|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Handlingsplan for LSU Ringerike 2022-2023** |  | **Godkjent** **Revidert**  |
| **Ansvarlige** | **De enkelte representanter i LSU** |
| Overordnet prinsipp | Pasientenes helsetjeneste Likeverdige helsetjenesterDet utadvendte sykehusSammenhengende tjenestetilbud |
| **Innsatsområder** | **MÅL**  | **TILTAK**  | **ANSVAR**  | **FRIST** | **STATUS** |
| 1. **Overordnet**
 |  |  |  |  |  |
| * 1. **Samarbeidsavtaler**
 | Oppdaterte og fungerende samarbeidsavtaler mellom VVHF og kommunene | * Oversikt over avtalene
* LSU orienteres i møtene om status en gang pr år
 | AU LSU |  | Legge inn link om overordna avtale |
| * 1. **Utskrivningsklare pasienter**
 | VVHF - Følge opp dialog og tiltak med kommunene for å iverksette tiltakHelhetlig pasientflytPlanlegge fremtidige tjenester | * God samhandling mellom kommunene og RS slik at kommunene kan jobbe best mulig for å ta imot de utskrivningsklare pasientene i hver kommune.
* Punkt på agendaen i koord.møtene
* Utveksling Avd. ledere og tildelingskontor i kommunene
 | KommunenSykehuset |  | Hvordan ha en godsamhandling mellom kommunen og sykehuset? Ved behov for smarhandlimnhgkan begge parter ta kontakt ofr å ta initiatib til møte. Fastlegen ønsker også å inviteres inn hvis det er pasientmøter |
| 1. **Skrøpelige eldre**
 |  |  |  |  |  |
|  | «Leve hele livet»Aldersvennlig kommune | Koordinert oppfølging med et planlagt løp i kommunene og et planlagt forløp for sykehustjenesterAvansert klinisk spl kan kartleggeKoordinator  |  |  | KlinObs; grunnleggende opplæring for alle i plei- og omsorg. Demensteam i kommunene |
|  |  |  |  |  |  |
| 1. **Personer med flere kroniske lidelser**
 |  |  |  |  |  |
| * 1. **FAST**
 | Felles ansvar, samtidige tjenesterIdentifisere pasienter med store behov for å forebygge forverringer og bedre livskvalitet | * Vi skal flytte fra KOLS til hjertesvikt behandlingsplan
* Hvordan sikre helhetlige pasient forløp? - pågående
 |  |  | Prosjektet har stoppet opp |
|  | Pakkeforløp Kreft – hjem  | Forventet oppstart høsten 2022 – bredding februar 2023Kommunene har kreftkoordinator- det kreves mye samordning |  |  | * Hvordan løses implementering av pakkeforløp i LSU området?
* Hvilke muligheter finnes for samarbeid kreftkoordinator e.l /fastlegen/sykehus?
* Utforming av nettsiden.
* Faste møtepunkt mellom forløpskoordinator på sykehus/kreftkoordinator i kommunen?
* Samarbeid mellom kreftkoordinator og fastlege?

Nettverksmøte for forløpskoordinatorer i VV i juni.Kan VV lage en felles link på nettsida?Fastlegene må få møtereferat fra koordingeringsmøtetne |
| 1. **Barn og unge**
 |  |  |  |  |  |
| * 1. **FACT ung**
 | Implementere FACT ungSamtidige tjenester fra kommune og BUP for ungdom i alderen 12 – 23 år | * Samarbeidsavtale mellom Kommunene og VV.
* Opprette FACT team for barn og unge.
 |  | (oppstart september?) | Kommunene har et samarbeid hvor alle skal delta med stillingsressurs samen med PHRØnsket tema for okt møte LSU |
| * 1. **Dialogbasert inntak BUP**
 | Bedre samhandlingGode pasientforløp Mange ungdom faller mellom 2 stoler..  | * Godt forankrede henvisninger
* Ukentlige møter à 1 time BUP og saksbehandler
 |  |  | Modum og Ringerike kommuneHole ønsker å delta snart |
| * 1. **Faglig samarbeidsutvalg**
 |  |  |  |  | Etablert vår 22 |
| 1. **Voksne med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer**
 |  |  |  |  |  |
| * 1. **FACT voksen**
 | Videreutvikle modellen1 % benytter 35% av ressurseneHar en fast seng på Røyse til bruk  | * Evaluering av ikke-integrert modell
* Dreining mot en integrert modell?
 |  |  | Videreføre avtalen- ikke ny evaluering Inngått ny samarbeidsavtale- skal ikke gå inn for en integrert modell men ansatte er i VV |
| * 1. **TSB Tverrfaglig spesialisert rusbehandling**
 | Bedre oppfølging etter villet egenskade | * Implementering av pakkeforløp
 |  |  | PHR/ ARA har ansvar for å følge opp enten på døgn eller polikliniskKan informere i neste møte |
| 1. **Akuttmedisinskkjede**
 |  |  |  |  |  |
| * 1. **KlinObs**

Systematisere og strukturere opplæring av klinisk observasjonskompetanse for helsepersonell  | Presis kommunikasjonOverlevering av data mellom første og andre linjetjenestenBedre samhandling  | * Øke vurderings-kompetansen til helsepersonell i kommunene
* Akuttskjema med vitalia følger pasienten
* Samtrening mellom hvem?
* NEWS 2 og ISBAR i alle instanser og ved alle overganger mellom helsenivåene
 |  |  | Kommunene har fått 2 mill til Klin Obs |
| * 1. **Dialogmøte i akuttmedisinsk kjede**
 |  | * Årlig møte Ring/Hallingdals-regionene

(mai 2022 Torpomoen) |  |  | Gjennomført møte med fokus på brk av NEWS. Info til fastlegene i praksisnytt |
| 1. **Kompetanse**
 |  |  |  |  |  |
| * 1. **Gjensidig kompetanseutveksling mellom kommuner og sykehus**
 | Bedre samhandlingFelles forståelse for hverandres tjenester | * Hospitering? (gjennomførbart?)
* Felles fagdager?
* Møter på avdelingsledernivå?
* Kan en avd spl på RS ha en hospiteringsdag på et inntakskontor i kommunen
 |  |  | Jordmødre hospiterer på RSFastlegene får poeng for hospitering på sykehusetTilbud om gjensidig hospitering etter de behovAlle må ta et eget initiativ når det er behov for hospitering- alle er positive til det. Administrative prosesser og faglige prosesser |
| * 1. **PKO - fastleger**
 | Bedre samhandlingGjensidig kompetanseutvikling | * Videreføre Dialogmøter mellom PKO og fastlegene – årlig møte
 | PKO |  | Ikke vært siden pandemienFå i gang igjen «kantinemøter» fra høst 22- gir poeng |
| 1. **E-helse**
 |  | Hvilke plattformer brukes? |  |  |  |
| * 1. **Digital hjemmeoppfølging**
 | Godt og tett samarbeid mellom kommuner og RS/ VV. Felles forståelse og kunnskap om hverandres tjenester.Bedre livskvalitetØkt kompetanse i kommunehelsetjenestenBedre ressursutnyttelse Kommunene og RS har samkjørte rutiner | * Sårbehandling utenfor sykehus av pasienter med kroniske sår
* Egenregistrering for -Ulcerøs kolitt -Mb Crohn
* Jordmorsamtaler med jordmor fra fødeavdelingen
* Gjensidig informasjonsutveksling i startfasen av prosjekt og ved nye tiltak/rutiner som er av betydning for begge parter
 |  |  | Sårbehandling starter opp fra høstenMai 22:Startet opp med en pasientMai 22: Identifisere hvilke pasienter som er egnet |
| * 1. **Velferdsteknologi**
 | Godt og tett samarbeid mellom kommuner og RS. Felles forståelse og kunnskap om hverandres tjenester.Kommunene og RS har samkjørte rutiner | * Gjensidig informasjonsutveksling i startfasen av prosjekt og ved nye tiltak/rutiner som er av betydning for begge parter
* Opplæring – kunnskapsutveksling
* Felles fagdager?
 |  |  | Utprøving av muligheter skjer i kommunene |
| 1. **Helsefremmende- og forebyggende arbeid**

**Rehabilitering** |  |  |  |  |  |
|  | Bør det finnes et samarbeid mellom RS og Frisklivssentralene i kommunene? | Lavterskeltilbud for psykisk helse; selvhjelpsgrupper |  |  | Hvordan jobbe på systemnivå? |
|  |  | * Pusterommet?
* Hjerteskolen?
* LMS (Lærings og mestringssenteret)
* Annen kursvirksomhet?
 |  |  |  |
|  | Frivillighetssentralen? | * Måltidsstøtte til hjemmeboende
* TVGS – besøksvenn og hjelper (valgfag)
 |  |  |  |
| * 1. **Helse og arbeid**
 | På sykehuset for muskel og skjelett og psykisk helse | Tidligere henvisinger for å fange opp pasientene i tidligere fase |  |  | Drammen har et prosjekt som kan ha overføring til RS? |
|  |  |  |  |  |  |

Forkortelser:

LSU – Lokalt samarbeidsutvalg AU – Arbeidsutvalget i LSU OSU - Overordnet samarbeidsutvalg KHS – Kommunehelsesamarbeidet

PKO – Praksiskonsulentordningen BUP – Barne- og ungdomspsykiatrien PHT – Prehospitale tjenester VV- Vestre Viken

PHT- Prehospitale tjenester KMD - Klinikk Medisinsk diagnostikk LMS - Læring og mestring