



# Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuke pasient i Møre og Romsdal

Oppdatert handlingsplan for 2018 (2018-2022)



## **Bakgrunn og historikk (korleis kom vi dit)**

Ei partssamansett arbeidsgruppe og styringsgruppe har utforma «Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuke pasient». Arbeidet er forankra i Overordna samhandlingsutval. Arbeidsgruppa har lagt følgjande definisjon til grunn i arbeidet:

Den eldre multisjuke 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. Multisjuke pasientar har behov for tverrfagleg og funksjonsretta tilnærming.

Arbeidsgruppa sitt motto: «Frå symtom til heilskap». Arbeidsgruppa har hatt dette effektmålet:

Den multisjuke eldre pasienten skal få kvalitativt gode og likeverdige tenester i Møre og Romsdal med fokus på pasienten sine helsebehov. Pasienten skal få eit betre liv gjennom meistring og tryggleik i helsetenestene i tråd med nasjonale retningslinjer og føringar, og med basis i Samhandlingsavtala mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal.

Arbeidsgruppa har særleg hatt desse tre fokusområda:

- 1) Utforme systematikk og struktur i oppfølginga av pasientane i målgruppa. I den samanheng er det utforma tre sjekklister, ei til bruk i sjukehusa, ei til bruk i heimetenestene og ei til bruk ved korttidsopphald.
- 2) Sikre overgangane mellom tenestenivåa.
- 3) Endring av fokus, frå «kva er i vegen med deg», til «kva er viktig for deg»

På sjukehuset vert pasientar plasserte etter hovuddiagnose. Ein må såleis vere merksam på kva diognosar som har hyppigast førekommst i den eldre delen av befolkninga (over 80 år). Reinnlegging etter sjukehusopphald vert målt etter følgjande 11 ulike diognosar: astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjartesvikt, lungebetennelse, hjerneslag, brot, gikt, dehydrering, forstoppelse, gastroenteritt, urinveisinfeksjon og mangelanemiar ( [www.helsenorge.no](http://www.helsenorge.no)).

## **Organisering.**

Arbeidsgruppa har, i tillegg til brukarrepresentantar, vore samansett av fagpersoner frå helseføretaket og kommunane. Arbeidsgruppa er gått over til å bli ei ressursgruppe for å understøtte iverksettinga av pasientforløpet og er ytterligare utvida med fagpersonar frå Ressurssenteret for sjukeheim og heimetenester, NTNU Ålesund og Fylkesmannen i Møre og Romsdal.

### **Medlemar frå helseføretaket:**

Leiar: Samhandlingssjef Britt Valderhaug Tyrholm, Fagavdelinga HMR

- Geriater Petra Thiemann Vadset, Ålesund sjukehus
- Avdelingssjef Mona Ryste, Volda sjukehus
- Kvalitetsrådgjevar/prosessrettleiar Turid Rimereit Aarønes, Fagavdelinga HMR
- Seksjonsleiar Gudrun Karlsen, (ny frå 13.des.) Kristiansund sjukehus
- Teamleiar LM (læring og mestring) og sekretær for gruppa. Toril Kvisvik,

Brukarrepresentantar: Pensjonist/geriater Odd Roe Skogen og Daniel Ask (vara Hilde Marie Kleiven).

Medlemmar frå kommunane:

- Praksiskonsulent/fastlege Thilde Camilla Svela, Molde kommune
- Leiar for pleie- og omsorgsteamet, Solveig Årø, Ålesund kommune
- Prosjektleiar helse og omsorg, Gro Berild, Rauma kommune
- Einingsleiar Heimetenester Gro Sundet Kristiansund kommune
- Fagutviklingssjukepleiar Gro A. Frøystad Voldsund Herøy kommune.
- Fagsjef, pleie- og omsorg, Kjersti Bakken, (ny frå 20.jan.) Molde kommune

Andre: Leiar Brit Krøvel, Utviklingsenteret for sjukeheim og heimetenester, Ralf Kirchhoff NTNU Ålesund, Eli Mette Finnøy Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Styringsgruppe: Overordna samhandlingsutval

**Nosituasjon**

Iverksetting av forløpet er starta ved at det ble gjennomført fire oppstartssamlingar for forløpet våren 2017 med stor deltaking frå kommuner og helseføretak. Det er i ferd med å bli etablert forbetringsteam i alle kommunar og ved alle sjukehusa som skal følgje eit læringsnettverk som KS gjennomfører for Gode pasientforløp for eldre og kronisk sjuke. KS har sitt oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Folkehelseinstituttet og er forankra i Primærhelsemeldinga (Meld. St 26. Helse og Omsorgsdepartementet 2014-2015) og Norsk helse- og sykehusplan (Meld. St 26. Helse og Omsorgsdepartementet 2015-2016). I tillegg til læringsnettverket skal ein bruke etablerte møtearenaer for fagfolk for å formidle kunnskap om arbeidsmetodar og verktøy som følgjer forløpet. Arbeidsmetodar og verktøy er i all hovudsak henta frå det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender». Fokuset skal endrast frå «kva er i vegen med deg» til «kva er viktig for deg» Iverksetting av forløpet blir støtta og følgt av ei partssamansett ressursgruppe som har eit minimum treårsperspektiv (2017 - 2019) på arbeidet med å iverksette forløpet med verktøy og metodar. Vi er i gang.

**Overordna føringer**

Då samhandlingsreforma vart vedteken gjennomført for å møte utfordringar i helsetenestene, var ei av hovudutfordringane at ikkje pasientar med behov for koordinerte tenester var godt nok ivaretakne. 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 akuttilbod 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.

Til dømes seier Meld. St. 26 (2014- 2015) Primærhelsemeldinga, at fordi brukarane med dei største behova ikkje mottek tenester med god nok kvalitet, medfører det menneskeleg liding, overforbruk av sjukehustenester og større hjelpebehov. Noko som fører til høgre kostnad og feil bruk av ressursane.

I følgje Meld. St.11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sjukehusplan , er dei største utfordringane i dei kommunale helse- og omsorgstenestene , sett frå brukarane sin ståstad, at tenestene vert opplevde som fragmentert, det er lite brukarinvolvering og at fastlegane er for dårleg integrerte i resten av den kommunale helse- og omsorgstenesta. Liknande utfordringar har ein også i spesialisthelsetenesta. Det er behov for meir systematisk oppfølging og auka medisinsk kompetanse til pasientar med samansette sjukdomstilstander. Det blir og peika på at «å ta i bruk pasienten sine egne ressurser er en medisin som er for lite brukt» . (ibid s.12).

### **Utviklingstrekk og framskriving**

Helsetenesta vil som følgje av den demografiske utviklinga, møte fleire pasientar med aldersrelatert sjukdom, samansette lidingar og fleire diagnosar som vil krevje langvarig oppfølging. Sjukdomar som kols, diabetes, kreft, hjarte- og karsjukdom, muskel- skjelettplager og demens vil utgjere hovudutfordringane. Ovannemnde sentrale dokument og føringar understøttar at det er behov for eit felles løft i høve til den multisjuke eldre pasienten og betre samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Sjølv om fleire eldre er friske, så inneber utviklinga at ein står overfor ei vesentleg auke i talet på eldre menneskjer som treng helsetenester.

Det er og forventa at fleire oppgåver skal bli ivaretakne i kommunane. Jfr også til føringane frå Helse Midt Norge «mandat for lokalt utviklingsplanarbeid» (s.5):

*Framtidas kapasitetsutfordringer må i større grad løses ved at pasientene behandles utenfor sykehus. Det betyr forebygging, nye pasientforløp, innovasjon, bruk av ny teknologi og ikke minst samarbeid i og om helse på tvers av nivåer. Det forventes at helseforetakene initierer tettere samarbeid med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid.*

Andre aspekt som og kjem fram i meldinger er det som blir omtala som den «nye pasientrolla» og pasienten si helseteneste. Føringane tilseier at pasientane i auka grad skal vere involverte i valg av behandling og oppfølging av egen sykdom. «Den medvirkende pasient deltar i forebygging og behandling av egen sykdom» (Meld.St.11 s. 59).

### **Analyse og veival ( Kva for muligheter har vi og kva vel vi?)**

#### **Styrker og svakheiter. Ei vurdering.**

Det er ei styrke at pasientforløpet omfattar både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta . Det inneber at 36 kommuner 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 heilsapelege pasientforløp på tvers av tenestenivå er og veklagt i sentrale føringar. Det kan forståast som 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 metodar blir brukt. Det kunne kanskje vere enklare å gjennomføre ei pilotering i ei kommune og eit sjukehus, og så bredda erfaringar og arbeidsmetodikk. Ein vurderte det slik at ein ynskte ei samla satsing fordi det er viktig at pasientforløpet blir bredda til alle tenestenivå samtidig. Ein føreset at ei samla satsing kan bidra med drahjelp, motivasjon og inspirasjon ved at kunnskap og erfaringar frå forbettingsarbeid blir delt og bredda.

Pasientforløpet for den eldre multisjuke pasienten skal sikre rett pasient på rett stad til rett tid, og tilbodet gjeld for innbyggjarane i dei 36 kommunane og dei fire sjukehusa i Møre og Romsdal slik at pasientane kan sikrast eit likeverdig tilbod. Ei felles framstilling av pasientforløpet for den multisjuke eldre pasienten vil kunne lette forståinga både av ansvarsdeling og oppgåvedeling slik at bruken av

ressursane vert meir målretta. På denne måten vil det vere mogleg å redusere talet på overgangar og bruk av institusjonsplassar.

Brukane av tenestene er ein særsviktig interessent, og det er ei styrke at «grunnhaldninga » i dette prosjektet er å ta utgangspunkt i kva som er viktig for den enkelte brukar. Denne fokusendringa understøttar at pasienten, evt. saman med pårørande, er involvert før det blir teke val om behandling. På det viset skal tiltaka i pasientforløpet understøtte meistring, tryggleik og livskvalitet for pasienten.

**Bruk av teknologi gir nye muligheter.** Tenestene står overfor omfattande utfordringar, men også overfor store muligheter både i kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta (Meld. St 26. Helse og Omsorgsdepartementet 2014-2015) ved å:

- *Ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder slik som IKT som kan gi helt andre muligheter for pasienter å både til å bestille tjenester, kommunisere med tjenesten, monitorere egen sykdom, skaffe seg informasjon og få tilgang til egne journalopplysninger*
- *Telemedisin som gir muligheter til å få behandling/oppfølging hjemme eller lokalt, i stedet for å reise langt for å komme på legekontor eller sykehus. (Ibid)*

I tillegg til dette vil bruk av velferdsteknologi gi pasienter auka muligkeit til friheit, tryggheit og meistring og vil være eit naturleg verktøy å ta hensyn til både i forhold til multisjuke og andre pasientar.

### Målbilete, tiltak og organisering (Korleis vil vi ha det og kva må vi gjere?)

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 utskrivning til førebygging, læring og meistring og lindrande behandling. Samtidig er her eit stort potensialet for forbetring av helsestenestetilbodet for ei stor og veksande pasientgruppe.

Det er desse resultatmåla som er lyfta fram av ressursgruppa:

Sikre heilskafelege helsetenester for den eldre multisjuke pasient, ved å :

- 1) Sikre overgangane i pasientforløpet
- 2) Reinnlegging skal reduserast for den eldre multisjuke pasienten.
- 3) I pasientforløpet skal pasientane i Møre og Romsdal ha samstemte medikamentlister, vere vurderte for fallrisiko, vurderte for kognitiv funksjon og sikra god ernæring.
- 4) Mobilisering og rehabilitering skal vere ein integrert del av pasientforløpet.
- 5) Plan ved forverring skal vere utforma.

Resursgruppa har tilrådd at desse tiltaka blir prioritert i 2018 (justert etter møte 7.feb. markert med raud tekst):

Frå helseføretaket si side:

- Epikrise føreligg ved plan om utskrivning
- Rett bruk av e-meldingar
- Innføre screening «kva er viktig for deg»
- Medverke til utforming av plan ved forverring
- Medverke til auka bruk av ØHD/KAD som alternativ til innlegging i sjukehus

Frå kommunane si side:

- Innføre screening «kva er viktig for deg»
- Oppfølging av primærkontakt innen tre dager
- Kontroll hos fastlege etter to veker blir gjennomført
- Auke bruk av ØHD/KAD –tilbodet som alternativ til innlegging i sjukehus
- Plan ved forverring av pasienten sin tilstand er tilgjengeleg i pasienten sin Journal

Ressursgruppa tilrår at det blir arbeidd med å iverksette desse tiltaka på begge nivåa i helsetenestene i heile planperioda (2018-2022) :

- Innføre relevante tiltakspakkar i pasientsikkerheitsprogrammet som fallførebygging, samstemte legemiddellister, tidleg oppstart av behandling, god ernæringsstatus, mobiliering og rehabilitering.
- Auke fagleg medisinsk fagleg kompetanse i høve til den multisjuke pasient

## Litteratur

1. Aftenposten. (2017). Ny behandling på sykehjem fører til kraftig reduksjon i innleggelsjer på sykehus.
2. Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*.
3. Helse Midt- Norge RHF. (2016). *Mandat for lokal utviklingsplan - 2018-2021 Helse Møre og Romsdal HF*.
4. Helse Møre og Romsdal HF. (2015). *Samhandlingsavtale mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF*.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
6. Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*.
7. Helse - og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Meld. St.11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019)*.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. (2017): *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning* fo
11. www. Helsenorge.no