapasitet, kapasitetsoverskridelse og kjente sesongvariasjoner som grunnlag for kapasitetshåndtering. Avklare hva som er "kjente" variasjoner og hva som er sammenfall av tilfældige variasjoner	Innen 1.6.24	Høy	Middels	Runar + Eirik
	3.2 Utarbeide lokale eskaleringsplaner	Innen 1.10.24	Middels	Middels	Den enkelte kommune og St. Olavs hospital
	3.3 Fremskaffe gode eksempler på eskaleringsplaner som kommunene oppfordres til å benytte	Innen 1.6.24	Middels	Lite	Kompetansegruppa
	3.4 samarbeidsmøter St. Olavs + Trondheim	Innen 15.3.24	Middels	Lite	Trondheim kommune + St. Olavs hospital
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig

Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
4. Etablere metodikk for å effektivisere pasientforløp i korttidsopphold	4.1 Trondheim kommune deler metodikk og resultater etter egen prosess for effektive pasientforløp i korttidsopphold	1.3.24 - 31.12.24	Middels	Lite	Trondheim kommune
	4.2 Gjennomføring av workshops hvor Trondheim kommune inviteres inn til kommunegruppene for å presentere metodikk og resultater	1.3.24 - 31.12.24	Middels	Middels	Kommunegruppene
	4.3 Den enkelte kommune vurderer å etablere metodikk for å kartlegge og effektivisere pasientforløp i eget korttidsopphold	1.6.24 – 31.12.24	Middels	Stort	Den enkelte kommune
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig



Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
<b>5. Implementere helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre (del 1 av 2)</b>	5.1 CFS bygges inn i Helseplattformen Sykehus og kommuner må bestille med riktig flyt og arbeidsflate  Må harmoniseres mellom kommune og sykehus	Innen 1.6.24	Høy	Middels	St. Olavs og den enkelte kommune
	5.2 Gjennomføre undervisning ved å benytte eksisterende undervisningsmaterieill	Innen 1.9.24	Høy	Middels	St. Olavs og den enkelte kommune
	5.3 Ta i bruk CFS skåring i sykehus, kommunale enheter og fastleger	Innen 1.9.24	Middels	Middels	St. Olavs og den enkelte kommune
	5.4 Akuttmottaket starter med seleksjon av pasienter til geriatri	Innen 01.03.24	Høy	Middels	St. Olavs hospital
	5.5 Alle kommuner sikrer <b>at innleggelsesrapport</b> (for alle pasienter som er kjent for kommunen fra før) inneholder 17 punktlister med informasjon om funksjonsnivå, IPLOS og CFS	1.5.24 – 1.10.24	Høy	Middels	Den enkelte kommune

Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
<b>5. Implementere helhetlig pasientforløp for skrøpelige eldre (del 2 av 2)</b>	5.6 Sikre at alle sykehusavdelinger varsler fastlege om innleggelse av pasienter >70 år	Innen 1.9.24	Høy	Middels	St. Olavs hospital
	5.7 Sikre bedre kvalitet på informasjonsutveksling: for kommunen; innleggelse-rapport, rask svar på melding om utskrivningsklar for sykehuset; helseopplysning og epikrise (kommuner og sykehus skal gi status i ASU 19.06.24 om hvordan det jobbes med dette)	1.5.24 – 1.10.24	Høy	Middels	St. Olavs og den enkelte kommune
	5.8 Sikre at hver kommune starter planlegging av videre tjenestebehov basert på normaltillstand	Dato - dato	Høy	Middels	Den enkelte kommune
	5.9 Utvikle strukturert egenrapportering til HPF i HelsaMi	Dato - dato	Lav	Lite	Ansvarlig
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig

Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
<b>6. Kommunene etablerer rutiner for tidlig tverrfaglig vurdering og avklaring av pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter sykehusoppholdet.</b>	6.1 Ved nye pasienter innlagt på sykehus, som er ukjent for kommunen, men der det antas behov for kommunale tjenester skal sykehuset varsle kommunen ved "melding om innlagt pasient"	Innen 1.9.24	Høy	Lite	St. Olavs hospital
	6.2 Ved melding om innlagt pasient hvor pasienten er ny for kommunen eller innholdet i meldingen indikerer at det er større endringer i pasientens funksjonsnivå iverksettes tverrfaglige drøftingsmøter i kommunen.	Innen 31.12.24	Høy	Lite	Den enkelte kommune og St. Olavs hospital
	6.3 Tverrfaglig kartleggingsmøte for pasientgruppene i tiltak ovenfor avholdes på sykehuset ved behov så snart som mulig etter mottatt melding om innlagt pasient. Dette kan eventuelt gjøres digitalt	Innen 31.12.24	Høy	Lite	Den enkelte kommune og St. Olavs hospital
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig

Aktivitet	Tiltak	Tidsrom	Prioritet	Omfang	Ansvarlig enhet
<b>7. Interkommunalt samarbeid om kapasitet på korttidsplasser i Helsefelleskapet</b>	7.1 Det utarbeides avtale for gjensidig utnyttelse av eksisterende kapasitet i sykehjem for kommunene i helsefellskapet. NB. Etske aspekter knyttet til enkelte pasientgrupper som terminale og delir	Dato - dato	Middels	Stort	Kommunene
	7.2 Etablere møtepunkt der kommunene delere informasjon om kapasitet til å ta i mot pasienter fra andre kommuner.	Dato - dato	Middels	Lite	Kommunene
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig
	Tiltak	Dato - dato	Høy / Middel / Lav	Stort / Middels / Lite	Ansvarlig