

Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient.

Utviklingsplan 2018 -2022



Bakgrunn og historikk (korleis kom vi dit)

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

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 pasientar har behov for tverrfagleg og funksjonsretta tilnærming.

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

Den multisjuka 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 vege med deg», til «kva er viktig for deg»

På sjukehuset vert pasientar plasserte etter hovuddiagnose. Ein må såleis vere merksam på kva diagnosar som har hyppigast førekomst i den eldre delen av befolkninga (over 80 år). Reinnlegging etter sjukehusopphald vert målt etter følgjande 11 ulike diagnosar: astma/kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjartesvikt, lungebetennelse, hjerneslag, brot, gikt, dehydrering, forstoppelse, gastroenteritt, urinveisinfeksjon og mangelanemiar (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 Chris Mari Olsen, 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.

Andre: Leiar Brit Krøvel, Utviklingssenteret 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 blei gjennomført fire oppstartssamlingar for forløpet våren 2017 med stor deltaking frå kommuner og helseføretak. Det er i ferd med å bli etablert forbedringsteam 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 vertyg 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 føringar

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 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.

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 lidning, overforbruk av sjukehusstenester og større hjelpebehov. Noko som fører til høgare 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 ressursar er ein medisin som er for lite brukt» . (ibid s.12).

Utviklingstrekk og framskrivning

Helsetenesta vil som følgje av den demografiske utviklinga, møte fleire pasientar med aldersrelatert sjukdom, samansette lidningar 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 ivaretekne i kommunane. Jfr også til føringane frå Helse Midt Norge «mandat for lokalt utviklingsplanarbeid» (s.5):

Framtidas kapasitetsutfordringar 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. Føringerane 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 spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten . 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 samhandlingssatsninga i Møre og Romsdal. Det å arbeide for heilskapelege pasientforløp på tvers av tenestenivå er og vektlagt i sentrale føringar. Det kan forståast som både ein styrke og ei svakheit at satsninga 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 helseføretak, 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 forbetningsarbeid blir delt og bredda.

Pasientforløpet for den eldre multisjuka 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 multisjuka 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.

Brukarane av tenestene er ein sær viktig 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 legekantor eller sykehus. (Ibid)*

I tillegg til dette vil bruk av velferdsteknologi gi pasienter auka mulighet til friheit, trygghet og meistring og vil vere eit naturleg verktøy å ta hensyn til både i forhold til multisjuka 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 utskriving 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 heilskapelege 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.

Ressursgruppa har tilrådd at desse tiltaka blir prioritert i 2018:

Frå helseføretaket si side:

- Epikrise føreligg ved plan om utskriving
- Rett bruk av e-meldingar

Frå kommunane si side:

- Kontroll hos fastlege etter to veker blir gjennomført
- Plan ved forverring av pasienten sin tilstand er tilgjengeleg i pasienten sin journal

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

- Innføre screening «kva er viktig for deg»
- Innføre relevante tiltakspakkar i pasientsikkerheitsprogrammet som fallførebygging, samstemte legemiddellister, tidleg oppstart av behandling, god ernæringsstatus, mobilisering og rehabilitering

Andre moment i målbilete for åra 2019- 2021.

- Det bør og vere eit mål og arbeide for at det blir ein slutt på at pasientar blir liggande i sjukehus og vente på tilbod frå kommunehelsetenesta. Det kan ver ei belastning for pasienten det gjeld og sjukehuset er ikkje rigga for å handtere denne oppgåva.
- Det er eit mål at ein på sikt kan få ei meir tydeleg oppgåvedeling mellom tenesteområda på konkrete områder. Det er viktig at det er eit likt helsetenestetilbod i fylket, så vel innafør kommunehelsetenesta som i spesialisthelsetenesta. Dette for at tenestene skal vere mest muleg forutsigbare for brukarane uavhengig av kva kommune dei bur i og kva sjukehus dei soknar til. Det er i dag ulikskap mellom kommunane med omsyn til kva for behandling som blir gitt i kommunane og kva for behandling som krev innlegging i sjukehus. Eit døme på slik ulikskap

er at det i dag er kommuner som gir intravenøs behandling slik at pasienten slepp å bli lagt inn på sjukehus for å få slik behandling. Eit anna døme kan vere kompetanse innafor sårbehandling. Dersom ein i utviklingsplanperioda og skal vurdere tiltak som gjeld konkret oppgåvedeling, så vil det vere områdar som krev eige planlegging i form av:

- einigheit mellom partane om innhaldet i oppgåvedelinga,
- tilrettelegging i form av kompetanseoverføring og rettleiing.

Resultat kan bli at pasientar blir spart for unødige innleggingar i sjukehus i framtida og kan få fleire helsetenester nærare der dei lever og bur.

Litteratur

1. [www. Helsenorge.no](http://www.Helsenorge.no)
2. Helse Midt Norge «mandat for lokalt utviklingsplanarbeid»
3. Helse- og omsorgsdepartementet (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, Oslo.
4. Helse- og omsorgsdepartementet (2015). Norsk helse- og sykehusplan (2016-2019), Oslo.