

Møtereferat som utkast til mandat
Tjenestemodellgruppen for skrøpelige eldre

Møtedato: 15. 09.2022

Møtenummer: 1

Prosjektmandat

Tjenestemodell for skrøpelige eldre



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF



Bjerkreim



Eigersund



Lund



Hå



Gjesdal



Hjelmeland



Sokndal



Klepp



Kvitøy



Sandnes



Randaberg



Sola



Stavanger



Strand



Time

Mandat for arbeidet i de fire prioriterte tjenestemodellgruppene

Hovedoppgavene til tjenestemodellgruppene er å:

- utarbeide mandat for arbeidet med nye forløp-/ samhandlingsstrukturer
- utarbeide nye forløp-/ samhandlingsstrukturer, inklusiv ta imot innspill fra klinikker og kommuner, samt brukerinvolvering
- utarbeide forslag til organisering og implementering av nye forløp-/ samhandlingsstrukturer og oversende til FSU

I arbeidet med tjenestemodellene er det viktig at beslutningsprosessene fører frem til felles forståelse og konsensus i alle kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Viktige forutsetninger for dette er å skape bred forankring og involvering fra oppstart av arbeidet og gjennom hele prosessen.

For å legge til rette for kunnskapsbaserte beslutninger er det viktig å sikre bred faglig tilnærming og innsikt. Tjenestemodellgruppene vil derfor være avhengig av dialog og innspill fra fag- og pasient/brukermiljø utover det deltagerne i tjenestemodellgruppene kan bidra med.

Denne malen er utarbeidet for å sikre felles forankring og en forutsigbar arbeidsmetode i de fire tjenestemodellgruppene

Arbeidet med nye forløp-/ samhandlingsstrukturer omtales i dette mandatet som prosjektarbeid

1. Bakgrunn

Under bakgrunn beskrives nåsituasjonen, utfordringer og/eller muligheter og arbeidets forankring/historikk.

Denne tjenestemodellgruppen har fått i oppdrag å jobbe med gruppen Skrøpelige eldre. Arbeidet er bestilt gjennom en avtale mellom regjeringen og KS fra 23.10.2019 der Skrøpelige eldre er et prioritert område. Det er et mål for å arbeidet å forankre fellesskapet mellom helseforetak og kommuner. Vi skal utvikle samhandlingen gjennom partnerskap og ta et felles eierskap og ansvar for pasientene.

Følgende prinsipper skal danne grunnlag for arbeidet:

Tydelig samarbeidskultur

Bedre felles planlegging

Økt samordning

Bedre beslutningsprosesser

Felles virkelighetsforståelse – styringsinformasjon

Felles sekretariat

I arbeidet er vi også bedt om å ta hensyn til følgende:

Pasienten er aktiv deltaker, helhetlige og sammenhengende tjenester, sårbare pasienter møtes med team, sammenhengende akuttmedisinsk tjeneste, spesialisthelsetjenester i hjemmet, bruk av helsedata til det beste for fellesskapet, livslang læring, ledelse bidrar til endring og vi lærer av hverandre.

I første arbeidsgruppemøte ble vi presentert for tall av analytiker Snorre Eikeland.

Alderssammensetningen i befolkningen i Sør-Rogaland viser som før at andelen eldre over 70 år er økende. I tiden fra 2019 til 2022 ser man utviklingen klart. Andelen barn og unge er synkende og andelen eldre har vært stigende for hvert år. Der man før tenkte at denne utviklingen ligger i framtiden, må vi nå ta inn over oss at vi er i situasjonen.

For å gå inn i dette arbeidet var det viktig for gruppen å gå inn i begrepet/definisjonen av skrøpelige eldre. Strengt tatt synes vi at ordet skrøpelige er et negativt ladet ord. Man kunne like gjerne kalt pasientene sårbare. I Helsefellesskapet defineres skrøpelige eldre som personer over 75 år som har redusert funksjonsnivå. De har en funksjonsnedsettelse som gir middels/stort eller fullt bistandsbehov (10 funksjonsindikatorer). Det er heller en beskrivelse av symptomer enn sykdom.

Professor Andreas Grimsmo (NTNU) definerer Skrøpelige eldre slik:

Skrøpeligheiten er et syndrom kjennetegnet ved grader av: underernæring/ vekttap, mer hvile, langsom bevegelse, fall, reduksjon kognitivt og hjelpetrengende. Redusert muskelkraft er ofte det tydeligste tegnet.

Disse pasientene er utsatt for hyppige innleggelser/reinnleggelser på sykehus, utilsiktede hendelser ved medisinsk/kirurgisk behandling og vesentlig økt mortalitet. De er svært sårbare og selv små «stressfaktorer» kan forårsake uventet og vesentlig helse- og funksjonsfall.

Arbeidsgruppen var enige i at denne definisjonen var tydelig og anvendelig i dette arbeidet.

Diskusjonene i første arbeidsgruppemøte oppsummert:

Vi må sammen gi god helsehjelp til befolkningen samtidig som vi skal unngå kollaps av helsevesenet.

Hvordan kan vi håndtere sykdommene/symptomene til de skrøpelige eldre på lavest mulig nivå med minst mulig ressurser? Vi bør identifisere hvordan vi kan ta ned ressursbruken totalt sett.

Hvordan skal vi unngå reinnleggelser på sykehuset? Pasienter skrives ut i en sårbar situasjon og er svært utsatt for å få følgesykdommer etter sykehusbehandling (infeksjoner o.l.). Disse pasientene venter ofte med å ta kontakt med helsepersonell og blir så syke.

Gruppen har et ønske om å fordype seg i problematikken reinnleggelser. Det er ønskelig å finne ut av om det er noen kjennetegn, noe vi kan gripe fatt i i det videre arbeidet. Time kommune gjennomførte i 2016 en undersøkelse som kan brukes i dette arbeidet.

Utskrivningsprosessen fra sykehuset er et viktig område å se på. Arbeid sammen i team rundt denne befolkningsgruppen/pasientgruppen likeså. En samlet vurdering av pasienten for å unngå innleggelser og reinnleggelser. Det er i dag en utfordring at pasienter blir innlagt med sykdom A, blir behandlet for det. Pasientene har også utfordringer med sykdom B, C, D og E, men til å behandle disse trengs en ny henvisning.

Geriatriske tankegang er viktig. Hvordan kan vi bredde en mer systematisk helhetlig vurdering av pasientene? Her er det viktig å lære av hverandre. Lage systemer som kan virke i alle kommuner. Det er viktig å identifisere gruppen sårbare (skrøpelige) eldre. Et tverrfaglige team bør kunne bistå i diagnostisering og det bør være et gjensidig arbeid knyttet til et behandlingsopplegg for disse pasientene.

Grimsmo anbefaler at pasientene skrives hjem hvis det er der de kommer fra. Han anbefaler ikke å sende pasientene ut til såkalte mellomstasjoner i kommunene. Da vil det heller være en fordel at pasientene har litt lenger liggetid på sykehus.

Gruppen diskuterte at dette vil kunne gjennomføres dersom flere innleggelser blir forhindret. Forebygging i kommunene er svært viktig (av medisiner, bruk av teknologi, trening, sosialisering osv.). Faktorer som øker faren for innleggelser må være i fokus. Det er overhyppighet av innleggelser/reinnleggelser hos eldre som bor alene, også dersom de nettopp har vært innlagt. Det bør ropes et varsku dersom eldre står på mer enn 4 medisiner.

De fleste eldre ønsker å bo hjemme. Da må helsevesenet iverksette tiltak for å forhindre utvikling av sykdom og eller symptomforverrelser. Det er nødvendig med samhandling om oppfølging av de sårbare eldre. Innleggelser og reinnleggelser på sykehus bør forebygges gjennom god samhandling i partnerskapet. Pasienter og pårørende er en del av partnerskapet. Overgangen mellom tjenestene er sårbare. Det er derfor viktig å undersøke om behandlingen kan foregå der pasientene bor. Om nødvendig av et ambulant team fra sykehuset eller ved å bruke videokonferanse som et virkemiddel. Time kommune hadde god erfaring med både Ambus (sår oppfølging) og IKart (rehabiliteringsteam tverretattlig). Fastlegen sin rolle i oppfølging av de skrøpelige eldre ble også trukket fram. Det ble vist til en undersøkelse der hyppigheten av kontakt med fastlege hadde en betydning for antall sykehusinnleggelser.

Behandlingsbegrensning bør diskuteres i et sammensatt team, men også med pasienten og dennes pårørende. Helsepersonell har en opplevelse av at vi behandler folk for lenge, men det er ikke sikkert at pasienten og de pårørende har samme opplevelse.

Begrepet *Pasientens helsevesen* gir kanskje økte forventninger til hva helsevesenet kan bidra med. Et forslag fra gruppen er å heller kalle det *Folkets helsevesen*. Innbyggernes forventninger er skyhøye. Disse må snus og det må gjøres av myndighetene.

Avslutningsvis hadde gruppen en refleksjon opprettelse av koordinator rolle. Burde kommuner og spesialisthelsetjeneste ha koordinatore for skrøpelige eldre slik man har kreftkoordinatorer?

Gevinsten var det siste gruppen diskuterte. Gevinstmål må beskrives og kunne måles.

2. Prosjektets formål (nytteverdi)

Denne tjenestemodellen vil ha som mål å utvikle et pasientforløp for skrøpelige eldre utarbeidet av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette vil skape forutsigbarhet for pasient og behandlere.

Hvilke effekter ønsker vi konkret for brukere/pasienter?

Hvilke effekter ønsker vi konkret for ansatte i kommunen og på sykehuset?

Hvilke effekter ønsker vi for kommunene?

Hvilke effekter ønsker vi for sykehuset?

3. Prosjektets leveranser

Prosjektets leveranser for eksempel; prosjektrapport, nytt pasientforløp eller ny retningslinje.

1. Levere mandat før jul
2. Beskrive behov og samhandling rundt pasienter med flere kroniske sykdommer, og lage pasientforløp for disse
3. Bruke datagrunnlag som allerede er tilgjengelig fra kommuner og spesialisthelsetjenesten
4. Utvikle tjenesteforløp i ulike samhandlingsfaser:
overgang kommune → sykehus,
samhandling på sykehuset,
overgang sykehuset → hjem,
oppfølging fra sykehuset i kommunen
samhandling om tjenestene innad i kommunen

5. Interessentanalyse, involvering og forankring

Funksjonene til de faste medlemmene i tjenestemodellgruppene er definert. Det er i tillegg viktig å kartlegge øvrige interessenter som skal involveres underveis i arbeidet og i implementeringsfasen. Prosjektet skal tilrettelegge for bred involvering i gjennomføringen av arbeidet på tvers av aktuelle sykehusavdelinger, aktuelle fagområder og virksomheter i 15 kommunene, fastleger, brukerorganisasjoner, pårørende og tillitsvalgte. God medvirkning vil være av stor betydning for å sikre en vellykket implementering av arbeidet

I interessentanalysen identifisere prosjektets viktigste interessenter. Det vil si personer, roller/enheter / parter som påvirkes av, har interesse i, eller kan påvirke prosjektarbeidet med tjenestemodellen. Matrise for interessentanalyse kan være et hensiktsmessig verktøy, se vedlegg.

Bruk tabellen under med nøkkelinteressenter som er identifisert i interessentanalysen. Beskriv hvordan prosjektet skal involvere og kommunisere med ulike interessenter og hensikten med de planlagte aktivitetene.

Interessent(er)	Kommunikasjons- og involveringsaktiviteter	Hensikt	Tidspunkt/frist (dato)
Kommuner, kommuneoverleger, og ulike fag i spesialisthelsetjenesten. Bruker og pårørendeorganisasjoner	Kartleggings og høringsrunde.	Innspill og justering av tjenestemodellen	Høsten 2023

5. Fremdriftsplan

En fremdriftsplan består av milepæler og aktiviteter, med tidsfrister og hvem som er ansvarlig. Eksempler på milepæler kan være; når utkast til arbeidsprosess (flytdiagram) i felles møte med ansatte er tegnet; når kunnskapsgrunnlag er utarbeidet; når innspillssamling er gjennomført; når rapport er ferdigstilt.

Type og nr.	Tittel Hva skal være oppnådd	Frist Dato	Beslutnings arena
Arbeidsmøte 1	Etablere arbeidsgruppe (AU) med ledere i arbeidet på begge nivåer. TEAMS	11. mars 2022 ?	
Møte 1	Gruppen møtes for første gang. Presentasjoner. Forventningsavklaringer. Ny leder presenteres.	15.september 2022	

Møte 2	Leder og nestleder har møte med tjenestemodellgruppen pasienter med kroniske lidelser	21.september 2022	
Arbeidsmøte	Leder og nestleder forbereder neste møte i Tjenestemodell gruppen. Workshop SWAT analyse/kafebordmodell?	Oktober 2022	
Møte 3	Workshop	November 2022	
Arbeidsmøte 4	Leder og nestleder .Klargjøre mandatinnlevering	Desember 2022	
	Mandat ut på høring til gruppemedlemmene	Desember 2022	

6. Organisering

Hovedaktivitetene i prosjektet utføres av tjenestemodellgruppene

SSU ivaretar styringsgruppefunksjonen for tjenestemodellgruppene. Dette innebærer at SSU godkjenner mandat for arbeidet med forløp-/ samhandlingsstrukturer og godkjenner forslag til ny forløp-/ samhandlingsstruktur, herunder vurderer økonomiske og organisatoriske konsekvenser og beslutte om det er behov for politisk behandling i kommunene før implementering

FSU forankrer arbeidet i kommuner og sykehus før oppstart, drøfter/ vurderer forslag til nye forløp-/ samhandlingsstruktur før forslaget sendes til SSU med anbefaling.

I tabellen under beskrives prosjektgruppens sammensetning, eventuelle arbeidsgrupper eller tilknyttede ressurspersoner og referansegrupper.

Rolle	Navn, tittel, kommune	Ansvar/ oppgaver	TELEFON
Tjenestemodellgruppens prosjektleder	Berit Haaland Klinikkisjef HHR		berit.haaland@sus.no 97105388
Tjenestemodellgruppen nestleder	Hege Helliesen Kommunalsjef Kvitsøy kommune		Hege.helliesen@kvitsøy.kommune.no
Sekretær / saksbehandler	Sissel Engelsvold?		
Fagpersoner	Henrik Sundt Moen, seksjonsoverlege Geriatrisk avd,		henrik.sundt.moen@sus.no else.orstavik.hollund@sus.no 93423863

	<p>Iris Skeie Steine, avdelingssykepleier Ortopedisk avd.</p> <p>Hege Helen Hansen, assisterende avdelingssykepleier Alderspsykiatrisk avd.</p> <p>Anne G.Friestad, sykepleier Bjerkreim kommune</p> <p>Kristine Ims, virksomhetsleder rehab- og hjemmetjenester Time kommune</p> <p>Harald Braut, fastlege</p>		<p>iris.skeie.steine@sus.no</p> <p>hege.helen.hansen@sus.no</p> <p>anne.friestad@bjerkreim.kommune.no</p> <p>kristine.ims.larsen@time.kommune.no</p> <p>harald.braut@gmail.com</p>
Brukerrepresentanter	<p>Anne Hylland, pensjonistforeningen</p> <p>Hallfrid Kristoffersen</p>		<p>Hylland1@gmail.com</p> <p>hallfridk@gmail.com</p>
Referansegruppe(r)			

7. Evalueringsplan

En løpende evaluering i tjenestemodellgruppene er avgjørende for å vite om arbeidet fører til det planlagte resultatet jfr. punkt 2 – nytteverdi. Dokumentasjon av nytteeffekter er viktig for å sikre måloppnåelse. Nyttteeffektene må kunne måles/etterprøves, er målet for prosjektet oppnådd?

Nå tjenestemodellen er skrevet ut og kommuner/spesialisthelsetjenesten er forpliktet på innholdet må effekten av tiltakene i tjenestemodellen etterprøves og evalueres.

Evaluering handler alltid om sammenligning, eksempelvis: status for måloppnåelse sammenlignet med målsetting, behov før etter, nye arbeidsprosesser sammenlignet med tidligere. Evalueringen skal beskrives i mandatet og bør være så enkel som mulig, uten kompleks design. Spørsmålene under kan være et hjelpemiddel til å planlegge evalueringen.

- Målgruppe og nytteverdi - hvilken informasjon trenger vi?
- Metode - kvalitative eller kvantitative eller en blanding av begge?
- Datainnsamling hvem samler data – i spesialisthelsetjenesten og i kommunene?
- Tidsbruk - hvor mye tid planlegges brukt til evaluering?

Vedlegg: Matrise for interessentanalyse

I hvilken grad blir interessentene påvirket av prosjektets resultat og aktiviteter

må holdes jevnlig informert med mål om å involvere	må følges opp nøye med mål om å engasjere	høy
høy		
informeres ved behov	må holdes informert	lav
i liten grad	I stor grad	

I hvilken grad kan interessenten påvirke utfallet/implementeringen av prosjektet