

# Helsetjenester for eldre

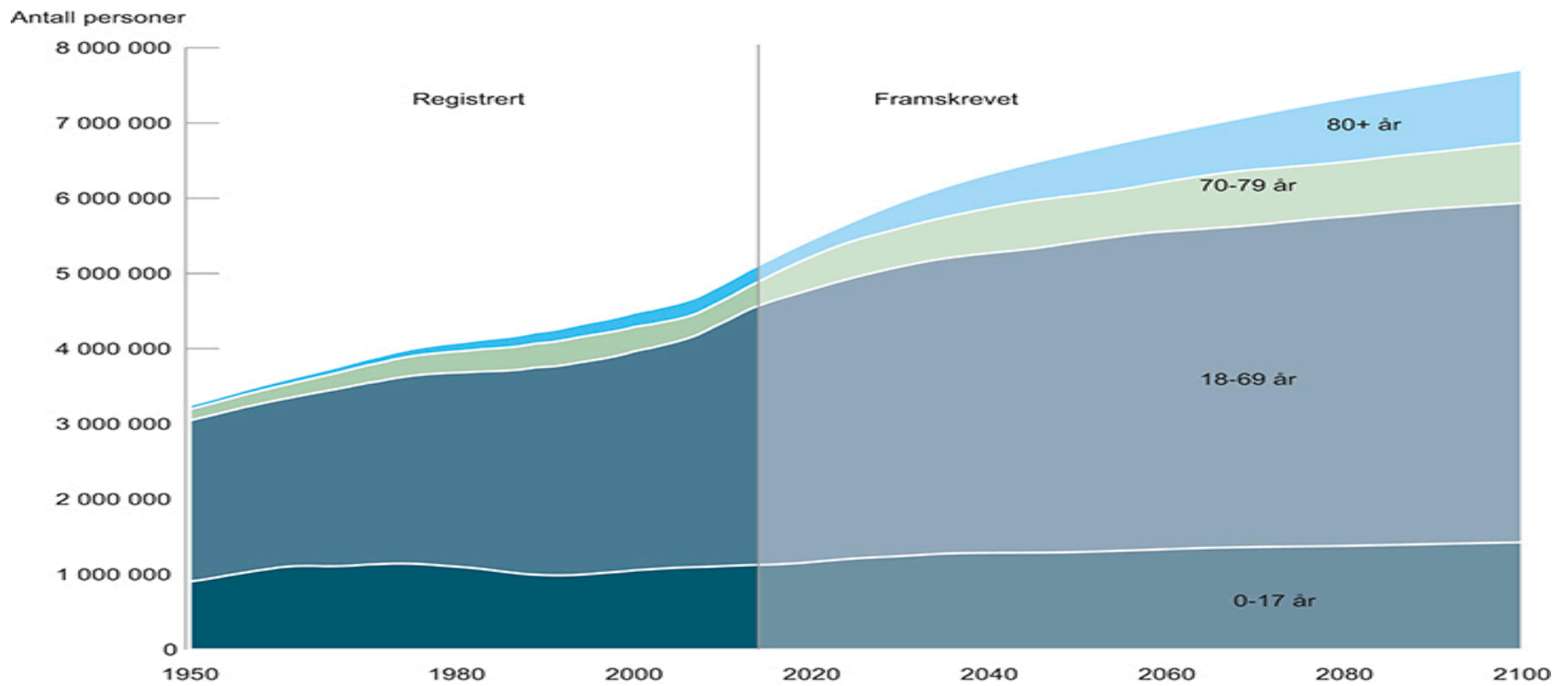
---

Plan for samhandling mellom spesialist- og  
kommunehelsetjenesten

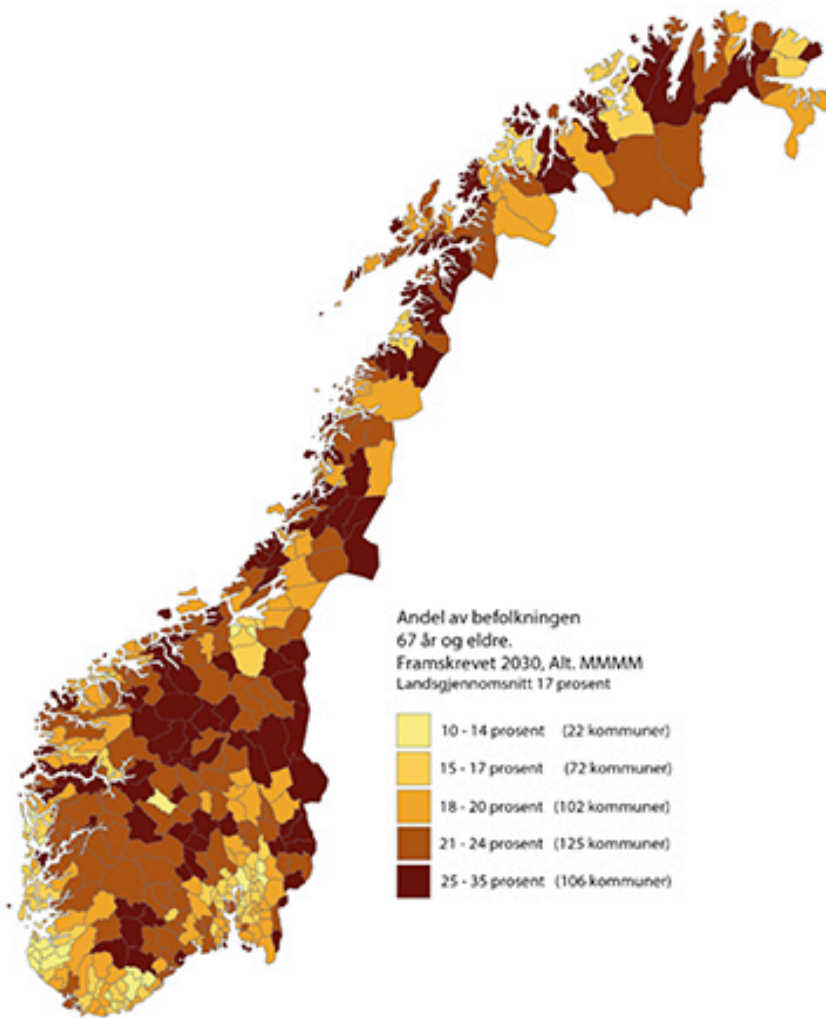
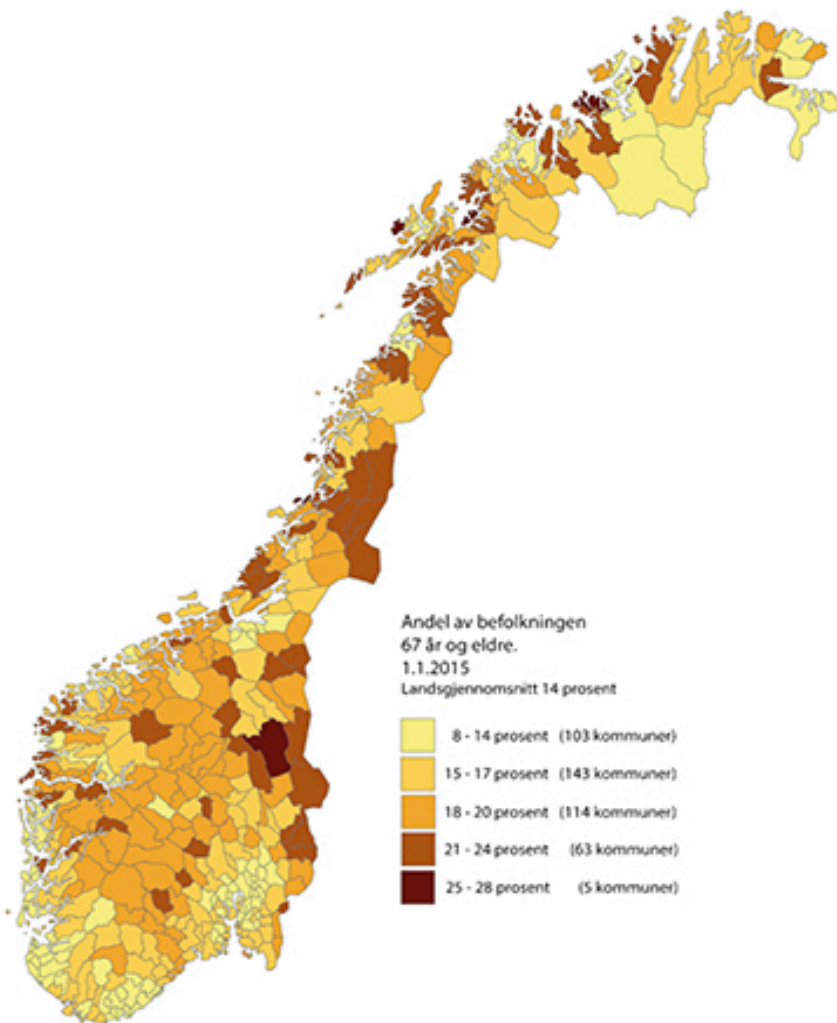
Raymond Dokmo, medisinskfaglig rådgiver, Helse Nord RHF

# Innledning

## Befolkningsframskriving



# Innledning



# Målgruppe

- Målgruppe for prosjektet er skrøpelige eldre med flere sykdommer og fysisk og/eller kognitiv funksjonssvikt

# Bakgrunn

- Erfaringer basert på samhandlingsreformen har avdekket behov for bedre samarbeid mellom første- og andrelinjetjenesten
- Dette samarbeidet bør styrkes ledelsesmessig, faglig og organisatorisk.
- I arbeidet med den regionale geriatriplanen har vi sett at det geriatriske tilbudet i helseforetakene er sårbart.

# Utfordringer

- Delt ansvar og ulik organisering skaper utfordringer knyttet til samhandling og utforming av tjenesten.
- Noen områder preges av uklare grenser mellom oppgavene til spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
- Geriatrifagets rolle og utvikling.
- Flere oppgaver overføres til kommunene. (Primærhelsemeldingen).
- De fleste eldre vil behandles i nærområdet sitt.
- Flere eldre ønsker i større grad hjemmebaserte tjenester.
- Rutiner for medisinhandling, informasjonsoverføring og pasientoverføring.
- Kompetanseoverføring.
- Teamarbeid.

# Prosjektets mål

- Hovedmål
- Helse Nord RHF vil i samarbeid med kommunene utarbeide en plan for å bedre helsetjenesten til eldre i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.
  - *Gode pasientforløp*: tjenestene tar utgangspunkt i brukerens ulike behov og mål for eget liv, kunnskap om hvilke tiltak som har god effekt, og ved at tjenestene gis koordinert i en planlagt og mest mulig uavbrutt kjede.
  - *En helhetlig tilnærming*: pasientene møtes som et helt menneske, og pasientens ulike helse- og omsorgstjenestebehov ivaretas med utgangspunkt i pasientens egne mål og ønsker.

# Prosjektets mål

- Delmål

- Kartlegge dagens situasjon i kommuner og sykehus.
- Kartlegge spesialisthelsetjenestetilbudet til den geriatriske pasient.
- Beskrive gode sammenhengende pasientforløp.
- Beskrive tiltak som virker.
- Beskrive teknologiske muligheter.
- Identifisere hovedutfordringer i vår region.
- Anbefale fremtidige tiltak.
- Gi eksempler på gode forebyggende tiltak rettet mot den eldre innbyggeren.



Prosjekteier:  
Adm. Dir. Helse Nord RHF



Styringsgruppe:

- Leder: Fagdirektør
- Medlemmer: Fagsjefene i helseforetakene
- Kommunerepresentant fra hvert OSO



Prosjektgruppe:

- Prosjektleder: Raymond Dokmo
- Prosjektmedarbeider: Randi Brendberg
- Prosjektmedarbeider: Siw Skår
- Regional koordinator for geriatri
- En tillitsvalgt (KTV)
- To brukerrepresentanter, hvorav en samisk representant

Referansegruppe:

- KS

Dialogmøter:

- Ett møte i hvert foretaksområde med kommunale representanter utpekt av hvert OSO.
- Ett møte med representanter fra hvert foretaksområde.

# Styringsmessige eller faglige føringer

Prosjektet følger av styresak 63-2016, Samhandlingsreformen – resultater/konsekvenser, hvor et av tiltakene er:

*«Helse Nord skal utarbeide en plan for eldrehelse i Nord-Norge. Planen skal sikre at samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene bedres. Kommunene inviteres inn i dette arbeidet som likeverdig part».*

# Primærhelsemeldingen St.m 26

- Behov for organisasjonsendringer
  - En dør inn
  - Endring av arbeidsdeling
    - Proaktivitet og forebygging
  - Endring av arbeidsformer
    - Flerfaglige team
      - Omtalt som primærhelseteam (fastlege og sykepleier) og oppfølgingsteam (mer spesialiserte team eks ACT/FACT, pasientsentrerte helsetjenesteteam).
        - » Bedre ressursbruk og samordnet tilbud
        - » Endre regelverk for organisering og finansiering
        - » Samlokalisering
      - I dag knyttet til diagnoser
      - I fremtiden mer strukturert tilnærming til grupper av brukere basert på funksjon og behov.
      - Opplæring av brukere
        - » Skal lages veiledere og nasjonale faglige retningslinjer
  - Styrking av kompetanse og ledelse – jf kompetanseløft 2020

- IKT
- Bedring av utstyr og elektronisk samhandling
  - Kommunene og spesialisthelsetjenesten jobber nå sammen med helsedirektoratet for utviklingstiltak.
  - Eks: Nødvendige helseopplysninger følger pasient gjennom hele forløpet
- Psykisk helse og rus
  - KAD plasser innføres fra 2017
  - Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter fra tidligst 01.01.17.
  - Opptrappingsplan for rusfeltet
  - Forsøk med overføring av driftsansvar av DPS til kommuner
  - Vurdere ny finansieringsordning for aktivt oppsøkende behandlingsteam
- Habilitering og rehabilitering
  - Utrede større ansvar over til kommunene som en del av kommunereformen
  - Utarbeidet en rapport IS-1947 som beskriver ansvarsfordelingen i dag.
  - Endelig konkretisering må beskrives i lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommune og foretak
  - Opptrappingsplan som vil ha hovedfokus rettet mot kommunene

# Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) St.m 11

- Regjeringen vil i denne perioden:
  - skape pasientens helsetjeneste
  - prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling
  - fornye, forenkle og forbedre tjenestene
  - bidra til nok helsepersonell med riktig kompetanse til rett tid
  - styrke kvalitet og pasientsikkerhet og stille tydelige faglige krav til sykehusene
  - bedre oppgavedelingen og samarbeidet mellom sykehusene
  - styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
  - Legge til rette for kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen

# Øvrige føringer

- Demensplan 2020
- Omsorg 2020
- HelseOmsorg21 strategi
- Kompetanseløft 2020

# Evaluering av samhandlingsreformen

- *Helhetlige pasientforløp*
- *Økonomiske virkemidler*
- *Folkehelse og forebygging*
- *Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak*
- *Interkommunalt samarbeid og andre organisatoriske mekanismer*
- *IKT-løsninger*
- *Kommunale akutte døgnplasser (KAD)*

# Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen

- Fastleger og hjemmetjenesten får ofte ikke god nok informasjon om pasientens tilstand og hjelpebehov fordi opplysninger om legemidler og epikriser mangler, er feil eller kommer for sent.
- Kun et fåtall av sykehusansatte har mulighet til å sende oppdatert legemiddelliste elektronisk til hjemmetjenesten. Det er utbredt praksis å sende en konvolutt til pasienten med viktige helseopplysninger.
- Dersom fastlegen er borte fra jobb, risikerer hjemmesykepleien ikke å få nødvendige pasientopplysninger fordi andre ansatte ikke kan åpne det elektroniske meldingssystemet.
- Pasientinformasjon mangler i det elektroniske meldingssystemet fordi noen fremdeles bruker telefon eller faks uten å oppdatere pasientjournalen.
- Samhandlingsreformen har ført til kortere liggetid på sykehus og større press på kommunenes hjemmetjenester for å ta i mot utskrivningsklare pasienter.
- Pasienter får for lite informasjon om behandlingen og hva som skjer når de kommer hjem. De har liten mulighet til å påvirke.
- Innføringen av elektroniske meldinger har effektivisert kommunikasjonen mellom sykehuset og hjemmetjenesten, men har også ført til at relasjonene endres fra å være «personlige» til å bli mer og «elektroniske», heter det i rapporten.
- Feil ble sjeldent meldt fra om fordi avvikssystemet ikke var kjent eller lite brukervennlig.



