

# Prosjektmandat

## Tjenestemodell for skrøpelige eldre

24.10.2023



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

Denne tjenestemodellgruppen har fått i oppdrag å jobbe med gruppen Skrøpelig 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 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:

*Tydlig 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.*

### **Skrøpelige eldre**

Andelen skrøpelige eldre pasienter er økende og vil bli den største pasientgruppen i fremtidens helse- og omsorgstjenester. Flere eldre pasienter med flere sykdommer blir lagt inn på sykehuset og ofte lever de med ulike grader av skrøpelighet. Flere benytter seg gjerne av flere helse- og omsorgstjenester på begge nivå.

### **Definisjon**

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:

*Skrøpeligheten 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 innleggelse/reinnleggelse 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*

Denne definisjonen er tydelig og anbefales å bruke videre i arbeidet.

Det er et overordnet mål for arbeidet at vi sammen må gi god helsehjelp til befolkningen samtidig som vi skal unngå kollaps av helsevesenet. Derfor blir spørsmålet hvordan vi kan håndtere sykdommene/symptomene til de skrøpelige eldre på lavest mulig nivå med minst mulig ressurser.

I tillegg er det et mål å redusere antall reinnleggelser på sykehuset. Denne pasientgruppen skrøpelige eldre som skrives ut er svært utsatt for å få følgesykdommer etter sykehusbehandling (infeksjoner ol). For arbeidet videre er det viktig å finne ut om det er noen kjennetegn ved reinnleggelser som går igjen, noe vi kan gripe fatt i ved utarbeidelsen av tiltak.

Utskrivningsprosessen fra sykehuset er et viktig område å se på. Arbeidet sammen i team, med pasient og pårørende som aktive deltakere 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. Skrøpelige eldre har et stort behov for koordinerte tjenester og en helhetlig tilnærming som krever samarbeid og samhandling om ressursutnyttelse.

Geriatriske tankegang er viktig. Hvordan kan vi bredde en mer systematisk helhetlig vurdering av skrøpelige eldre? Man bør lære av hverandre og bygge kompetanse. Lage systemer som er bærekraftige og 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.

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, spesielt dersom de nettopp har vært innlagt. Det bør også ropes et varsku dersom eldre står på mer enn 4 medisiner.

De fleste eldre ønsker å bo hjemme. Derfor har nyere helsereformer fokusert på samhandling og utvikling av et bærekraftig tjenestetilbud som gjør det mulig for flest mulig eldre å oppleve best mulig helse i eget lokalsamfunn, samtidig som de mottar de helsetjenestene de trenger når de trenger det. Det er bred enighet om at samhandling i oppfølgingen av skrøpelige eldre må innebære målsetninger om å forebygge sykdom, forverring av kjent sykdom, sykehus-innleggelser og reinnleggelser.

Det er fortsatt mye uklart i forhold til hvordan morgensdagens helsetjenestetilbud og «det utadvendte sykehuset» kommer til å se ut. Det er derfor nødvendig å bygge videre på erfaringer fra eksisterende prosjekter for å finne ut hvordan pasienter og pårørende kan involveres og tjenestetilbudet utvikles best mulig. I vår egen region er prosjektene Tele Ambus (sår oppfølging) og IKART (rehabiliteringsteam tverretatlig) eksempler på samhandlingsprosjekter som går på tvers av profesjoner og kommuner. Prosjektgruppen ser på overganger mellom tjenestene, behandlingsintensitet, fastlegenes rolle, bruk av ambulant team og IKT-verktøy som både utfordringer og muligheter i dette arbeidet. Når det kommer til skrøpelige eldre (pasienter, brukere) er det en naturlig målsetning for prosjektgruppen å bidra konstruktivt og positivt til innovasjon og forbedring av samhandling på tvers av profesjoner og kommuner." 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.

### **Pasienten som aktiv deltaker**

Pasientens behov er førende for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Det er en selvfølge å stille spørsmålet «hva er viktig for deg?» når beslutninger skal tas. Det gjelder også for skrøpelige eldre. Pasienten bør være en aktiv deltaker i egen helse og behandling. Pasienten må oppleve reell brukermedvirkning. Det er utviklet gode samvalgsverktøy for flere tilstander. Helsepersonell tar hensyn til pasientens helsekompetanse og tilpasser kommunikasjonen deretter. Pasienter med helseutfordringer og behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten, bør godt tilrettelagt opplæring til å mestre egen helse. Digitale løsninger bør være integrert som en del av opplæringen og kommunikasjonen med helsetjenesten. Digitale innbyggertjenester bør gjøre det lettere for innbyggerne å følge opp egen helse og tilpasse kontakten med helsetjenesten til egen hverdag. Det forutsetter at kommunikasjonen er på et språk som er forståelig.

## 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 nytte ønsker vi konkret for brukere/pasienter?**

- Best mulig behandling slik at brukere/pasienter kan være hjemme lengst mulig
- At brukere/pasienter opplever et sammensatt helse- og omsorgstilbud med trygge overganger
- At brukere/pasienter opplever trygghet for at de får hjelp når de trenger
- At helse- og omsorgstilbudet oppleves tilgjengelig og nært for brukere/pasienter og deres pårørende
- At brukere/pasienter opplever reell brukermedvirkning; at de blir tatt med på råd i utformingen av hjelp
- At brukere/pasienter har ei legemiddelliste som blir oppdatert på alle nivå når det blir gjort endringer

### **Hvilke nytte ønsker vi konkret for ansatte i kommunen og på sykehuset?**

- At ansatte opplever at de gjør en systematisk og effektiv jobb i arbeidet med skrøpelige eldre
- At ansatte opplever gode og målretta overganger der vi spiller hverandre gode
- At ansatte opplever at temaet behandlingsbegrensning er diskutert med pasienter/pårørende
- At ansatte på tvers har fått styrket sin kompetanse på utredning/behandling/pleie av denne gruppen av pasienter – at det er bygd kompetanse på tvers
- At ansatte opplever seg som en del av et tverretattlig team som har felles målsetting og et strukturert opplegg for oppfølging av skrøpelige eldre

### **Hvilke nytte ønsker vi for kommunene?**

Bærekraftig samhandling mellom sykehus og kommunene

At kommunen kan tilby gode effektfulle tjenester til skrøpelige eldre med minst mulig ressursbruk

At kommunene kan identifisere den skrøpelige brukeren/pasienten tidlig for å kunne iverksette

gode/tiltak for at pasienten skal kunne leve lengst mulig i eget hjem og unngå

sykehusinnleggelse/reinnleggelse på sykehuset

### Hvilke nytte ønsker vi for sykehuset?

Bærekraftig samhandling mellom sykehus og kommunene

At sykehuset kan tilby gode effektfulle tjenester til skrøpelige eldre med minst mulig ressursbruk

At sykehuset skal kunne identifisere den skrøpelige brukeren/pasienten tidlig for å kunne iverksette

gode/tiltak for at pasienten skal få best mulig oppfølging i etterkant av innleggelsen. Dette vil kunne

forhindre reinnleggelse på sykehuset.

## 3. Prosjektets leveranser

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

1. Leverer mandat før jul
2. Beskrive behov og samhandling rundt de skrøpelige eldre, og lage pasientforløp for disse
3. Bruke datagrunnlag som allerede er tilgjengelig fra kommuner og spesialisthelsetjenesten
4. Utvikle tjenesteforløp i ulike samhandlingsfaser:
  - A) overgang kommune → sykehus
  - B) samhandling på sykehuset
  - B1) oppfølging av kommunen i sykehuset
  - C) overgang sykehuset → hjem,
  - D) oppfølging fra sykehuset i kommunen
  - E) samhandling om tjenestene innad i kommunen
5. Grupper ønsker i første omgang å se på muligheter for hva som skal til for å hindre reinnleggelse etter første innleggelse. Her vil alle samhandlingsfasene i punkt 4 være involvert.

## 4. 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
Frivillige organisasjoner: Pårørendesenteret Demensforening Rogaland			
Fagorganisasjoner: Legeforeningen Rogaland Fagforbundet Rogaland NSF Rogaland Delta Rogaland			
Koordinerende enhet/tjenestekontor			
Ansatte med koordinatorfunksjoner i kommunen			
UHST (Utviklingscenter for hjemmebaserte tjenester og sykehjem i Rogaland )			
Kommuneoverleger			
Praksiskoordinatorer			
Helsecampus/Akademia			
Prehospitale tjenester			

## 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 innspills samling er gjennomført; når rapport er ferdigstilt.

Type og nr.	Tittel Hva skal være oppnådd	Frist Dato	Beslutnings arena
Arbeidsmøte	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?	16.11. 2022	
Møte 3	Workshop	01.12. 2022	
Arbeidsmøte	Leder og nestleder. Klargjøre mandatinnlevering	16.12.2022	
	Mandat ut på høring til gruppelemmene	10.02.2023 med høringsfrist 10.03.2023	
Arbeidsmøte	Klargjøre mandat	13.03.2023	
Møte 4	Endre mandat etter innspill fra FSU	08.09.2023	
Møte 5	Prosessveileiding fra innomed, Workshop	27.10.2023	
Møte 6			
Møte 7	Ha klargjort ønsket tjenestemodell for utprøving i overgang sykehus-kommune.		

## 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.

Tjenestemodellgruppens medlemmer ligger [her](#).

## 7. Evalueringsplan

Evaluering kan gjøres vi kvantitative data om reinnleggelse fra pasienter som er definert som skrøpelig eldre etter første innleggelse. Det vil være naturlig å velge en kommune, eller et geografisk område først, hvor man tester ut og kan måle antall reinnleggelser i denne regionen/området.



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
informeres ved behov	må holdes informert
<b>i liten grad</b>	<b>I stor grad</b>

I hvilken grad kan interessenten påvirke utfallet/implementeringen av prosjektet