



Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuke pasient i Møre og Romsdal

«Frå symptom til heilskap»

Statusrapport pr juni 2019



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

Statusrapport frå arbeidet med Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient i Møre og Romsdal

Introduksjon

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, frå samarbeid om innlegging og utskriving til førebygging, tidleg oppdaging av forverring, læring og meistring og lindrande behandling.

Målet om god pasientbehandling der intensjonen er «Rett pasient på rett stad til rett tid» føreset godt samarbeid og samspel mellom faglege partnere. Det å utvikle det faglege samarbeidet i pasientforløpa, som involverer både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, har eit særleg fokus innafor dei aktuelle fagmiljøa. Arbeidet med framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient er eit langsiktig arbeid som krev ein ny tenkjemåte både frå helsepersonell, pasientar og pårørande. Satsinga er i sitt tredje virkeår.

Dersom vi skal peike på ei av endringane som har kome særleg til syne i oppstartsperioda, så er det den auka vektlegginga på brukermedverknad og pasienten si rolle som ein samhandlande part i eige forløp. Dette er ei retningsendring. I den samanheng viser vi til at «Kva er viktig for deg? – dagen» blei markert for fyrste gong i helseføretaket i 2018. Dagen blei synleg på ulike måtar i 2019 både i kommunane og helseføretaket. Hensikta med markering av denne dagen er å sette kraft bak budskapet om å endre fokus frå «Kva er i veggen med deg?» til «kva er viktig for deg?».

Arbeidet med pasientforløpet er leia av ei stor og tverrfagleg samansett ressursgruppe med representasjon frå helseføretaket, kommunane, Fylkesmannen, NTNU, brukarrepresentantar og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. Overordna samhandlingsutval er styringsgruppe for satsinga.

Det er etablert ei oppfølgingsgruppe med ressurspersonar frå Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i tillegg til representantar frå ressursgruppa som fylgjer opp forbetringsteama mellom samlingane i læringsnettverket. I tillegg har oppfølgingsgruppa arrangert egne fagdagar/workshops på etterspurte temaer.

Styrker og svakheiter ved organiseringa. Ei vurdering.

Det er ei styrke at pasientforløpet omfattar både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Det inneber at 36 kommunar og dei fire sjukehusa i fylket er involvert i realiseringa av eit pasientforløp, som også er den største og mest konkrete samhandlingssatsinga i Møre og Romsdal. Det å arbeide for heilskapelege pasientforløp på tvers av tenestnivå er og vektlagt i sentrale føringar. Det kan vere både ein styrke og ei svakheit at satsinga er så omfattande. Det at prosjektet er så stort gjer det krevjande å følgje opp arbeidet med forankring, iverksetting og oppfølging av at avtalte verktøy og metodar blir brukt. Det kunne kanskje vere enklare å gjennomføre ei pilotering i ein kommune og eit sjukehus, og så breidde erfaringar og arbeidsmetodikk. Vi vurderte det slik at ei samla satsing var viktig for at pasientforløpet skulle bli breidda til alle tenesteområda samtidig. Ei

samla satsing kan bidra til drahjelp, motivasjon og inspirasjon ved at kunnskap og erfaringar frå forbetningsarbeid i den einiskilde verksemd blir delt.

Deltaking i nasjonalt læringsnettverk

Ei partssamansett arbeidsgruppe utforma pasientforløpet «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient» med utgangpunkt i HPH (heilskafelege pasientforløp i heimen), slik det blei presentert i Primærhelsemeldinga (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Iverksettinga av forløpet starta våren 2017. Vi erfarte at iverksettinga krevde oppfølging utover tilgjengeleg kapasitet. Endringar gjer seg ikkje sjølv. Ressursgruppa blei merksam på at det var etablert eit læringsnettverk for «Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke» som omfatta både kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Det blei bestemt at vi skulle søke om å få bli ein del av dette nettverket. Møre og Romsdal blei godkjent som det åttande fylket i læringsnettverket. Nettverket er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, blir eigd av KS og gjennomført av KS i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

Det blei etablert tverrfaglege forbetringsteam i 31 kommunar og ved dei fire sjukehusa. Læringsnettverket for «Gode pasientforløp» går over to år og omfattar fire to-dagars samlingar og ei femte og siste erfaringssamling. På erfaringssamlinga, som blir arrangert i september 2019, får forbetringsteama høve til å presentere status og framdrift i eige arbeid. Alle samlingane har vore ein kombinasjon av foredrag og gruppeoppgåver. Det har vore lagt til rette for at dei ulike teama kan dele erfaringar med kvarandre. Mellom samlingane har det blitt gitt tilbod om oppfølging i grupper for å dele erfaringar og få drahjelp i det vidare arbeid.

Læringsnettverket har ført til ei felles plattform, der ein utveksla erfaringar, fått samarbeidsrelasjonar, utveksla idear og reflektert over eige arbeid. Når læringsnettverket nå blir avslutta er det viktig at kunnskapsgrunnlaget som er skapt blir vidareført for å sikre vidare utvikling.

Ein kjem attende på oppfølging av forbetringsteama sitt arbeid etter at læringsnettverket er avslutta i si noverande form.

Kva har ein oppnådd hittil?

Totalt 35 tverrfaglege forbetringsteam med omlag 200 personar har delteke i læringsnettverket for å iverksette og følgje opp dei konkrete tiltaka i pasientforløpet. Dette er ei omfattande prosessuell satsing der det kan vere vanskeleg å identifisere konkrete 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 brukt i fleire av forbetringsteama. Gjennom arbeidet på ulike arenaer i satsinga, kjem det tydeleg fram ei betring i samarbeid både innafor og mellom tenestnivåa. Det blir peika på at ein saknar større involvering frå legesida. Det kjem og fram at fleire av teama saknar eit større engasjement frå leiarnivåa.

Målbilete og tiltak for satsinga 2019 - 2020

Det er særleg to tema som har fokus i det vidare. Det fyrste temaet er ei fortsetting på arbeidet med å løfte fram brukaren si stemme i forløpet. **Brukarmedverknad** har kome tydeleg på dagsorden, der ein med utgangpunkt i samtala om «Kva er viktig for deg?» vonar å styrke pasientane si involvering,

eigarskap og meistring i høve egne helseutfordringar. For mange helsearbeidarar er det sjølvstøtt at pasienten/brukaren skal vere med å bestemme i høve eiga oppfølging og behandling, med utgangspunkt i sine preferansar. Men det er og slik at denne tilnærminga representerer ei endring av arbeidsform og tenking for ein del helsepersonell. Dette handlar mykje om ulike kulturar, tradisjon og haldningar. Målet om «Pasienten si helseinteresse» krev at ein som helsearbeidar involverer, så langt det er mogleg, pasienten/brukaren i høve eiga behandling og oppfølging. Temaet skal ha særleg fokus i denne planperioda.

Det andre temaet er knytt til å **dempje behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus**. Eit tiltak i den samanheng er å auke observasjonskompetansen både i sjukeheimar, heimeinteresser og sjukehus, slik at ein kan oppdage forverring av sjukdom i ei tidleg fase. Gjennom å nytte same verktøy blir det brukt eit felles språk for klinisk vurdering av pasientar. Ved å oppdage forverring av helsestilstand tidleg, kan ein stanse sjukdomsutvikling og forhindre behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus. Ein kan og forhindre eit varig funksjonsfall. Det er og viktig å arbeide for å avklare kva ein skal gjer for å unngå forverring og ha ein beredskapsplan, der ein også har avklart neste behandlingssnivå.

Det felles planverktøyet «Palliativ plan» er eit døme på ein plan som kan vere godt egna i høve eldre pasientar med alvorleg kronisk sjukdom som eksempelvis demens, kols og hjertesvikt.

Dette skjer etter at læringsnettverket er avslutta.

Oppfølgingsgruppa har vore tett på forbetringsteama. I januar 2019 blei det gjennomført regionale samlingar i læringsnettverket for «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient» med stor deltaking frå læringsnettverket. Formålet med samlingane var å gi fagleg påfyll på ettespurte område frå forbetringsteama. Tidleg i juni blei det gjennomført workshop i tavlebruk og målemetodikk der ein del av forbetringsteama deltok. Det er gjort ei kartlegging av kva type kompetanse forbetringsteama har behov for. Det blei spurt spesifikt på tema, med moglegheit for å kome med innspel til andre faglege område. Det blei meldt behov for meir kompetanse i ulike grad i høve følgjande tema:

- «Kva er viktig for deg?» samtalen
- Prosesstøtte omkring forbetringsarbeid/måling/tavlebruk
- Rus/psykisk helse blant eldre
- Observasjonskompetanse
- Lovverk, samtykke tvang
- Aktivitet og fellesskap
- Kvardagsmeistring
- Mat og måltid
- Samarbeid med frivillige
- Vold i nære relasjonar
- Etisk refleksjon og legemiddelsamstemming

I tillegg til desse områda blei det meldt inn behov for meir kompetanse omkring etisk refleksjon og legemiddelsamstemming. Funna frå kartlegginga og tilbakemeldingar frå dei regionale samlingane vil danne grunnlag for vidare oppfølging, der vi fortsatt tilbyr erfaringsdeling, inspirasjon og fagleg oppdatering.

Det er eit mål å utvikle ei overordna kvalitetstavle slik at ein kan fylgje med på satsinga på systemnivå.

Kva treng teama aller mest i tida framover?

God forankring i toppleiinga og linjeleiinga er viktig for å ha naudsynt legitimitet og eit tydeleg mandat for å få til endring. Det blir tilrådd at arbeidet er eit fast punkt på agendaen i leiarmøter for å etterspørje framdrift og avklare kva som trengs av leiaroppfølging. Det er viktig at forbetningsarbeidet samsvarer med organisasjonen sin visjon og blir synleggjort i organisasjonen sin strategi, utviklingsplan og kvalitetssystem. Det er klokt å bygge på den kompetansen forbetringsteama har opparbeidd gjennom deltaking i læringsnettverket for «Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke», når ein no er i startgropa med å iverksette kvalitetsreforma «Leve hele livet». Iverksetting av kvalitetsreforma er ei viktig satsing i kommunane. I helseføretaket blir det viktig å integrere den kompetansen og innsikta forbetringsteama innehar, i arbeidet som skal sikre effektiv pasientforløp i sjukehusa (tidlegare sengepostprosjektet).

Det er viktig å minne om at arbeidet med «Gode pasientforløp» ikkje handlar om nye oppgåver. Intensjonen med satsinga er ei forbetring av elementa og systematikken i pasientforløpet, der brukarstemma skal vere synleg som ein samhandlande part.

Vi ynskjer alle lykke til vidare med iverksetting av framtidretta pasientforløp. Metodane kan vere relevante også for andre pasientar som har kronisk sjukdom og er mottakarar av helse- og omsorgstenester.

Ålesund, 1.juli 2019

Ressursgruppa for framtidretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient.
v/ Britt Valderhaug Tyrholm

Litteratur

1. Delrapport til Utviklingsplan (2018). Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient. Handlingsplan for 2018 (2018-2022)
2. Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.*
3. Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet.*
4. Helse - og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
5. Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Meld. St.11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).*
6. Helse – og omsorgsdepartementet. (2017-2018) *Meld.St.15 Leve hele livet – kvalitetsreform for eldre*
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 framtidsutsikter mot 2035