

Pasientforløp eldre skrøpelige

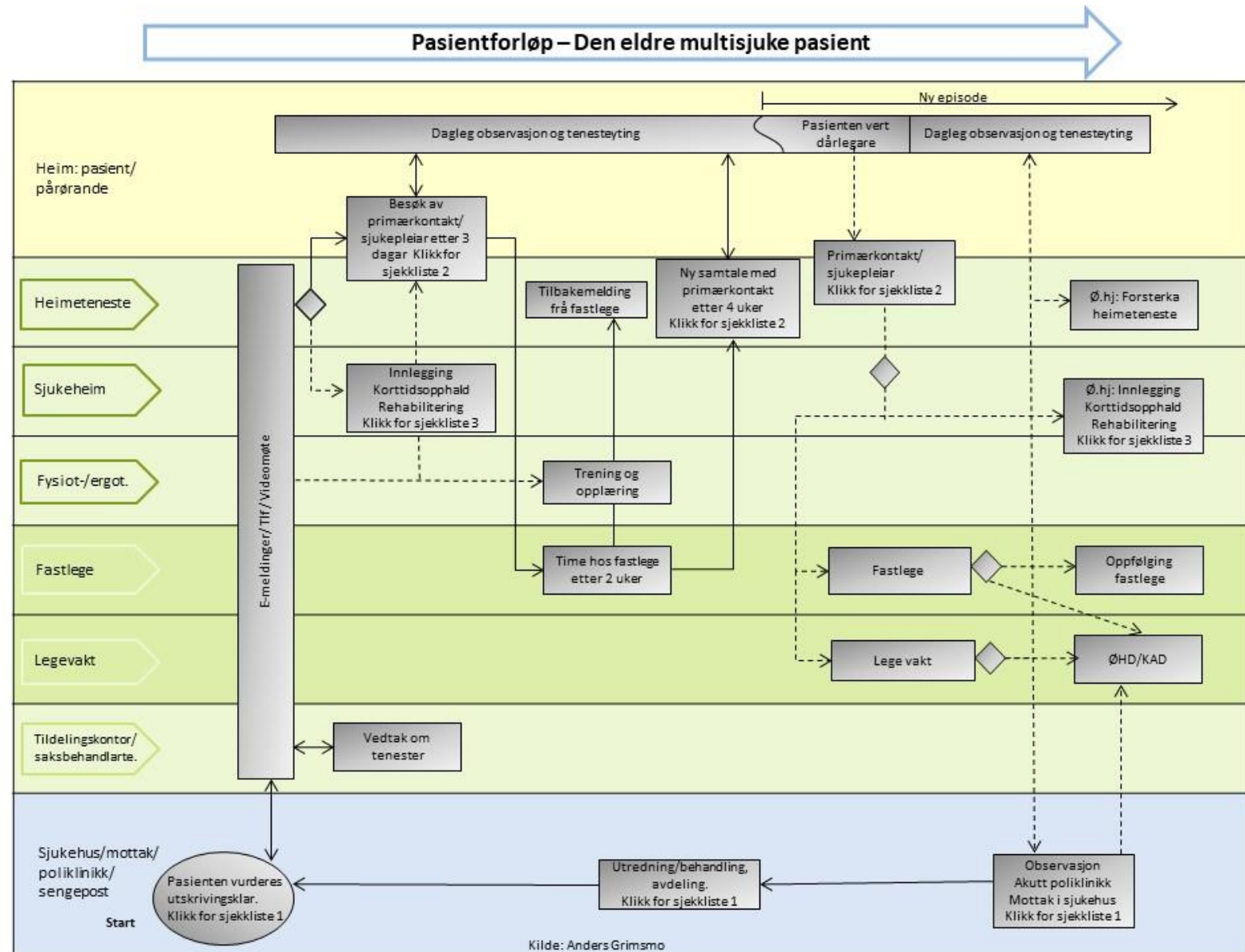
Faglig samarbeidsutvalg eldre multisyke og palliasjon

Leder Tanja Alme

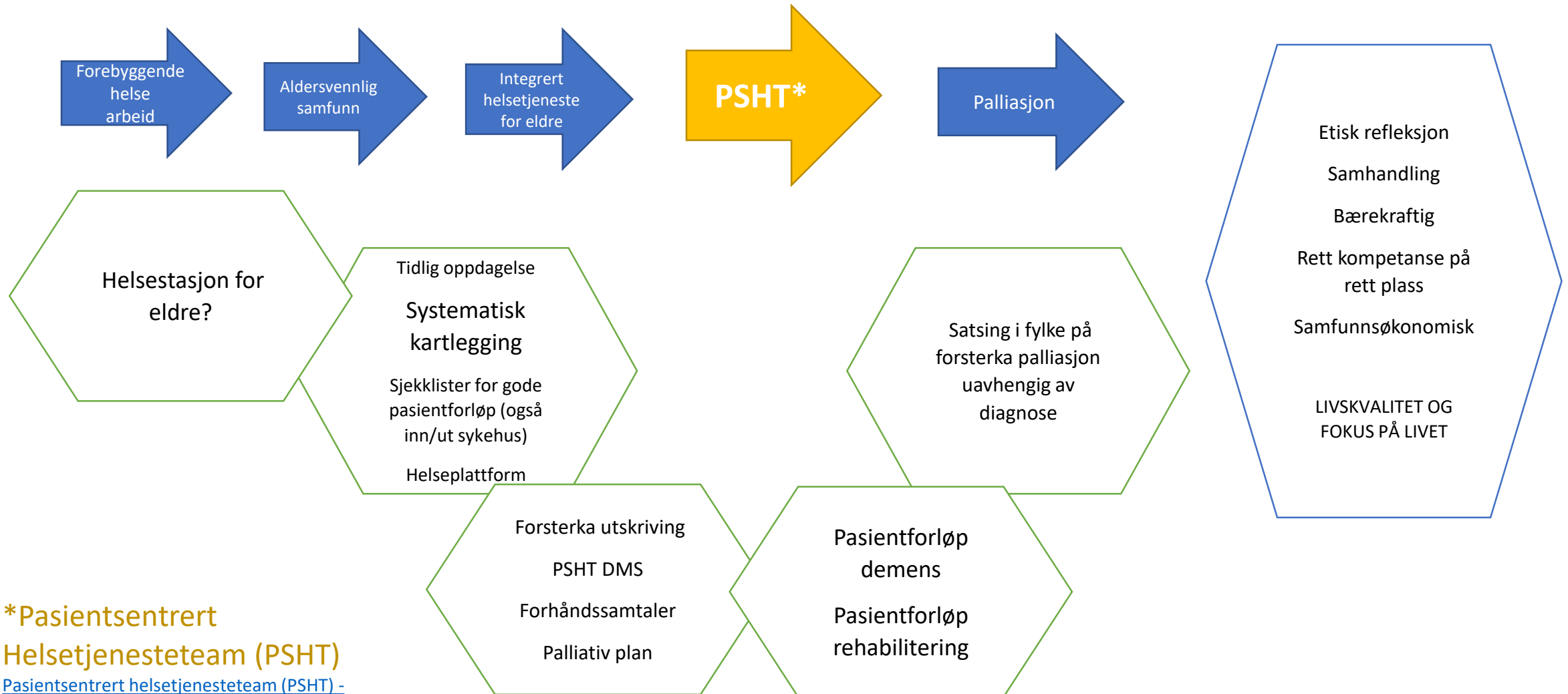
Nesteleder Bardo Driller

SSI 16 oktober 2024

Grunnlaget



Fellesnevner i forløp og prosjekt PSHT



***Pasientsentrert
Helsetjenestetteam (PSHT)**
[Pasientsentrert helsetjenestetteam \(PSHT\) -
Universitetssykehuset Nord-Norge HF \(unn.no\)](https://www.unn.no)

PSHT Eldre DMS Kristiansund

- Erfaring og kunnskapsgrunnlag basert på to modeller

Ålesund-modellen

- Ålesund kommune og Ålesund sykehus
- Team med sykepleier (sykehus og kommune), lege, fysio
- Utfordrende å måle gevinster
- Kan foreløpig vise til de gode historiene og pasienterfaringer

1 ½ år drift med PSHT

Frem til 1. november 2023

Første pasient 29/6-22

Antall pas. 2022 11 (4)

Antall pas. 2023 49 (24)

Snittalder: 78 år

Henvist fra	Antall
Geriatrisk avdeling	24
Medisinsk avdeling	11
Kirurgisk avdeling	2
Ortopedisk avdeling	4
Kreftavdeling	0
Fastlege	2
Hjemmetjenesten	13
Tildelingskontoret	25
ØHD	4
Pasient / Pårørende	0
poliklinikk	1
Annet	2

93 pasienter henviste pr. 14.12.2023

Tromsø-modellen

- UNN og alle kommuner tilhørende sykehusområdet
- Harstad, Narvik, Midt-Troms og Nord-Troms ansatte fra UNN
- Tromsø ansatte fra kommune og UNN

Forskningsresultat – (N=1218)

10% færre øhjelpsinleggelses / 6 mnd

42 færre medisinske kriser som sparer pasienten for akuttinnleggelses

32% færre øhjelp liggedager/6 mnd

2007 færre liggedager som utgjør 6 senge/6 mnd

2,3 ganger mer planlagt poliklinikk/6 mnd

flere kontakter kan planlegges for helsepersonell og pasienten

42% redusert dødelighet etter 6 mnd.

53 flere som hatt PSHT er i live etter 6 mnd

Gro Berntsen, Dalbak, Hurley, Berntsen, Spangsvoll, Bellika, Skjovseth, T. Brattland, M. Rasmussen. Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid patients with enhanced care needs: A propensity score-matched controlled trial. BMC Health Services Research volume 19, 600 (2019)

Hvilket problem skal teamet løse
- **Pasient** -

- Styrke helsetjenesten og pasientforløpene særlig i overgangen mellom sykehus og pasientens hjem.
- Styrke helsetjenesten og pasientforløpene for å ta ned risiko for innleggelse eller re-innleggelse.
- Bidra til en pasientsentrert, helhetlig og proaktiv helsetjeneste.
- Styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere kunne iverksette utredning, behandling og tiltak.

Oppgaver for teamet

- Kartlegging
- Behandling
- Oppfølging
- Individuell risikovurdering
- Igangsetting av tiltak i samarbeid med hjemmetjenesten og poliklinikk
- Veiledning og kompetanseoverføring
- Være pådriver for, og tilrettelegge for, tverrfaglig samarbeid og helsetjenester via digitale løsninger/videoløsninger på tvers av organisasjonene.

Medlemmer av teamet

- Lege
- Pasientkoordinator
- Sykepleiere/AKS
- Fysioterapeuter
- Ergoterapeuter
- Farmasøyt
- Helsesekretær

Kan henvise til:
KEF
LMS

Mål/gevinster

- Redusere antall akuttinnleggelser
- Redusere antall liggedøgn i sykehus
- Redusere risiko for død
- Dreining fra akutt til polikliniske tjenester
- Trygge overganger og oppstart/oppfølging av helsetjenester og behandling i hjemmet
- Høyere pasientverdi i tjenestetilbudet:
 - Pasientens mål blir ivaretatt
 - Pasient og pårørende involveres gjennom hele pasientforløpet

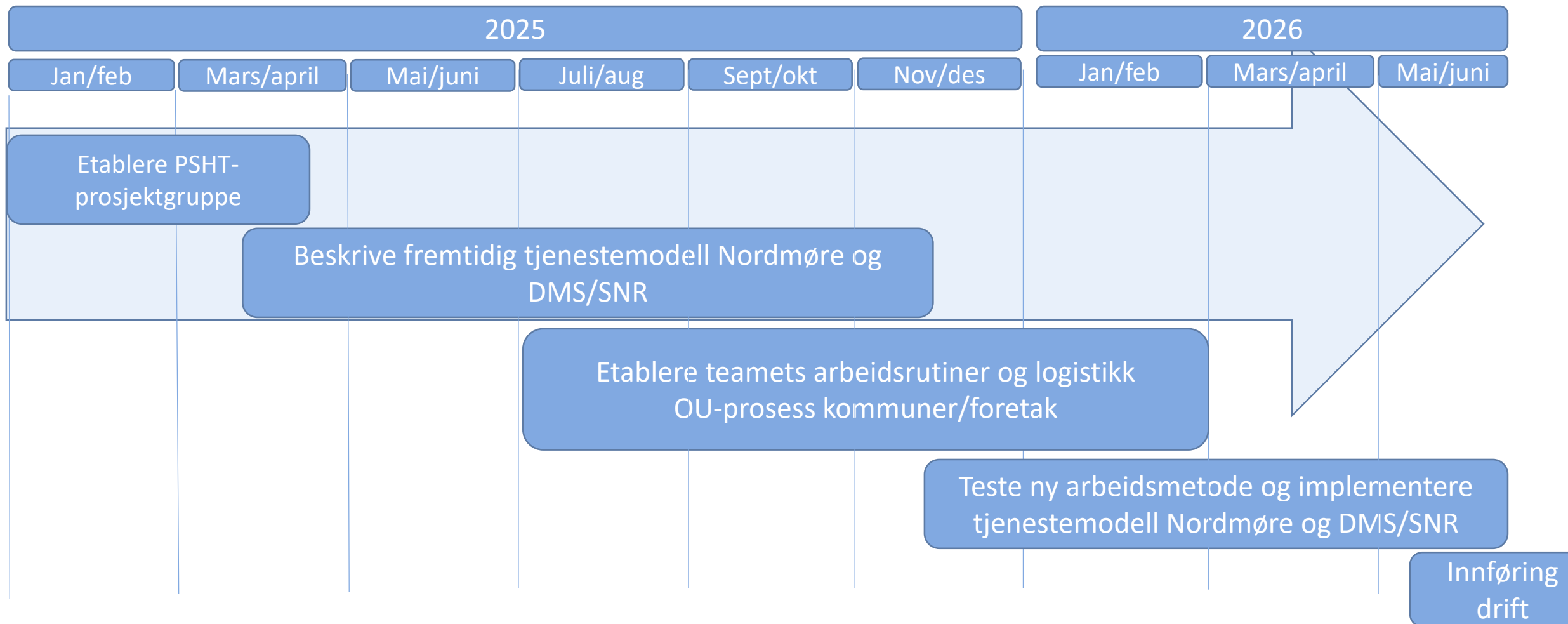
Hvilket problem skal teamet løse
- **Personell** -

- Rekruttering på tvers av nivåene
- God bruk av personell på tvers av nivåene
- Etablering av kombinerte stillinger på tvers av nivå
- Etablere digitale kolleger i teamet
- Økt samhandlingskompetanse og motivasjon for samhandling

Finansiering/
Avtaler/samarbeid

- Rekruttering- og samhandlingsmidler
- Innovasjonsmidler HMN
- Spleiselag interkommunalt Nordmøre og HMR
- Samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommuner
- Helse Møre og Romsdal
- Kristiansund, Averøy, Smøla, Tingvoll, Aure, Sunndal, Surnadal og Gjemnes
- Helseinnovasjonssenteret
- Helsefelleskap – Faglig utvalg Multisjuka
- ProAktivHjem – Forskningsprosjekt Kristiansund kommune
- Digi MR

Fremdriftsplan



Imøtekomme pasienter som trenger palliativ behandling, uavhengig av diagnose

- Behovet og nasjonale føringer
- Ønske om bærekraftig drift og robusthet
- Initiativet kom fra ulike fagmiljø
- Etablert fylkesdekkende helsetjenesteutvikling
 - Helseinnovasjonssenteret er viktig samarbeidspartner
- Bygge opp tverrgående team på tvers av tjenestenivå
 - Palliative team sykehus
 - Fastleger
 - Palliative team kommune/hjemmetjeneste
 - Institusjon