

## Prosjektdirektiv for

# Ambulante tjenester og tidlig støttet utskrivning innen rehabilitering

Prosjektdirektivet er en avtale mellom prosjektleder og prosjekteier/ styringsgruppen, og skal avklare:

- Hvorfor prosjektet skal gjennomføres
- Hva vi skal oppnå med prosjektet og hva vi skal levere
- Hvem som må delta og involveres
- Hvordan prosjektets skal gjennomføres

Formålet med direktivet er å forankre prosjektet hos prosjekteier/styringsgruppe, i prosjektgruppen og blant andre interessenter.

Prosjekteier: Helse Vest ved Baard-Christian Schem

Prosjektleder: Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering,  
ved rådgiver Cathrine Nøttingnes

Dato for godkjenning av direktivet: 10.11.16

Endringslogg			
Versjon	Dato	Endring	Hvem
0.1	21.10.16	Oppretting av dokument	Cathrine og Edith
0.2			
....			
1.0	10.11.16	Prosjektdirektiv godkjent av prosjekteier/styringsgruppe	Cathrine
1.1	14.11.16	Noen endringer etter innspill fra styringsgruppen	Cathrine
1.2	02.12.16	Lagt til etter møtet med prosjektgruppen	Cathrine
1.3	03.01.17	Endret avgrensning «seinfase rehabilitering» til å omfatte hele gruppen som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.	Cathrine

**Innhold**

1	Bakgrunn for igangsetting av prosjektet.....	4
2	Prosjektets mål.....	4
2.1	Overordnet mål.....	4
2.2	Nytteeffekter og hvordan måle disse.....	5
2.3	Leveranser .....	5
3	Avgrensninger og forutsetninger.....	6
4	Prosjektets interessenter .....	7
5	Prosjektorganisering og arbeidsform .....	7
5.1	Prosjektorganisering .....	7
5.2	Roller, oppgaver og ansvar i et prosjekt .....	8
5.3	Arbeidsform og metode.....	10
6	Milepæler og kommunikasjonsaktiviteter .....	10
7	Risikovurdering og – styring .....	11
8	Kost-nytte vurdering og overordnet budsjetttramme .....	11
9	Prosjektstyring og dokumentasjon .....	12
10	Prosjektavslutning .....	12
11	Vedlegg.....	13
11.1	Prosjektets møteplan .....	13

## 1 Bakgrunn for igangsetting av prosjektet

Prosjektet er initiert fra Helse Vest som oppfølging av Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016 - 2020 kap. 5.3. Den regionale planen viser til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 15 ambuleringstjenester hvor det slås fast at habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.

Handlingsplanen for habilitering av barn og unge og veileder for habilitering av voksne anbefaler begge bruk av ambulante tiltak. Det har vært tradisjon for at både barne- og voksenhabiliteringen har brukt denne arbeidsformen. Helseforetakene arbeider ambulant i varierende grad innenfor rehabilitering og vi har ikke en systematisk oversikt i hvilket omfang, hvilke grupper eller hvilke erfaringer som er gjort med ambulante tjenester verken innen habilitering eller rehabilitering.

I følge en kartlegging av Rambøll i 2014, etterlyser kommunene mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten i form av ambulant virksomhet. Dette må sees i sammenheng med at pasienter blir skrevet ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn før.

Regjeringen er tydelig på at de vil skape pasientens helsetjeneste. Det innebærer at pasienten er aktivt deltakende i rehabiliteringen, og kan mestre livet med de helseutfordringer pasienten har der de lever sine liv. Ny opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som ble lagt fram i forbindelse med statsbudsjettet 2017 er tydelig på at pasienter skal få mest mulig oppfølging i eget hjem. For å få til dette er det viktig med godt samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen vil legge til rette for mer ambulant virksomhet og mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

Mens ambulante tjenester tidligere, i hovedsak, innebar reise ut fra institusjon og hjem til pasient, muliggjør nye former for teknologiske løsninger og telemedisin at ambulante tjenester kan gis i flere og nye former innen habilitering og rehabilitering. Dette innebærer at vi må komme fram til gode modeller og arbeidsformer hvor teknologisk løsninger og telemedisin blir tatt med i målet om økt bruk av ambulante tjenester innen rehabilitering.

Prosjektet skal ledes av Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering på oppdrag av Helse Vest RHF.

## 2 Prosjektets mål

Dette kapitlet beskriver prosjektets mål, som består av et overordnet mål, nytteeffekter og leveranser.

### 2.1 Overordnet mål

Det overordnede målet for prosjektet er å foreslå modeller for bruk av ambulante tjenester og tidlig støttet utskrivning, for pasientgrupper som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Modellene skal bidra til kunnskapsoverføring til kommunene, og

dermed legge til rette for kunnskapsbasert oppfølging av pasienten i hjemkommunen etter et rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten.

Etter innspel til styringsgruppa på fagdirektørmøtet 12. januar, Jf. sak 108/16 i fagdirektørmøtet 10.11.16 om godkjenning av prosjektdirektivet ble mandatet endra til å omfatte heile gruppa som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Mandatet vart utvida og inkluderer alle pasientar som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetenesta og ikkje berre i «seinfase».

## **2.2 Nytteeffekter og hvordan måle disse**

Nytteeffektene og indikatorer for å måle nytteeffekter må diskuteres i prosjektgruppen og blir også en viktig del av selve prosjektet.

## **2.3 Leveranser**

Prosjektet får følgende hovedoppgaver:

1. Nå-situasjon - identifisere eksempler på:
  - Ambulante tjenester og tidlig støttet utskriving (der en planlegger tjenester sammen på tvers av nivåer)
  - Bruk av telemedisin for å yte tjenester
  - Bruk av nye muligheter for pasienten til selv å ta hånd om måling, kontroll og oppfølging av egen behandling hjemme («velferdsteknologi»).

Eksempler som blir trukket frem bør fortrinnsvis kunne dokumentere bedre tjenester for pasienter (pasienterfaringer og/eller utkomme) og bedre kunnskapsoverføring/-utveksling med kommuner. Systematisert erfaringskunnskap fra helsepersonell vil være nyttig. Vurderinger av kostnadseffektivitet (kost-nytte) bør så langt det er mulig være knyttet til eksempler. Eksempelene kan hentes fra ulike fagområder, helseforetak, regioner og land.

2. Foreslå modeller for ambulante tjenester og tidlig støttet utskriving. Foreslå ulike modeller ut fra eksisterende kunnskap og gode eksempler (jf. punkt 1) og skissere opplegg for utprøving/pilotering av modeller i regionen:
  - Hvordan kan spesialisthelsetjenesten ta i bruk ulike former for ambulante tjenester i samarbeid mellom helseforetak og kommuner, som virkemiddel i kunnskapsoverføring/utveksling og veiledning til kommuner?
  - Ved behov kan prosjektgruppen definere modeller for særskilte pasientgrupper innanfor «seinfase rehabilitering»
  - For bruk av telemedisin og velferdsteknologi bør prosjektet se på de teknologiske løsningene en finner aktuelle, uavhengig av teknologisk plattform.
  - Foreslå konkrete piloter 1-4 ulike steder i regionen, som samarbeid mellom helseforetak og kommuner
  - Skissere evaluering/måling av utprøvingen (resultat for pasienter og kommuner)

### 3 Avgrensninger og forutsetninger

Prosjektet skal legge til grunn Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator og Regional plan for habilitering og rehabilitering (2016-2020). Ifølgje den regionale planen skal prosjektet om ambulante tenester og tidleg støtta utskriving m.a. vurdere:

- I hvilke sammenhenger det er mest hensiktsmessig å bruke ambulante tjenester.
- Ambulante tjenester som et virkemiddel for kunnskapsoverføring/utveksling og veiledning til kommunene, og for å forebygge brudd i behandlingsskjeden.
- Større bruk av video/telemedisin for å gi tjenester.
- Bruk av ny teknologi (velferdsteknologi) for å nå pasienten hjemme.
- Reisetid og kostnadseffektivitet.
- Nye arbeidstidsordninger ved ambulant virksomhet.
- Om det er behov for andre modeller i små helseforetak og kommuner, enn i store.
- Om det er behov for andre modeller i spredtbygde strøk enn i bynære.
- Nye muligheter ved framtidige kommunesammenslåinger.
- Samtidige polikliniske- og ambulante tjenester

Dette prosjektet skal spesielt se på pasienter som har mottatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Rehabilitering er definert som:

Tidsavgrensa, planlagte prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons og meistringsevne, sjølstende og deltaking sosialt og i samfunnet” (St. meld nr 21 1998-99 s.10)

*Med «seinfase rehabilitering» i spesialisthelsetjenesten forstås vi rehabilitering ved alvorlig og/eller kompleks forverring av kjent funksjonssvikt eller nyoppstått alvorlig funksjonssvikt som følge av tidligere ervervet skade/sykdom eller kronisk sykdom, der det er behov for spesialisert og intensiv tverrfaglig rehabilitering.*

Velferdsteknologi er definert som og avgrenset i mandatet til:

Muligheter for pasienten til i større grad å mestre egen sykdom gjennom å ta hånd om måling, kontroll og oppfølging av egen behandling hjemmefra.

Telemedisin er definert i mandatet som:

Telemedisin er undersøkelse, overvåking, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale ved hjelp av systemer som gir

tilgang på ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten og kompetanse er geografisk plassert.

Mandatet påpeker at prosjektet kan bygge på erfaringer fra voksenhabiliteringsfeltet og fra prosjektet «Slagrehabiliteringskjeden i Bergen». Det vises også til Regional plan for habilitering og rehabilitering kap.5.4: Råd, rettleiing og kompetanseutveksling, 5.5: Brukarperspektivet og pasient- og pårørendeopplæring, samt 7.2: Seinfaserehabilitering.

Modellene som prosjektet skisserer kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

## 4 Prosjektets interessenter

Prosjektets viktigste interessenter er skissert i egen liste. Dette er aktører og enheter som særlig er berørt av temaet, ambulant virksomhet, som prosjektet tar for seg. Helse Vest har sendt ut mandatet til sentrale interessenter i prosjektet, og mange av disse er nå representert i prosjektgruppen. Tabellen under beskriver interessentene på et overordnet nivå. Prosjektleder vil på første møte ta en runde med prosjektgruppen for å få fram andre interessenter i dette prosjektet og listen vil gjennomgå utfra hvilke leveranse vi berører.

Helseforetak:	Kommuner:	Andre:
Helse Stavanger	Alle kommuner tilhørende de fire helseforetakene.	Brukere
Helse Fonna		Private rehabiliteringsinstitusjoner
Helse Bergen		Private ideelle institusjoner
Helse Førde		

## 5 Prosjektorganisering og arbeidsform

### 5.1 Prosjektorganisering

Interessentanalysen **ligger til grunn organiseringen av prosjektet.**

Oversikt over prosjektets organisering og medlemmer er gitt i tabellen under.

Rolle	Navn	Tilhørighet
Prosjekteier	Baard-Christian Schem	RHF Helse Vest
Styringsgruppeleder	Baard-Christian Schem	RHF Helse Vest
Styringsgruppemedlem	Sverre Uhlving	Helse Stavanger
Styringsgruppemedlem	Haldis Johanne Økland Lier	Helse Fonna
Styringsgruppemedlem	Alf Henrik Andreassen	Helse Bergen
Styringsgruppemedlem	Hans Johan Breidablik	Helse Førde
Styringsgruppemedlem	Petter Thornam	De private ideelle institusjonene

Styringsgruppemedlem	Christer Franzen	Sykehusapoteka Vest HF
Styringsgruppemedlem	Janne Kristine Bethuelsen	Akademikerne (vara: Toril Østvold, SAN)
Prosjektleder	Cathrine Nøttingnes	Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest
Prosjektstøtte	Thomas Garnes	PricewaterhouseCoopers AS
Prosjektdeltaker	Ylva Hivand Hiorth	Helse Stavanger
Prosjektdeltaker	My Torkildsen	Helse Stavanger
Prosjektdeltaker	Herborg Tegle	Helse Fonna
Prosjektdeltaker	Merete Røthing	Helse Fonna
Prosjektdeltaker	Eirik Vikane,	Helse Bergen
Prosjektdeltaker	Björg Rene	Helse Bergen
Prosjektdeltaker	Linn Kollanes	Helse Førde
Prosjektdeltaker	Martin Roland Hansen	Helse Førde
Prosjektdeltaker	Lena Kristiansen	Private ideelle institusjoner
Prosjektdeltaker	Hild Kristin Morvik	Private rehabiliteringsinstitusjoner
Prosjektdeltaker	Arne Huus	Private rehabiliteringsinstitusjoner
Prosjektdeltaker	Liv Møen	Fjell kommune
Prosjektdeltaker	Hans Petter Torvik,	Sandnes kommune
Prosjektdeltaker	Reidun Seljelid Sæbdal	Lindås kommune
Prosjektdeltaker	Bente Gunnarshaug	Stavanger kommune
Prosjektdeltaker	Elise R. Hausken	Karmøy kommune
Prosjektdeltaker	Anita Smørdal	Eid kommune
Prosjektdeltaker	Annbjörg Hellestræ	Regionalt brukerutvalg
Prosjektdeltaker	Kjell Inge Bringedal	Regionalt brukerutvalg
Prosjektdeltaker	Bente Sissel Pilskog	Tillitsvalgt LO (vara: Lise Karin Strømme, UNIO)

## 5.2 Roller, oppgaver og ansvar i et prosjekt

### 5.2.1 Styringsgruppemedlemmer

Styringsgruppemedlemmenes viktigste funksjon er å ta beslutninger og sikre at disse følges opp i prosjektet og den virksomheten prosjektet berører.

Styringsgruppens medlemmer oppnevnes av prosjekteier. Prosjekteier kan selv lede styringsgruppen og følge opp prosjektet, *eller* delegere ansvaret til en annen person. Hvilke oppgaver og ansvarsområder som delegeres fra prosjekteier til styringsgruppeleder må avklares i det enkelte prosjekt.

#### Rollens viktigste oppgaver og ansvarsområder

- Godkjenne prosjektdirektiv/oppdragsbeskrivelse
- Tilføre nødvendig personell for å gjennomføre prosjektet
- Beslutte nødvendige endringer i prosjektet knyttet til tid, kost og kvalitet
- Støtte prosjektleder og - medlemmer i gjennomføringen
- Kvalitetssikre og godkjenne prosjektets leveranser, inkludert å ta nødvendige beslutninger og iverksette disse i virksomheten prosjektet berører



- Være ambassadør for prosjektet og forankre prosjektets leveranser i egen organisasjon og andre berørte enheter
- Godkjenne at prosjektet kan avsluttes og overføres til drift
- Følge opp leveranser og nytteeffekter i driften

### 5.2.2 Prosjektleder

Prosjektleder utnevnes av prosjekteier og skal lede prosjektet til å oppfylle angitte mål i prosjektdirektiv/oppdragsbeskrivelse. Prosjektleder arbeider etter prosjektmetodikk vedtatt for prosjektet.

#### **Rollens viktigste oppgaver og ansvarsområder**

- Utarbeide prosjektdirektiv/oppdragsbeskrivelse i dialog med prosjekteier
- Tydeliggjøre prosjektets mål for prosjektorganisasjonen
- Planlegge, gjennomføre og sikre dokumentasjon av prosjektmøter
- Skape et godt samarbeidsklima i prosjektgruppen
- Fordele og følge opp arbeidsoppgaver.
- Støtte prosjektmedlemmene i prosessen med å innhente innspill til/drøfte leveranser hos de interessentene de representerer
- Sikre kvalitet i prosjektets leveranser gjennom å
  - bruke prosjektmedlemmenes og andre ressursers kompetanse
  - sørge for god dokumentasjon av prosessen
- Utarbeide og legge frem beslutningsgrunnlag til styringsgruppen
- Følge opp og rapportere status på tid, kost og kvalitet, inkl. risiko knyttet til disse temaene, til prosjekteier og styringsgruppen
- Sikre at prosjektets kommunikasjon ivaretar interessentenes informasjonsbehov, både planlagt og uformell kommunikasjon
- Overlevere ansvar for oppfølging av leveranser og nytteeffekter til linjeorganisasjonen
- Holde oversikt
- Ha en klar agenda på hvert møte
- Styre ut en kurs
- Tørre å dra gruppen inn igjen, dersom den sklir ut
- Skjære gjennom ved behov
- Sørge for en rød tråd gjennom prosjektet – og også gjennom alle møter: oppsummere møtene, og si hva vi skal gjøre på neste møte
- «To the point» i informasjon som sendes ut til prosjektgruppemedlemmene

### 5.2.3 Prosjektdeltakere

Prosjektdeltakerne utnevnes av prosjekteier i dialog med styringsgruppen, prosjektleder eller andre interessenter. Prosjektdeltakerne skal bidra med innspill og kompetanse for å sikre gode leveranser i prosjektet.

#### **Rollens viktigste oppgaver og ansvarsområder**

- Delta i prosjektmøter og andre avtalte aktiviteter - herunder sette av tid, stille forberedt og gi innspill

- Utføre avtalte oppgaver innen gitte frister, melde fra til prosjektleder ved ev. avvik
- Skape et godt samarbeidsklima i prosjektgruppen
- Innhente innspill til og drøfte prosjektets mulige løsninger hos interessentene man representerer (ledelse, fagmiljø, organisasjoner etc.)
- Formidle prosjektets beslutninger til interessentene man representerer underveis og ved avslutning
- Være ambassadør for prosjektet og bidra i innføring av prosjektets leveranser og nytteeffekter.
- Stille forberedt hver gang man møtes
- Representerer sin egen organisasjon – lett å glemme at man ikke bare representerer seg selv
- Bidra til at vi løfter oss i diskusjoner og tenker på hvem/hva vi faktisk jobber for (pasientgruppen).
- Svare ut det som ligger i mandatet
- Leverer det vi er blitt enige om å levere
- Hvis man ikke klarer en tidsfrist, gi beskjed!
- Rydde plass til prosjektarbeidet
- Være ærlig om agendaen sin

### 5.3 Arbeidsform og metode

Prosjektgruppen vil bestå av 18 utpekte prosjektdeltakere i tillegg til prosjektleder og prosjektstøtte. Leder ved kompetansesenteret vil delta på møter i prosjektgruppen etter nærmere avtale. Andre ressurspersoner kan bli invitert inn ved behov. Gruppen representerer de fire helseforetakene i Helse Vest, utvalgte kommuner i regionen, private rehabiliteringsinstitusjoner, private ideelle institusjoner, brukerrepresentanter og tillitsvalgte. Det vil bli lagt opp til 4-5 møter hvor vi samles fysisk i prosjektperioden. Hyppigheten vil bli ca 1 x annenhver måned (november, januar, mars, mai og eventuelt i august). Møtene vil være endagsmøter, eksempelvis fra kl. 10-17. Ved siden av dette vil det bli avholdt videomøter og samtaler via skype og telefon.

Det vil på første møte bli laget en møteplan for prosjektet for videre framdrift som kan oppdateres ved behov.

Prosjektet har inngått avtale om ekstern prosjektstøtte fra PWC, som vil bistå prosjektleder i gjennomføring av møter, dokumentasjon av møter og leveranser.

## 6 Milepæler og kommunikasjonsaktiviteter

Prosjektet skal være slutført høst 2017.

Prosjektets milepæler er oppsummert i tabellen under.

ID	Milepæl	Ferdig dato
M1	Når prosjekteier/styringsgruppe har godkjent prosjektdirektivet	
M2	Når oppstartsmøte for prosjektgruppen er gjennomført (evt. etablering av arbeidsgrupper)	28.11.16

M3	Når nå-situasjonen er kartlagt med eksempler	31.01.17
M4	Når prosjektgruppen har identifisert bruk av telemedisin for å yte tjenester.	15.03.17
M5	Når prosjektgruppen har identifisert nye teknologiske muligheter for pasienten selv til å foreta egne målinger.	15.03.17
M6	Når prosjektgruppen har kommet fram til modeller for ambulante tjenester og tidlig støttet utskrivning.	30.06.17
M7	Når prosjektgruppen har skissert et opplegg for utprøving/pilotering av modeller i regionen.	30.09.17
M8	Når prosjektgruppen har skissert hvordan måling og evaluering av utprøving skal foregå	30.09.17
M9	Når prosjektrapport er godkjent	31.10.17

### Kommunikasjonsplan

Det lages en oversikt over prosjektet på hjemmesiden til Regionalt kompetansesenter. Dersom prosjektdeltakere vil informere om, eller henvise til prosjektet, kan de vise til hjemmesiden. I tillegg har alle prosjektdeltakere ansvar for å informere om prosjektet ut til dem man representerer, samt hente informasjon inn til prosjektet.

## 7 Risikovurdering og – styring

### Risikofaktorer for prosjektet som prosjektgruppe selv har kommet fram med:

- Prosjektgruppemedlemmene gjør ikke jobben sin
- Kompetansen til prosjektgruppemedlemmene dekker ikke mange nok fagfelt/pasientgrupper
- Feiltolker mandatet

### Suksessfaktorer for prosjektet

- Bidrag
- Engasjement
- Stille kritiske spørsmål

## 8 Budsjettramme

Budsjett for prosjektet er oppsummert i tabellen under.

Kostnadselement	Budsjett inkl. mva
Møtekostnader, dagpakke 22- personer x 5 møter	70 000
Diverse andre møtekostnader (evt. leie grupperom, annet utstyr etc.)	30 000
Ekstern prosjektstøtte	200 000
Reisekostnader ifbm. undersøkelser i prosjektet	25 000
<b>Totalt</b>	<b>325 000</b>

## 9 Prosjektstyring og dokumentasjon

Prosjektet har følgende rutiner for prosjektstyring og dokumentasjon:

- Statusrapportering til styringsgruppen. Frekvens og format må avklares her.
- Det vil bli skrevet referat med oppsummering fra alle møter.
- Prosjektet vil opprette egen sharepointside, hvor dokumentasjon og arbeidsdokumenter legges inn. Tilgjengelig for prosjektgruppen.
- Det vil bli opprettet eget meny punkt om prosjektet på Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering sin hjemmeside, Tilgjengelig for alle.
- Følgende prosjektstyringsverktøy vil brukes aktivt:
  - Prosjektdirektiv
  - Fremdriftsplan
  - Interesseanalyse og kommunikasjonsplan
  - Risikovurdering

## 10 Prosjektavslutning

Prosjektet blir avsluttet ved at planlagt aktivitet er dokumentert og skal leveres i form av en sluttrapport som svarer ut de fire hovedleveransene. Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering har hovedansvaret for dette.

## Vedlegg

### 10.1 Prosjektets møteplan

ID	Milepæl	Type møte	Dato	Tidsramme
M1	Oppstartsmøte for prosjektgruppen	Prosjektmøte	24.11.16	10-17
M2	Nå-situasjon	Prosjektmøte	23.01.17	09.30- 16.30
M3				
M4				
M5				