

Pasientsentrert helsetjenestetsteam for eldre skrøpelige

1. Innledning - bakgrunn for prosjektet

Skrøpelige multisyke eldre er den pasientgruppen som vokser hurtigst i Norge i dag. I sum utgjør de allerede om lag 10% av det totale antallet innbyggere i Norge. På grunn av at vi ikke har noe system som klarer å fange opp skrøpelige multisyke på riktig måte, slik at ytterligere sykdom kan forbygges, behandles de gjentatte ganger i den dyreste enden av helsetjenesten. Det vil si på sykehus etter akuttinnleggelser. Forskning viser at denne pasientgruppen, som bare utgjør 10% i antall, bruker opp hele 66% av samtlige ressurser som finnes i helsetjenesten. Denne pengebruken fører ikke til spesielt god helsetjeneste, og pasientene opplever den som ukoordinert og fragmentert, og i verste konsekvens påfører selve helsetjenesten pasienten mer sykdom.

Med ovenstående problemstilling er det behov for å utvikle bedre og mer helhetlige tjenestetilbud til skrøpelige eldre pasienter. Med samhandling og brukermedvirkning i praksis som hovedfokus ønsker vi å utvikle tjenestene på lag med kommunehelsetjenesten. Vi ønsker å utvikle og pilotere en pasientsentrert, helhetlig og proaktiv helsetjenestemodell for pasienter som er stormottakere – eldre og skrøpelige. Tanken er at en skal jobbe både forebyggende (i forkant eller i stedet for innleggelse i sykehus) og i etterkant av en sykehusinnleggelse.

Hensikten er å utarbeide en modell for «Pasientsentrert helsetjenestetteam» (PSHT) som skal bestå av sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og geriater. I modellen skisserer vi at PSHT skal jobbe proaktivt og forebyggende ovenfor eldre skrøpelige. Et godt samarbeid med øvrige aktører i helsevesenet, blant annet fastlegene og hjemmetjenesten vil være viktig. PSHT skal i tillegg til å jobbe ambulant også bistå mens pasienten er innlagt med tilføre viktig informasjon til sykehusavdelingene, og sikre god informasjonsutveksling til kommunen ved planlagt utskrivelse. Målgruppen i piloten vil være eldre skrøpelige som bor hjemme med begynnende funksjonssvikt, der målet er å teste og etablere et pasientsentrert helsetjenestetteam i spesialisthelsetjenesten.

2. Innovasjonsgrad

Prosjektet er et tjenesteinnovasjonsprosjekt og vil gi innovasjoner som i all hovedsak omhandler utvikling av ny metodikk, nye arbeidsprosesser, ny type samhandling, og organisering og bruk av eksisterende digitale løsninger satt sammen til en modell. Innovasjonsgraden er derfor særlig knyttet til ny tjenesteutvikling med bruk av eksisterende teknologi. Forskning viser at pasientsentrert helsetjenestetteam fører til 10% færre ø-hjelpsinnleggelser i løpet av 6 mnd, 32% færre ø-hjelps liggedager, 130% mer planlagt poliklinikk og 43 % redusert dødelighet etter 6 mnd. (ref. Dalbakk, G. B. med flere) BMC Health Research volume 19, 682 (2019)).

Innovasjonsgraden er høy. Vi har sett til UNN sitt prosjekt med å utvikle og pilotere en personsentrert, helhetlig og proaktiv helsetjenestemodell for pasienter med sammensatt sykdomsbilde, og vil nå utforske mulighetsrom og løsning for å finne frem til en ny modell som passer i Helse Møre og Romsdal.

3. Gjennomføring

Plan 2021/2022	Milepæl	Aktiviteter
Okt-Nov	0	Presentere og forankre prosjektet hos praksiskonsulent for fastlegene, kommunalsjef og i ledermøte i Ålesund kommune
Januar	1	Presentere og forankre prosjektet på fastlegemøte i Ålesund kommune samt for virksomhetsleder og ansatte i hjemmetjenesten Ålesund kommune
Januar - Februar	2	Presentere prosjektet som orientering til brukerutvalget Utforme og tilgjengeliggjøring av digital henvisning til PSHT Ta i bruk og test felles digital løsning for bruker, pårørende, fastlege, hjemmetjeneste og spesialisthelsetjeneste

		Bruker, pårørende, hjemmetjeneste og fastlege er kjent med ny mulighet for henvisning til PSHT
Mar-okt	3	Ambulant team virksomme, Fastlege henviser digitalt, PSHT gjør vurderinger Geriatr vurderer digitale henvisninger fra fastlege Videokonsultasjon med geriatr, mens ambulant team er hos pasienten Pasientene følges opp både i hjemmet og mens de er innlagt på sykehus
Mar-okt	4	Sikre utforming av smidige pasientoverganger mellom kommune og spesialisthelsetjeneste
Jan-des	5	Evaluerer og justering av arbeidsprosess og ansvar
Des	6	Sluttrapport Utforme nytt pasientforløp i fellesskap med brukerrepresentant, kommunehelsetjeneste og fastlege Planlegge bredding av modellen PSHT i HMR

Praktisk gjennomføring:

Pasienten henvises fra fastlege, som har blitt kontaktet av hjemmetjeneste eller pårørende. Temaet skal ha et forebyggende fokus med mål om å forebygge utvikling av akutt sykdom, bistå med tidlige vurderinger og diagnostikk av hjemmeboende eller nylige innlagte pasienter i sykehus. Teamet skal jobbe mobilt – altså både på sykehus og ute i kommunen, og de skal bistå med planlegging og oppfølging i hjemmet den første tide etter utskrivelse. De skal gjøre tverrfaglige vurderinger og utredning, og kan starte behandling i samarbeid med fastlege. PSHT vil samarbeide med pasient, pårørende og helsepersonell, med et pasientsentrert fokus. I prosjektet planlegger vi at sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut reiser ut til pasienten i hjemmet, mens geriatr deltar digitalt via video. Vi tenker å bruke digitale løsninger som allerede foreligger til kommunikasjon, som e-melding og digital konsultasjon via video. Det ambulante teamet har med seg digitalt utstyr som benyttes til video.

4. Nytteverdi

Formålet med prosjektet er å utvikle en ny helsetjenestemodell og metodikk for å styrke pasientforløpene til skrøpelig eldre, og styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for å raskere kunne iverksette utredning, behandling og tiltak. I denne helsetjenestemodellen skal pasient og pårørende inkluderes aktivt i planleggingen av helsetjenestene. Gjennom etablering av pasientsentrert helsetjenesteteam kan vi oppnå:

- Trygge pasientforløp og overføring for skrøpelige eldre
- Snu utviklingen i funksjonssvikt på et tidligere stadium
- Hindre at funksjonssvikten i et organ/funksjon påvirker andre funksjoner
- Forhindre innleggelser på grunn av funksjonssvikt hos eldre og skrøpelige
- Tidlig støttet utskriving/oppfølging
- Ressursbesparende å jobbe proaktivt, tverrfaglig og på tvers av tjenestenivå
- Riktig hjelp til rett tid
- Jobbe proaktivt med forebyggende fokus

Metodikken er basert på at tjenesten skal være personsentrert, helhetlig og proaktiv. Organiseringen er basert på et tverrfaglig team, med tett samarbeid mellom 1. og 2. linje tjenesten. Det eksisterer tilgang til digital kommunikasjon via e-melding, henvisning og videokonsultasjon. Fra sykehuset vil PSHT bestå av geriatr, sykepleier fra geriatrik post 5, fysioterapeut og ergoterapeut, og samarbeidspartnerne fra kommunen vil være fastlege og hjemmetjeneste. Teamet vil kunne fungere som en døråpner inn til sykehuset, men også andre veien; fra sykehuset og ut til kommunen ved å støtte tidlig utskriving og oppfølging.

KPIene for prosjektet er:

- Færre ø-hjelpsinnleggelser for skrøpelige eldre
- Færre ø-hjelp liggedager pr pasient i snitt
- Mer planlagt poliklinikk – flere kontakter kan planlegges for helsepersonell og pasient

5. Samarbeid

Forankring

Prosjekteier er klinikkssjef Elisabeth Siebke, Klinikk Ålesund sjukehus.

Deltakere:

Navn	Rolle	Tilknytning	Beskrivelse
?	Prosjektdeltaker	Helse M&R	Sykepleier på geriatrik sengpost
Yngve Seljeseth	Prosjektleder	Helse M&R	Seksjonsoverlege for geriatri, slag og ortogeriatric
?	Prosjektdeltaker	Helse M&R	Geriatric
Kathrin Riksheim	Prosjektdeltaker	Helse M&R	Kvalitetsrådgiver
Synnøve Vasstrand Synnes	Prosjektdeltaker	Ålesund kommune	Kommunalsjef Ålesund kommune
Sendt forespørsel okt.	Prosjektdeltaker	Ålesund kommune	Fastlege Ålesund kommune
Gunn Elin Olsen	Prosjektdeltaker	Helse M&R	Seksjonsleder medisinsk post 5
Meldt inn til Brukerutvalget 19/10-21	Prosjektdeltaker	Brukerutvalget i Helse M&R	Brukerrepresentant
?	Prosjektdeltaker	Helse M&R	Fysioterapeut sitt
Siri Talseth-Frilund	Prosjektdeltaker	Helse M&R	Prosjektansvarlig i medisinsk avdeling

Det er opprettet kontakt både med Ålesund kommune og praksiskonsulent for fastlegene i Ålesund, og vi ser et felles potensiale og mulighetsrom for bedre samhandling rundt den skrøpelige eldre pasienten. Internt i Helse Møre og Romsdal samarbeider vi med seksjon for klinisk støtte med tanke på ressursene fysioterapeut og ergoterapeut. Det vil foreligge gode muligheter for å bredde prosjektet til andre pasientgrupper, både i vårt foretak og for andre.

Samarbeidspartnere:

Ålesund kommune ved kommunalsjef Synnøve V. Synnes. Seksjon for klinisk støtte i Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering i Helse Møre og Romsdal. Brukerutvalget i Helse Møre og Romsdal

6. Brukermedvirkning

Brukere og pårørende blir involvert i forbindelse med testing av videoløsning. Vi ønsker også å involvere brukerrepresentant i prosjektgruppen, og vil da foreslå konkret representant ovenfor brukerutvalget i HMR.

Innledende faser i innovasjonsprosjektet vil belyse eventuelle utfordringer og barrierer som en vil finne tiltak for å håndtere slik at modellen kan implementeres i Helse Møre og Romsdal.

7. Rettigheter

Det er ikke knyttet eierrettigheter eller patenter til innovasjonssøknaden. Idehaver er Yngve Seljeseth og prosjektet er utarbeidet av prosjektgruppen.