



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

Oppsummering etter at læringsnettverket er avslutta.

Vegen vidare med handlingsplan for 2020.



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 blei gjennomført som ei erfaringssamling, september 2019. Heile 31 kommuner og dei fire sjukehusa har delteke i læringsnettverket med tverrfaglege forbetringsteam, der forbetringsteama har blitt oppdatert 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 blei deltaking i det nasjonale læringsnettverket avslutta i september 2019.

Handlingsplanen for 2020 er ein revisjon av handlingsplanen for 2019/2020 og viser kva for tiltak ein må arbeide med for at satsinga held seg levande og at utviklinga kan halde fram.

## Kven er den eldre multisjuka pasient?

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.*

I arbeidet med forløpet, so har den eldre multisjuka pasient blitt definert som den pasient som får tenester både frå kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Forløpet og arbeidsforma kan soleis også omfatte yngre pasientar med kun ein sjukdom.

## Aktuelle 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 heilskapelege 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.

I den nyleg framlagde helse- og sjukehusplanen (NHSP) (2020-2023) blir budskapet gjenteke ved at det blir vist til at spesialisthelsetenesta må legge til rette for at dei store pasientgruppene med kroniske og samansette problemstillingar, i størst mulig grad får sine tenester nær der dei bor. Det «utadretta sjukehuset» som både kan tilby virtuelle og fysiske tenester er omtala og tilrådd. Dette blir særst viktige områder å jobbe med komande år.

NHSP tilrår også at ein opprettar 19 helsefellesskap mellom helseføretaket og kommunane for å sikre gode tenester for:

- Barn og unge
- Personar med alvorlege psykiske lidingar og rusproblemer
- Skrøpelege eldre
- Personar med fleire kroniske lidingar

Frå sjukehustalen til Bent Høie (2019): Nær halvparten av pasientane med store behov for helsetenester, er eldre pasientar. For pasientar over 80 år er dei vanlegaste tilstandane ved innlegging i sjukehus:

- Hoftebrudd
- Lungebetennelse
- Influensa
- Hjartesykt

Det er liten grunn til å tru at dette er annleis i Helse Møre og Romsdal HF.

### **Kva har ein oppnådd?**

Arbeidet med eit heilheitleg pasientforløp 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. Forbetringssteama har kome ulikt i si framdrift. Verktøy som sjekklister, «kva er viktig for deg?»- samtala og kvalitetstavler blir brukt i fleire av forbetringssteama. Fleire forbetringssteam har gitt uttrykk for at dei planlegg å innføre kvalitetstavler for å sikre og å synleggje systematikken i satsinga. Gjennom arbeidet på ulike arenaer i satsinga, kjem det tydeleg fram at det har skjedd ei betring i samarbeid både innafor og mellom tenestnivåa. Her fylgjer nåkne utsagn om kva for endring ein har registrert som fagperson og/eller leiar etter at arbeidet med forløpet tok til:

- *Betre dialog mellom kommune og sjukehus – auka fellesskap og betre samhandlingsklima.*
- *Mykje bevisstgjerjing og bruk av «Kva er viktig for deg» samtalen.*
- *Utvikling av felles kompetanse som bruk av tavler (Pilot gr. B slag/geriatri/endo) og NEWS*
- *Meir bruk og bedre kjent med palliativ plan for fleire pasientgrupper*
- *Meir riktig sjukepleiedokumentasjon*
- *Lettare at pasienten får hjelp på rett omsorgsnivå.*
- *Tenker meir heilheitleg, overførbart til ortogeriatri og SNR.*
- *Bedre kvalitet for den enkelte pasient.*
- *Fleire «rette» pasientar er lagt inn på rett tid.*
- *Tankegangen i pasientforløpet er implementert i tenestene*
- *Vi har fått ei verktøykasse med mange gode verktøy*

- *Betre bruk av ressursar, meir system og ikkje sjukehus for ein kvar pris*
- *Auka fokus på oppfølgingsplan - brukarmedverknaden har vorte utvida*
- *Fokuset på overgangar har blitt annleis*
- *Meir kjennskap til dei ein samarbeider med og tilboda deira, ein kan registrere:*
  - *større forståing for kvarandre sine behov og arbeidskvardag*
  - *erfarer større grad av felles ansvar*
  - *færre reinnleggingar*
  - *screeningar er meir organisert*
- *Vi trur at kvaliteten på e-meldingane inn til sjukehusa og frå sjukehusa har blitt betre.*
- *Vi har fått ein gavepakke, som vi ikkje heilt veit korleis vi skal ta skikkeleg i bruk.*

### **Kva treng forbetringsteama aller mest i tida framover?**

Forbetringsarbeid tek tid og krev øving. Tenestestadane har kome ulikt. Satsinga må halde fram fordi ein er ikkje i mål med iverksetting av tiltaka. 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 forbetringsarbeidet 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». Kvalitetsreforma har fem innsatsområder der Helsehjelp og Samanheng og overgangar i tenestene er områder som tangerar satsinga med pasientforløp for den eldre multisjue pasient. Som aktørar i regionalt støtteapparat har USHT og Fylkesmannen blant anna fått i oppdrag å gi tilbod om støtte og rettleiing til utvikling, iverksetting og evaluering av lokalt planarbeid. Dei skal også invitere til læringsnettverk og erfaringsdeling mellom kommunane. I 2020 vil Fylkesmannen og USHT arrangere videokonferansar om planarbeid og systematisk kvalitetsarbeid for kommunane og invitere til læringsnettverk i kvalitetsforbedring som metode. Dette vil styrke og bygge vidare på arbeidet som har vore gjort i læringsnettverk for pasientforløpet. Vidare er det særskild viktig å integrere den kunnskap som finnes i forbetringsteama der når det skal etablerast og organiserast «Helsefellesskap» mellom helseføretaket og kommunane i fylket.

Forbetringsteama har gitt uttrykk for at dei ynskjer meir faglege workshops med konkrete tema, der personell i kliniske posisjonar i sjukehus og kommunar sit rundt same bord og diskuterar/arbeider med fagleg tematikk knytt til felles relevante case.

### **Covid19-pandemi og arbeidet med pasientforløpet**

Covid19-pandemien har gitt helsesektoren store utfordringar og har medverka til fortgang i bruken av digitale løysingar og medisinsk samarbeid for å sikre god pasientbehandling. Covid19 har mellom anna ført til auka fokus på det medisinske samarbeidet mellom helseføretaket og kommunane i høve pasientar med multisjukdom og behov for helsehjelp. Ein registrerar ei utvikling i samhandlinga i høve vurdering av rett behandlingnivå.

Det er utvikla eit hjelpeskjema i høve prioritering med omsyn til Covid19-sjukdom. Aktuelle skjema er relevant også der det ikkje skal takast omsyn til anna enn rett behandlingnivå for ein pasient i høg alder med multisjukdom. Hjelpeskjema for vurdering av rett behandlingnivå kan du lese [her](#)

## **Bruk av videokonsultasjon/telefonmøter har hatt eit gjennombrøt som følgje av pandemien.**

Ein kan registrere at bruken av avstandsoppfølging har hatt ei formidabel utvikling i perioda mars/april 2020. Dette har ein særleg sett i høve videokonsultasjonar ved poliklinikkar i helseføretak og hjå fastlegane i kommunane. Det er svært gode tilbakemeldingar på erfaringane med konsultasjonsforma både frå pasientar og behandlarar.

Det er også eit behov å få fortgang på den medisinsk avstandsoppfølging som inneber at pasientar med kronisk sjukdom kan få oppfølging via nettbrett og mobil sensorteknologi. Helsepersonalet følgjer med på målingar via ein responsteneste, og kan rettleie pasienten og sette inn tiltak ved behov.

Ressursgruppa ser for seg å vere ein pådrivar for ein eigen strategi for ei slik satsing i inneverande år.

### **Mål og tiltaka for 2020**

Arbeidet med pasientforløpet dreier seg om å innføre meir standardiserte arbeidsprosesser og ha ein lik forståing av kva ein vil med satsinga.

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 tidleg oppdaging av forverra tilstand og føringar ved forverring.
  - a. Bruk av verktøyet ABCDE for tidleg oppdaging av forverring og
  - b. Bruk av verktøyet palliativ plan for å ha avklara tiltak ved forverring.
- 3) Medverke til utforming av strategi som understøtter bruk av medisinsk avstandsoppfølging for kronisk sjuke pasientar.
- 4) Sikre trygg overgang mellom tenestenivå der mobilisering og rehabilitering inngår i forløpet
- 5) Ta i bruk felles verktøy 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.
- 6) Relevant fagleg kompetanse i høve den eldre multisjuke pasient må styrkas i helseføretaket og kommunane
- 7) Arbeide for at det blir brukarrepresentant i forbetringsteama i kommunane
- 8) Auke bruk av KAD/ØHD som alternativ til innlegging i sjukehus
- 9) Tiltrå etablering av ambulant verksamheit

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»	Opplæring av tilsette i: »Kva er viktig for deg-samtalen» Dokumentere i e-meld. og sjukepleierrapport Markere «kva er viktig for deg – dagen» 9.juni, tilpassa Covid-19,	Tema i dei regionale samlingane Tema på faglege møter ved sjukehusa og i kommunane I kommunane, der folk møtast. Markere dagen med gjennomføring av webinar	Bruke manuelle målingar.  Undersøkje responsen av webinar-arrangementet
Dempe behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus.	Pasient- og pårørendeopplæring inngår i aktuelle pasientforløp  Tilstrekkelig informasjonsoverføring mellom helsepersonell, der oppfølgingsansvaret er avklart. Bruke skriftleg pasientinformasjon ved utskriving  Tidleg oppdaging av forverra tilstand ved bruk av ABCDE, NEWS, ISBAR  Spes. H.tj.og fastlegar tilbyr avstandsoppfølging i form av videokonsultasjon/telefonkonsultasjonar  Medverke til teknologi for medisinsk avstandsoppfølging blir tatt i bruk for kronisk sjuke pasientar.  Plan ved evt. forverret tilstand er tilgjengeleg i journal  Bruk av palliativ plan	Tema på relevante faglege møter Møteplass Møre og Romsdal, i møte med praksiskonsulentene Møte med overlegenivået i helseforetaket  Tidleg oppdaging av forverra tilstand:  Gjennomføre pilot mellom Kristiansund sjukehus v/ kir.avdeling og Kristiansund kommune med utgangspunkt i bruk av metodikken i NEWS, ABCDE, og ISBAR Opplæring i alle kommuner i fylket. Bruk av hjelpeskjema for avklaring av behandlingsnivå, <a href="#">her</a>  Tema i faglige møter/seminar	Følgje med på at pasient- og pårørende opplæring inngår i relevante pasientforløp  Følgje med på statistikk over innleggingar/reinnleggingar  Endre epikrisemal etter endt pilotering  Bredde arbeidsforma etter endt pilot.  Følgje med på tilbakemeldinger
Sikre trygg overgang mellom helseforetaket og kommunene. Iverksette sjekklister 1) i sjukehusa - <a href="#">her</a>	Sørge for leiarforankring Bredde informasjon i leiarlinja i sjukehusa Bruk kvalitetstavler for å synleggjer tiltaka	Bruke leiar møter Bruke faglege møtearenaer	Identifisere og følge opp målepunkt
Felles verktyg som screeningar som sikrar systematikk og struktur i oppfølginga av pasientane i målgruppa er tatt i bruk  Ta i bruk tiltakspakkene som ligger i pasientsikkerhetsprogrammet	Oppfølging av sjukepleier innan 3 døgn Besøk hos fastlegen innan 14 dager	Kommunale heimetjenester og institusjonstilbod	Iverksette målingar for å sikre at ein gjer det ein er enig om

Relevant fagleg kompetanse i høve den multisjuka pasient helseføretak og kommuner	Tilsetting i stilling for geriater ved Volda og Molde sjukehus. Identifisere og formidle kompetansebehov Tilby relevant fagleg oppdatering ved behov Hospitering Ambulant team geriatri	Leiinga i helseføretaket Bruke etablerte møtearenaer som lokale samhandlingsutval Fylkesmannen Læringsnettverket Ressursgruppa	Leiargruppa i helseføretaket Leiinga i kommunane Ressursgruppa
Arbeide mot at det blir brukarrepresentant i forbetringsteama i kommunane	Tilrå at forbetringsteam knytter til seg ein brukarrepr.	Brukarorganisasjonar Brukerutvalet i Møre og Romsdal	
Auke bruk av ØHD/KAD –tilbodet som alternativ til innlegging i sjukehus	Tilbodet må bli betre kjent hjå partane Kommunane må oppdatere sine legar om tilbode	Kommunale legeteneste Avdeling for akuttmottak, Behandlarfagråd	Følge med på statistikk, spre kunnskap om og interesse for tilbodet
Ingen utskrivningsklare pasientar i sjukehusa frå 2022	God overvåking av situasjonen. Nær dialog med dei kommunane som har problemer.	Gjennomføre samarbeidsmøter med dei kommunane som ikkje tek imot pasientane	Møter med aktuelle kommuner. Møter på samhandlingsarenaer, prosjektleiar/samhandlingssjef

### Oppsummert:

Prioriterte satsingar i 2020

Helseføretaket	Kommunane
<p>Gjennomføring av «kva er viktig for deg?»- samtala (målpoint)</p> <p>Dempe behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus: Iverksette momenta i «Trygg utskrivning», sjekklister</p> <p><u>Følge med på:</u></p> <p>«Kva er viktig for deg?» - samtale og dokumentasjon</p> <p>Bruk av palliativ plan</p> <p>Reinnleggingar</p> <p>Epikrisetid</p> <p>Utskrivningsklare pasientar</p> <p>Kvalitet på e-meldingane</p> <p>Bruk av ØHD/KAD tilbodet</p> <p>Pasientorientering</p> <p><u>Arbeide for:</u></p> <p>At pasientar får skriftleg pasientorientering A6 eller tilsvarende når dei blir skriven ut frå sjukehus</p> <p>At det blir tilsett geriater ved alle sjukehus</p> <p>At kompetansen i høve den eldre multisjuka pasient aukar</p> <p>Understøtte iverksetting av medisinsk avstandsoppfølging i heimesjukepleien</p>	<p>Gjennomføre «kva er viktig for deg?»-samtala (målpoint)</p> <p>Dempe behov for innlegging/reinnlegging i sjukehus</p> <p>Oppfølging av sjukepleiar innan 3 dagar (målpoint)</p> <p>Besøk hjå fastlege innan 14.dager (målpoint)</p> <p><u>Følge med på:</u></p> <p>Kvaliteten på e-meldingane</p> <p>Bruken av ØHD/KAD tilbodet</p> <p>Bruk av palliativ plan</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 multisjuka pasient aukar</p> <p>Arbeide for å rekruttere brukarrepresentant i forbetringsteama</p> <p>Arbeide for å bredde tilbod om medisinsk avstandsoppfølging i heimesjukepleien i kommunane i Møre og Romsdal</p>

### **Saman:**

Arrangere felles fagdagar/workshop knytt til kvart sjukehus med kommunane i opptaksområdet.  
Veiledningsteamet lagar plan for slik fagleg oppdatering.

- Vår 2020: Det er gjennomført sjukehusvise workshop om palliativ plan (unntatt Molde sjukehus).  
Fagdagar om kvalitet og standardisering i sjukepleiedokumentasjon er avlyst.
- Haut 2020: Sjukehusvise workshops om kvalitet i dokumentasjon, der ein arbeider med case blir  
planlagt når det blir gitt høve til å møtast fysisk til seminar. Fagdagar om palliativ plan

### **Litteratur**

1. Delrapport til Utviklingsplan (2018). Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient. Handlingsplan for 2018 (2018-2022)
2. Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenenes 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
10. Helse- og omsorgsdepartementet (2019) Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023.
11. Helseministeren sin nyttårstale 2019.