



Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuke pasient i Møre og Romsdal

Handlingsplan for åra 2019 -2020

(Satsinga sitt 3. og 4. år)



Kva er viktig
for Ola (81) og
Olaug (88)?

Bakgrunn og historikk

Ei partnersamansett arbeidsgruppe og styringsgruppe utforma «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient». Pasientforløpet er forankra i sjukehusleinga og kommunane i Møre og Romsdal. Arbeidsgruppa har blitt vidareført som ei fagleg breidt samansett og stor ressursgruppe som arbeider for at pasientforløpet skal bli iverksatt. Overordna samhandlingsutval er styringsgruppe.

Pasientforløpet blei presentert i forbindelse med samhandlingskonferansen i november 2016. Det blei gjennomført fire oppstartssamlingar med stor deltaking frå kommuner og helseføretaket våren 2017. Møre og Romsdal blei frå om lag same tidspunkt ein del av det nasjonale læringsnettverket for «Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke» med første samling i oktober 2017. Femte og siste samling, er planlagt som ei erfaringssamling, og er lagt til september 2019. Heile 31 kommuner og dei fire sjukehusa deltek i læringsnettverket med tverrfaglege forbedringsteam*), der forbedringsteama blir oppdaterer med fagleg påfyll, erfaringsdeling, forskning og inspirasjon på feltet. I Meld. St. (2015-2016) «Leve hele livet» er det tatt til ordet for ei vidareføring av satsinga slik at alle fylker i heile landet gis høve til å delta i læringsnettverk. For Møre og Romsdal sin del vil det nasjonale læringsnettverket halde fram ved å gjennomføre årlege nasjonale erfaringskonferanser.

Overordna føringar

Då samhandlingsreforma (2012) vart vedteken gjennomført for å møte utfordringar i helsetenestene, var ei av hovudutfordringane at pasientar med behov for koordinerte tenester ikkje var godt nok ivaretekne. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreforma peikar i sluttrapporten sin frå 2015 m.a. på følgjande tiltak som bør vurderast for å nå måla i samhandlingsreforma:

- Kommunar og sjukehus må utvikle heilskaplege pasientforløp frå heim til heim der også allmennlegetenester og akutttilbod i kommunane er integrerte.
- Spesialisthelsetenesta må samarbeide tettare med kommunane for å sikre rett pasient på rett stad til rett tid, ved å bygge opp desentraliserte og ambulante tenester som støtter opp under kommunale tenester.

Aktuelt innspel frå Helse Midt-Norge av ny dato:

«Arbeidet med pasientforløp er ei form for standardiseringsarbeid for å sikre likeverdige helsetenester til innbygarane og saumlause behandlingsforløp. Det er naudsynt med felles standardar, arbeidsprosesser og prosedyrar for å sikre samhandling og effektiv informasjonsutvikling mellom systema og nivå. Organisering av standardiseringsarbeidet er også ein føresetnad for konfigurering og innføring av Helseplattforma. (Ref. styringsdokumentet til Helse Møre og Romsdal 2019)».

Ivaretaking av framdrift i satsinga:

Ressursgruppa som består av relevante fagfolk i kommune og helseføretak, utdanning, brukerrepresentantar, Fylkesmannen, KS og Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) legg føringar og følger opp framdrifta i handlingsplan, m.v.

*) Forbedringsteam er tverrfaglege team av ulik storleik i kommunar og helseføretak som har i mandat å arbeide for å iverksette tiltaka i pasientforløpet for den eldre multisjuka pasient.

Veiledningsteamet*) følgjer opp forbetringsteam i deira arbeid mellom samlingane i læringsnettverket. I veiledningssamanheng blir det fokusert på tema om kor langt ein har kome med iverksettinga av tiltak og kva teama ynksjer av fagleg støtte for å kunne utvikle tenestene slik det er forutsatt. I forbindelse med denne veiledninga har det blitt vurdert som viktig å gjennomføre regionale *) samlingar for forbetringsteama slik at ein kan jobbe tettare saman om tema og prosessar som kan gi naudsynt fagleg påfyll for å kome vidare med iverksetting av forløpet. Veiledningsteamet skal halde fram med sitt arbeid også etter at deltaking i det nasjonale læringsnettverket er avslutta.

Kva har ein oppnådd solangt?

Heile 31 kommuner og dei fire sjukehusa deltek med tverrfaglege forbetringsteam i læringsnettverket for å iverksette og følge opp dei konkrete tiltaka i pasientforløpet. Dette er ei omfattande prosessuell satsning der det kan vere vanskeleg å identifisere målbare resultat. Ein kan registrere at arbeidet med pasientforløpet er godt kjent både i kommunane og helseføretaket. Forbetringsteama har kome ulikt i si framdrift. Verktøy som sjekklister, «kva er viktig for deg ?- samtala» og kvalitetstavler blir tatt i bruk i fleire av forbetringsteama. Gjennom arbeidet på ulike arenaer i satsninga, kjem det tydeleg fram ei betring i samarbeidet både innafør og mellom tenestenivåa. Det blir peika på at ein saknar ei større involvering frå legesida.

Det blir arbeidd med å få på plass ein måte å synleggjer framdrifta i prosjektet på systemnivå.

Definisjon og effektmål

Arbeidsgruppa la følgjande definisjon til grunn i arbeidet med pasientforløpet:

Den eldre multisjuka pasient har fleire kronisk somatiske og/eller psykiske sjukdomar. Desse kan påverke kvarandre og det generelle funksjonsnivå og føre til auka risiko for komplikasjonar som t.d. polyfarmasi, delir, fall, immobilisering, underernæring og auka hospitalisering. Kontakt med helsetenesten for desse pasientane skjer gjerne ved akutt sjukdom/funksjonstap. Multisjuka eldre pasientar har behov for tverrfagleg og funksjonsretta tilnærming.

Satsinga har dette motto «**Frå symptom til heilskap**»:

Effektmål:

Den multisjuka eldre pasienten skal få kvalitativt gode og likeverdige helsetenester i Møre og Romsdal med fokus på pasienten sine behov og ressursar. Det er eit mål at pasienten skal kunne oppleve meistring, tryggleik og eigerskap til eiga behandling og oppfølging.

*)Veiledningsteamet er samansett av medlemmar i ressursgruppa og tilsette ved Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmesykepleie (USHT), i alt 7 personar.

*) Regionale samlingar i denne samanheng er samlingar knytt til det einskilde sjukehus og kommunane i opptaksområdet

Mål og tiltaka for 2019 - 2020

Samhandlinga mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta i Møre og Romsdal spenner over ei lang rekke områder og aktivitetar når det gjeld eldre pasientar som er kronisk sjuke. Eksempelvis samarbeid om innlegging og utskrivning til førebygging av forverra tilstand, læring om og meistring av eigne helseutfordringar og lindrande behandling. Samtidig er her eit stort potensialet for forbetring av helsestenestetilbodet for ei stor og veksende pasientgruppe. Arbeidet med pasientforløpet dreier seg også om å innføre meir standardiserte arbeidsprosesser.

I styringsdokumentet frå Helse Midt- Norge til Helse Møre og Romsdal for 2019 heiter det mellom anna (s.12):

«Det må legges til rette for at de store pasientgruppene med kroniske og sammensatte problemstillinger i størst mulig grad får sine tjenester nært hjemmet. Økt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste om forebygging av sykdom og utvikling av riktige tiltak for pasienter som har behov for koordinert helsehjelp, vil være avgjørende for at pasientene samlet får et godt tilbud».

Desse måla er lyfta fram av ressursgruppa

- 1) Endring av fokus, frå «kva er i vegen med deg? », til «kva er viktig for deg?» - herunder styrke brukaren si rolle i pasientforløpet
- 2) Dempe behovet for innlegging/reinnlegging i sjukehus ved å legge føringar for å førebygge forverringar og føringar ved forverringar.
- 3) Sikre trygg overgang mellom tenestenivå der mobilisering og rehabilitering inngår i forløpet
- 4) Ta i bruk felles verktyg som sjekklister og screeningar som sikrar systematikk og struktur i oppfølginga av pasientane i målgruppa – herunder så skal pasientane ha samstemte medikamentlister, vere vurderte for fallrisiko, vurderte for kognitiv funksjon og sikra god ernæring.
- 5) Relevant fagleg kompetanse i høve den eldre multisjuke pasient må styrkas i helseføretaket og kommunane
- 6) Arbeide for at det blir brukarrepresentant i forbetringsteama
- 7) Auke bruk av KAD/ØHD som alternativ til innlegging i sjukehus
- 8) Ingen utskrivingsklare pasientar i sjukehusa frå 2020

To mål har særleg fokus

- «Kva er viktig for deg? – samtalen» blir gjennomført i møte med pasientar på alle tenestenivå.
- Dempe behovet for innlegging/reinnlegging i sjukehus

Mål	Tiltak	Arena	Evaluering
Gjennomføre, dokumentere og følge opp «Kva er viktig for deg? – samtalen»	<ul style="list-style-type: none">• Opplæring av tilsette i: »Kva er viktig for deg-samtalen»• Dokumentere i e-meld. og sjukepleierrapport	Tema i dei regionale samlingane Tema på faglege møter Planlegge og gjennomføre pilot mellom kirurgen B Molde sjukehus og Molde kommune våren 2019.	Bruke målingar. Identifisere målepunkt. Evaluerer og bredde piloten

		Pilot ved med.seksjon 5 i Ålesund	
Dempe behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus.	<ul style="list-style-type: none"> • Pasient- og pårørendeopplæring inngår i aktuelle pasientforløp slik at pasienten har kunnskap om korleis forhalde seg etter inngrep/behandling, og unngå forverra tilstand • Tilstrekkeleg informasjonsoverføring mellom helsepersonell, der oppfølgingsansvaret er avklart med klare kriterier for hva som utløser endring i behandlingsnivå • Bruke skrifteleg pasientinformasjon (A6) ved utskriving • Tidleg oppdaging av forverra tilstand ved bruk av ABCDE, NEWS, ISBAR • Plan ved evt. forverret tilstand er tilgjengeleg i journal • Bruk av palliativ plan 	<p>Tema på relevante faglege møter Møteplass Møre og Romsdal</p> <p>I møte med praksiskonsulentene</p> <p>Møte med overlegenivået i helseforetaket</p> <p>Tidleg oppdaging av forverra tilstand:</p> <p>Planlegge og gjennomføre pilot mellom Kristiansund sjukehus v/ kir.avdeling og Kristiansund kommune med utgangspunkt i bruk av metodikken i NEWS, ABCDE, og ISBAR</p> <p>Opplæring i Ålesund kommune.</p> <p>Bruk av metodikken knytt til NEWS, ABCDE og ISBAR</p>	<p>Følgje med på at pasient- og pårørende opplæring inngår i relevante pasientforløp</p> <p>Følgje med på statistikk over innleggingar/reinnleggingar</p> <p>Endre epikrisemal etter endt pilotering</p> <p>Bredde arbeidsforma etter endt pilot.</p>
Sikre trygg overgang mellom helseforetaket og kommunene. Iverksette sjekklister 1) i sjukehusa - her	<ul style="list-style-type: none"> • Sørge for leiarforankring • Bredde informasjon i leiarlinja i sjukehusa • Bruk kvalitetstavler for å synleggjer tiltaka 	<p>Bruke leiarmøter</p> <p>Bruke faglege møtearenaer</p>	Identifisere og følge opp målepunkt
Felles verktøy som screeningar som sikrar systematikk og struktur i oppfølginga av pasientane i målgruppa er tatt i bruk	<ul style="list-style-type: none"> • Oppfølging av sjukepleier innan 3 døgn • Besøk hos fastlegen innan 14 dagar 	Kommunale heimetenester og institusjonstilbod	Iverksette målinger for å sikre at ein gjer det ein er enig om
Ta i bruk tiltakspakkene som ligger i pasientsikkerhetsprogrammet			
Relevant fagleg kompetanse i høve den multisjuka pasient helseforetak og kommuner	<ul style="list-style-type: none"> • Tilsetting i stilling for geriater ved Volda og Molde sjukehus. • Identifisere og formidle kompetansebehov 	<p>Leiinga i helseforetaket</p> <p>Bruke etablerte møtearenaer som lokale samhandlingsutval</p>	<p>Leiargruppa i helseforetaket</p> <p>Leiinga i kommunane</p> <p>Ressursgruppa</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Tilby relevant fagleg oppdatering ved behov • Hospitering • Ambulant team geriatri 	Fylkesmannen Læringsnettverket Ressursgruppa	
Arbeide mot at det blir brukarrepresentant i forbedringsteama	<ul style="list-style-type: none"> • Tilrå at forbedringsteam knytter til seg ein brukarrepr. 	Brukarorganisasjonar Brukerutvalet i Møre og Romsdal	
Auke bruk av ØHD/KAD – tilbudet som alternativ til innlegging i sjukehus	<ul style="list-style-type: none"> • Tilbudet må bli betre kjent hjå partane • Kommunane må oppdatere sine legar om tilbode 	Kommunale legeteneste Klinikk for akuttmottak,	Følge med på statistikk, spre kunnskap om og interesse for tilbudet
Ingen utskrivningsklare pasientar i sjukehusa frå 2020	God overvåking av situasjonen. Nær dialog med dei kommunane som har problemer.	Gjennomføre samarbeidsmøter med dei kommunane som ikkje tek imot pasientane	Sjukehuskoordinator, prosjektleiar/samhandlingssjef

Oppsummert:

Prioriterte satsingar i 2019 og 2020

Helseføretaket	Kommunane
<p>Gjennomføre «kva er viktig for deg?»-samtala (målepunkt)</p> <p>Dempe behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus</p> <p>Iverksette momenta i «Trygg utskriving», sjekklister</p> <p><u>Følge med på:</u></p> <p>Epikrisetid</p> <p>Utskrivningsklare pasientar</p> <p>Kvalitet på e-meldingane</p> <p>Bruk av ØHD/KAD tilbudet</p> <p><u>Arbeide for:</u></p> <p>At pasientar får skriftleg pasientorientering A6 når dei blir skreven ut frå sjukehus</p> <p>At det blir tilsett geriater ved alle sjukehus</p> <p>At kompetansen i høve den eldre multisjue pasient aukar</p> <p>Arbeide for å rekruttere brukarrepresentant i forbedringsteama</p>	<p>Gjennomføre «kva er viktig for deg?»-samtala (målepunkt)</p> <p>Dempe behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus</p> <p>Oppfølging av sjukepleiar innan 3 dagar (målepunkt)</p> <p>Besøk hjå fastlege innan 14.dager (målepunkt)</p> <p><u>Følge med på:</u></p> <p>Kvaliteten på e-meldingane</p> <p>Bruken av ØHD/KAD tilbudet</p> <p>Ta i mot pasientane når desse er klar frå sjukehuset sin side (statistikk)</p> <p><u>Arbeide for:</u></p> <p>At kompetansen i høve den eldre multisjue pasient aukar</p> <p>Arbeide for å rekruttere brukarrepresentant i forbedringsteama</p>

Litteratur

1. Delrapport til Utviklingsplan (2018). Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient. Handlingsplan for 2018 (2018-2022)
2. Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.*
3. Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet.*
4. Helse- og omsorgsdepartementet (2015-2016) *Leve hele livet*
5. Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.*
6. Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Meld. St.11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).*
7. Rapport (2016) «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient i Møre og Romsdal, «Frå symptom til heilskap»
8. Utviklingsplan (2017 – 2018) for Helse Møre og Romsdal, planperioden 2019 -2022; og framtidutsikter mot 2035
9. Styringskrav og rammer 2019 fra Helse Midt-Norge til Helse Møre og Romsdal HF. Styringsmål 2019