

# Prosjektmandat

## Tjenestemodell for pasienter med flere kroniske sykdommer



Stavanger Universitetssjukehus  
Helse Stavanger HF



**Bjerkreim**



**Eigersund**



**Lund**



**Hå**



**Gjesdal**



**Hjelmeland**



**Sokndal**



**Klepp**



**Kvitsøy**



**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.*

En fremtid hvor en større andel av livet består av funksjonsfriske år, er et positivt scenario. Samtidig vil økt levealder bety at flere mennesker vil leve lengre med en eller flere kroniske sykdommer med risiko for å utvikle mer komplekse helseutfordringer. Det vil være mangel på helsepersonell og flere pasienter må få behandling med færre ansatte. Dette vil føre til vanskelige prioriteringer. Det er grunn til å tro at ved bedre tilpasning av oppfølgingstilbudet fra primær og - spesialisthelsetjenesten, kan mange pasienter med flere kroniske sykdommer klare seg med oppfølging hjemme. Medisinsk avstandsoppfølging via video og telefonkontakt kan understøtte dette. Påførende og sosialt nettverk er i mange tilfeller en nøkkelressurs. Fastlegen spiller en avgjørende rolle i samspillet mellom tjenestenivåer. Fastlegen kjenner som regel pasienten best og har fulgt hen over flere år. Fastlegene er presset med stadig flere oppgaver. Det er viktig at fastlegene avlastes for det som kan beskrives som mer administrative oppgaver. Kapasitet, kompetanse og kontinuitet i «fastlegekorpsset» er helt avgjørende for hvordan pasienter med flere kroniske lidelser får oppfølging. Fastlegene opplever at tilgangen på veiledning fra spesialisthelsetjenesten kan være krevende. Dette har bedret seg noe siden elektroniske meldinger ble introdusert. Det er flere oppgaver som kan løses av annet helsepersonell. En gjennomgang av vilkår for fastlegeordningen vil være avgjørende for rekruttering. Uten en fungerende fastlegeordning vil helsesystemet kollapse.

Pasienter har i dag kortere og mer effektive behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten og følges oftere opp som dag- eller polikliniske pasienter, sammenlignet med før Samhandlingsformen. Dette kan gi økte forventninger om oppfølging, rekonvalesens og rehabilitering i kommunene.

Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke er under utprøving og de nye tjenestene vil kreve godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten, fastlegene og spesialisthelsetjenesten. Det utadvendte sykehuset, forstått som behandling og fysisk oppfølging av pasienter i hjemmet, har størst potensiale for forbedring der mange aktuelle brukere bor i nærhet til sykehuset. Dette kan bidra til ulik utvikling i tjenestebehov i kommunene. Utkantkommuner forbruker mindre spesialisthelsetjenester og får allerede i dag en større del av behandling og oppfølging i kommunen.

Demografisk utvikling viser at det blir flere eldre i opptaksområdet for SUS i årene fremover. Antall personer med flere kroniske lidelser vil øke med økende alder. Målet for både spesialist og kommunehelsetjenesten er at disse i størst mulig grad skal bli i stand til å leve selvstendig med sine sykdommer, men at de får kunnskap, behandling og støtte fra både kommune og spesialisthelsetjenesten til å mestre hverdagen. Fastlegen og kommunehelsetjenesten vil kjenne pasientens nettverk og funksjonsnivå og må ha samspill med spesialisthelsetjenesten rundt behandlingen og oppfølgingen av de enkelte sykdommene når det kreves.

Kommunene har fokus på at innbyggerne skal kunne bo i egne hjem lengst mulig. Kommunen ønsker å bygge opp om innbyggernes egne ressurser og det å mestre egne helseutfordringer. "Hva er viktig for deg?" er et gjennomgående tema for tjenestene som tilbys. I tillegg må pasienten involveres i og settes i stand til å ha større ansvar for egne sykdommer. Påførende er en stor ressurs rundt pasienten. Dette gjelder også nettverk, frivillige og lokalsamfunn. Aldersvennlig samfunn er et begrep og tankesett som er implementert i helse- og sosialtjenestene. Velferdsteknologi har blitt en naturlig del av det kommunale tjenestetilbudet i flere kommuner. I tillegg er hverdagsrehabilitering godt utprøvd med gode resultater.

Endringer i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten kan gjensidig påvirke hverandre. Forbruk av innleggelse og polikliniske tjenester i spesialisthelsetjenesten vil kunne endres ved nye tilbud i kommunen, for eksempel gjennom fallforebygging eller forebygging av livsstilssykdommer. I spesialisthelsetjenesten har det skjedd stor medisinsk utvikling som gir bedre resultater og lengre livslengde. Et eksempel på dette er god slagbehandling

som reduserer skade hos pasienten og disse kan ofte rehabiliteres til et liv i eget hjem. Tilsvarende utvikling har skjedd i behandlingen av hjerteinfarkt og kreft.

## 2. Prosjektets formål (nytteverdi)

*Mandatet beskriver prinsipper for ansvars og oppgavefordeling mellom de tre partene (pasient, sykehus, kommune inkl. fastlege). I tillegg beskrives prinsipper for overganger mellom tjenestenivå.*

- **Beskrive felles ansvar**
- **Beskrive pasient og pårørendes mestring av egen sykdom og funksjon**
- **Beskrive helseforetakets ansvar og oppgaver**
- **Beskrive kommunens ansvar og oppgaver**
- **Beskrive fastlegens ansvar og oppgaver**
- **Beskrive tiltak for å sikre overganger mellom tjenestenivå**

Hvilke «broer må en bygge» for å få til gode overganger?

- o Felles vurderingsverktøy?
- o Møtearenaer for alle tre parter (sykehus, kommune og pasient) konferanse arrangeres?
- o Hvordan klare å involvere alle tre partene i overganger / behandling?
- o Videokonferanse mellom alle tre før utskrivelse - eller ved polikliniske konsultasjoner - behandlerkontakt på begge sider
- o Kommunale koordinator? Sykehus koordinator?

Denne tjenestemodellen vil ha som mål å utvikle et pasientforløp for personer med flere kroniske lidelser utarbeidet av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette vil skape forutsigbarhet for pasient og behandlere.

### **Hvilke effekter ønsker vi konkret for brukere/pasienter?**

Pasienter med flere kroniske sykdommer har ofte store ressurser til å mestre egen sykdom når hen er informert og opplært gjennom f.eks læring- og mestringskurs. Kursene må være tilgjengelige når behovet oppstår. Det er avgjørende at pårørende som medspiller må anerkjennes og involveres. Likepersoner gjør ofte en viktig jobb i forhold til muligheten for å leve godt med egen sykdom. Tjenestemodellen må fokusere inn mot ressurser hos pasient, pårørende og likepersoner. Frisklivssentralene og frivillige organisasjoner i kommunene er en viktig samarbeidspartner i dette. Det er viktig med forventningsavklaring mellom pasient, pårørende og tjenester. Pasienten skal oppleve en sømløs helsetjeneste, med korrekt informasjon på alle nivå og bedre kvalitet på tjenestene. I tillegg vil pasienten være informert om hvem og hva de ulike behandlingsaktørene har ansvar for. Dette kan spare pasienten for unødige konsultasjoner, som for eksempel innebærer reising til sykehus.

Bruken av likepersoner er i dag implementert i flere pasientforløp i sykehus. Tilbakemeldingene på denne ordningen er positiv og kan med fordel utvides. Pasienten skal ha tilgang på digital informasjon om tjenestene. Tilgang på digitale konsultasjoner skal gi reduksjon av reiser for pasienten der dette er mulig. Pasienter med flere sykdommer vil ha nytte av koordinator av tjenestene i både kommune- og i spesialisthelsetjenesten. Kontaktlegeordningen på sykehus er en lovfestet rettighet, men er i liten grad brukt. Samhandling innad på sykehus for pasienter med flere kroniske sykdommer skal bli tydeligere gjennom dette arbeidet. Pasienter med lang reisevei trenger at avtaler på sykehuset koordineres slik at hen unngår unødige reiser.

Samstemming av legemidler gjennom oppdatering i kjernejournal implementert både på sykehus og hos fastlegen er avgjørende for pasientsikkerhet. Det er her de fleste avvikene ligger både på sykehus og i kommunehelsetjenesten. I tillegg bør det praktiske og finansiering av multidoser endres, slik at pasientens økonomi ikke er til hinder for at ordningen brukes. Et tilsvarende eksempel er sårbehandling hvor de økonomiske incentivene ikke er tilstede for behandling i kommunehelsetjenesten. Det er et generelt problem at økonomi ikke følger pasientens behov.

For at pasienter skal kunne bo lenge i eget hjem vil løsninger som «smarte hus», tilrettelagte boforhold, egenmålinger og egenmonitorering bidra til dette. Sosioøkonomiske forhold, ergometri og ernæring m.m kan være til hinder for at pasienten får effektiv behandling og kan fungere i eget hjem.

Fastlegen er den i behandlingsskjeden som har oversikten og sørger for kontinuitet. For å få dette til er det avgjørende at alle overganger fungerer optimalt. Pasienten kan kommunisere med egen lege både gjennom videokonsultasjoner, elektroniske meldinger og oppmøte konsultasjoner.

For utvalgte pasienter med alvorlige sykdommer vil det være riktig å gi «åpen retur» til sykehuset slik at disse ikke opplever forsinkende mellomledd. Pasienter som lever med kronisk sykdom bør få hjelp når behovet er tilstede og uten forsinkelse, enten via egen fastlege, ØHD senger, legevakt eller i spesialisthelsetjenesten.

Pasienten kan i dag lese egen journal fra spesialisthelsetjenesten, men ikke egen journal fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller fra fastlegen.

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

En lettere hverdag med god kommunikasjon om og med pasienten. PLO meldinger er en god ordning for helsetjenesten. God og strukturert bruk av PLO meldinger sikrer gode overganger. Behandlingsforløpene skal gi raske beslutninger når det er mulig. De ansatte på sykehuset har mange administrative oppgaver. Det må vurderes om digitale verktøy kan erstatte noe av de manuelle arbeidet. Det vil være en styrke å utarbeide et felles kartleggingsverktøy til bruk mellom nivåene. Det vil sikre at pasientens funksjonsnivå beskrives og forstås likt av alle i behandlingsskjeden.

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

Kommunen må ha tilgjengelig og forståelig informasjon til sine innbyggere. En kommunal digital flate som har gode søkemotorer vil gjøre det lettere for brukere å selv finne oversikt over mulige tjenester kommunen tilbyr. Dialog med sykehuset, sømløs samhandling, reduksjon av "svingdørs"-pasienter kan gi en reduksjon i bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Samhandling mellom tjenestenivåene rundt storforbrukere av helsetjenester må gjennomføres i større grad enn i dag. Fastlegen og helsetjenester i kommunen er avhengig av at journalnotater/epikriser er tilgjengelig uten forsinkelse når pasienten kommer til behandling. Avklaring av behandlingsnivå/intensitet i stabil fase. Det er en utfordring at sykehusets elektroniske journalsystem ikke gir mulighet til digital samhandling mellom poliklinikk og kommunehelsetjenesten. Riktig medikamentliste ved inn og utskrivelse må være tilgjengelig uten forsinkelse. Det er også en målsetting at en har ordninger som gjør at en tidlig kan identifisere dem som ikke mestrer egen sykdom.

### **Hvilke effekter ønsker vi for fastlegen?**

Fastlegen, sammen med pasienten, har en nøkkelrolle i nettverket rundt pasienter som har flere kroniske sykdommer. Fastlegen har oversikt både over de ulike sykdomsforløpene i tillegg til å ha oversikt over pasientens ressurser og nettverk. Fastlegen må være oppdatert på hvilke kommunale tilbud som finnes, i tillegg til å være informert om spesialisthelsetjenesten behandlingsplaner for pasienten. Digital samhandling mellom behandler på sykehuset og fastlegen i kommunen er godt utbygd. Fastlegen er avhengig av tydelig oppgavefordeling mellom sykehuslegen og fastlegen. Det er ofte ikke hensiktsmessig å be fastlegen henvise videre internt på sykehuset dersom dette medfører en forsinkelse for pasienten. Dette er særlig aktuelt ved uavklarte tilstander som krever utredning mellom mange ulike spesialiteter, undersøkelser og radiologiske modaliteter. Fastlegen skal ikke være sekretær mellom pasient og sykehuset. Dette er særlig en problemstilling ved forsinkelse av timer. Pasienten trenger en større tilgjengelighet for å etterspørre timer i poliklinikk og annen behandling.

### **Hvilke effekter ønsker vi for sykehuset?**

Riktig medikamentliste ved inn og utskrivelse som er tilgjengelig uten forsinkelse. Reduksjon av antall liggedøgn, økt antall polikliniske konsultasjoner, bedre henvisninger og vurderinger i forkant av poliklinikk/innleggelse, kortere liggetid og bedre samhandling med fastlegene og helsetjenesten i kommunen. Samhandling rundt storforbrukere av helsetjenester må i større grad være en del av behandlingsforløpene.

### 3. Prosjektets leveranser

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

- Leverer mandat til FSU for tjenestemodellen før jul -22
- Beskrive ansvar og oppgaver for pasient og pårørende, helseforetakets, kommunens- og fastlegen.
- Beskrive behov og samhandling rundt pasienter med flere kroniske sykdommer, og lage pasientforløp for disse
- Kartlegge brukererfaringer
- Kartlegge ansattes erfaringer
- 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

### 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 innenfor kroniske sykdommer som har tilknytning til vårt område, FSU | Kartleggings og høringsrunde.              | Innspill og justering av tjenestemodellen | Høsten 2023             |
| Koordinerende enhet i kommunene og spesialisthelsetjenesten   |  |   |                         |
| Koordinatorer på sykehuset og i kommunene i ulike pasientforløp   |  |   |                         |
|   |  |   |                         |
|   |  |   |                         |

## 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<br>Hva skal være oppnådd   | Frist<br>Dato                     | Beslutnings<br>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. Bruk av TEAMS   | 22.april 2022                     |                      |
| Arbeidsmøte 2 | AU samles for å legge plan for første workshop, og lage møteplan. Utkast til mandat er utarbeidet før første workshop. Sende ut forslag til mandat før workshop | 9. juni 2022                      |                      |
| Workshop 1    | Gruppen møtes. Kafébord dialog  | 17. august 2022<br>heldagssamling |                      |
| Arbeidsmøte 3 | AU gjennomgår funn fra første workshop Planlegge innhold og form i neste workshop. Fordele oppgaver innad i gruppen.  | 19. august 2022                   |                      |
| Arbeidsmøte 4 | AU avklarer med FFU grenseoppganger mot de andre tjenestemodellene, bl.a skrøpelige eldre   | 15. september 2022                |                      |
| Workshop 2    | Gjennomgang av resultater fra forrige workshop og detaljert mandat, redigert utgave.  | 6. oktober2022<br>heldagssamling  |                      |
| Arbeidsmøte 5 | AU oppsummerer workshop 2. Reviderer mandat   | 18.oktober 2022                   |                      |
|               | Oversendelse forslag til prosjektmandat til FSU   | Senest 26. oktober 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.

Prosjektgruppens sammensetning finnes oppdatert [her](#).

## 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.

Nytteeffektene må kunne måles/etterprøves, er målet for prosjektet oppnådd?

Når 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

|  |   |
|--|---|
| må holdes jevnlig informert med mål om å involvere | må følges opp nøye med mål om å engasjere |
|  |   |
|  |   |
| informeres ved behov                               | må holdes informert                       |

**i liten grad**

**I stor grad**

I hvilken grad kan interessenten påvirke utfallet/implementeringen av prosjektet

I hvilken grad blir interessentene påvirket av prosjektets resultat og aktiviteter