

LKT forprosjekt Langvarige og koordinerte tjenester

Dokumentkontroll		
<i>Saksbehandler</i>	<i>Gjennomgang</i>	<i>Godkjent av</i>
Eva Møller, regional prosjektleder Johannes Kolnes, prosjektleder Helse Bergen Tina Løkke Vie, prosjektleder Helse Førde		

Distribusjonsliste	
<i>Navn</i>	<i>Institusjon</i>
Styringsgruppen LKT prosjektet i Bergensregionen	Helse Bergen og samhandlingskommuner
Styringsgruppen LKT prosjektet i Sogn og Fjordane	Koordineringsrådet i Sogn og Fjordane
Programstyret i Støtte til samhandling	Helse Vest

Endringslogg			
1.0	16.05.2014	Rapport klar for overlevering til styringsgruppene i Bergensregionen og Sogn og Fjordane	

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Innledning	4
3. Bakgrunn for prosjektet	6
4. Gjennomføring av prosjektet	6
5. Relasjon til andre prosjekter og tiltak	8
6. Anbefaling.....	9
VEDLEGG 1. Presentasjon av prosess og resultat i forprosjektet.....	11
VEDLEGG 2. Intervjuguide for pasientintervjuer.....	12

1. Sammendrag

Forprosjekt Langvarige og koordinerte tjenester (LKT) er gjennomført i perioden desember 2013 til mai 2014. Forprosjektet er forankret i Helse Vest gjennom programmet Støtte til samhandling.

Helse Bergen og Helse Førde har deltatt sammen med kommuner fra regionene. I Førde-regionen har arbeidet vært forankret i et oppdrag gitt av Koordineringsrådet i Sogn og Fjordane, og representanter fra KS, Helse Førde, brukerutvalget og Høgskulen i Sogn og Fjordane har deltatt. I Bergensregionen har arbeidet vært forankret gjennom samarbeidsutvalgene, og kommunene Os, Fusa, Austevoll og Samnanger har deltatt.

Bakgrunn for arbeidet er behovet for å utvikle bedre helsetjenester rettet mot det økende antall pasienter som har to eller flere kroniske lidelser. Disse pasienter har et stort behov for helsetjenester og er krevende å håndtere for både spesialist- og primærhelsetjeneste på grunn av komplekse og sammensatte behandlingsforløp som går på tvers av fagdisipliner og nivåer.

Mål for forprosjektet har vært å kartlegge dagens utfordringer og avdekke løsninger som kan gi økt livskvalitet for pasienten og bedre ressursbruk. Økt pasientinvolvering er en viktig premiss for arbeidet.

Forprosjektet har vært gjennomført i en prosess med tre dagsseminarer samt pasientintervjuer. I seminarene har deltatt representanter fra brukere, kommunenes helseadministrasjoner, fastleger, helseforetakenes stabsfunksjoner og behandlingsansvarlige leger - totalt 36 deltakere.

Utenom samlingene er arbeidet gjennomført av en kjernegruppe med deltakelse av Helse Bergen og Helse Førde, samt en prosjektleder fra det regionale programmet. Tjenestedesign har vært benyttet som metode, og servicedesignere fra Eggs design har vært engasjert for å bistå i arbeidet.

Prosess:

Samling 1, fokus: Definere målgruppe

Fokus på psykiatri og rus som del av helhetsbildet, og beslutning om fokus på pasienter med kombinasjon av somatiske, psykiske og ruslidelser.

Intervju: Pasientperspektivet

Kvalitative pasientintervju for en mer nyansert forståelse av dagens utfordringsbilde.

Samling 2, fokus: Innsikt

Fire fokusområder ble identifisert.

1. Pasientene ønsker tidlig, sterk og tydelig innsats
2. Pasientene ønsker at deres egne ressurser, fortrinn og ønsker skal tas i bruk
3. Pasientene ønsker progresjon i behandlingen, tett oppfølging og god evaluering
4. Pasientene ønsker god kommunikasjon og koordinering

Samling 3, fokus: Løsninger

I alt sju løsningsrom med underliggende tiltak er identifisert:

1. Pasienten som ressurs.
2. Tidligtiltak.
3. Digital verktøykasse.
4. Kvalitetssikre overganger.
5. Rus/psykiatri/somatikk-kombinasjon.
6. Koordinerende myndighet / koordinator.
7. Arena for samhandling

Tiltak i løsningsrommene 1-3 er aktuelle for videre arbeid i hovedprosjekt. Tiltak i løsningsrommene 4-7 er i varierende grad adressert gjennom allerede pågående tiltak eller prosjekter. Tiltakene 4-7 løftes derfor inn i allerede pågående arbeid.

Prosjektene i Bergensregionen og Sogn og Fjordane legger frem anbefaling for videre arbeid for sine respektive styringsgrupper. Anbefalingene for hhv Bergensregionen og Sogn og Fjordane er oppsummert i avsnitt 6.

I Bergens-regionen anbefales arbeid videre med tre komponenter:

- a) Videreføring av forløpsarbeid med basis i psykoseforløpet. Identifiserte tiltak 4-7 løftes inn i dette arbeid.
- b) Utforming av en elektronisk, generisk oversikt over aktørene
- c) Utvikle eller innføre kjent teknologisk løsning for en pasientapplikasjon som skal nyttes som pasientens elektroniske kommunikasjonskanal med hjelpeapparatet i foretak og kommune.

I Sogn og Fjordane anbefaler prosjektet at en utreder videre hvilken målgruppe prosjektet spesifikt skal omfatte. Når endelig målgruppe er bestemt og eventuelle utfordringer identifisert, anbefales det videre å ta utgangspunkt i det regionale arbeidet og vurdere løsningsforslagene her som aktuelle tiltak, basert på forskning, samt allerede eksisterende/tilgrensede prosjekt i Helse Førde.

Etter behandling i de lokale styringsgruppene vil det regionale prosjekt oppsummere og legge frem det samlede arbeidet med anbefalinger for program Støtte til samhandling.

Vedlegg 1 viser en samlet presentasjon av prosess og resultater i forprosjektet.

2. Innledning

Helsetjenesten vil over de neste ti årene oppleve en så stor økning i arbeidsbelastning at det kan true selve bærekraften i sektoren dersom vi fortsetter å yte tjenestene våre slik vi gjør det i dag. En forutsigbar mangel på arbeidskraft bekrefter denne risikoen og tvinger oss til å tenke helt nytt dersom vi skal levere helsehjelp av høyeste internasjonale standard.

Det overordnede mål for prosjektet Langvarige og koordinerte tjenester (LKT) er å implementere pasientsentriske tiltak som skal bidra til økt livskvalitet for pasientene og mer hensiktsmessig ressursbruk for helsevesenet

Det sentrale virkemidlet i prosjektet er å endre dagens situasjon der pasienter med flere kroniske sykdommer er en stor belastning for helsevesenet, til en situasjon der flest mulig av disse pasientene blir en ressurs for helsetjenesten ved at de settes i stand til å behandle sitt eget sykdomsbilde selv.

For å oppnå dette må både spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og fastleger involveres. Men fremfor alt må vi involvere dem som får primæransvaret for behandlingen, nemlig pasientene selv.

Hovedtiltakene i prosjektet vil være å styrke kunnskap, forståelse og myndighet hos pasienten selv gjennom opplæring i

- a) Egnet monitorering av egne tilstander
- b) Hensiktsmessige behandling av egne sykdommer med god beslutningsstøtte

Hovedutfordringene forøvrig er todelt

- 1) Utvikling av IKT støtteverktøy som gir god monitorering av sykdomsbildene og beslutningsstøtte for behandlingstiltak
- 2) Endringer i arbeidsform og organisering både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Dette vil gi en betydelig forskyvning av makt fra de som tradisjonelt har vært tjenesteytere på ulikt nivå til pasientene. Dette forutsetter at målgruppen for dette prosjektet er pasienter med intakte kognitive evner.

Prosjektet har betydelig potensiale både for innovasjon og forskning.

Forprosjekt LKT) er gjennomført i perioden desember 2013 til mai 2014. Forprosjektet er forankret i Helse Vest gjennom programmet Støtte til samhandling. Prosjektet har vært et samarbeidsprosjekt mellom Helse Bergen, kommunene i samhandlingsområde Bergensregionen, Helse Førde og kommunene i Sogn og Fjordane.

Mål for forprosjektet har vært å kartlegge dagens utfordringer og avdekke løsninger som kan gi økt livskvalitet for pasienten og bedre ressursbruk. Økt pasientinvolvering er en viktig premiss for arbeidet.

En hadde opprinnelig plan om i større grad å basere arbeidet på tilgjengelig forskning og litteraturstudier. På grunn av ressurstilgangen i prosjektet har dette ikke vært mulig.

En valgte i stedet å gjennomføre oppgaven gjennom bredt anlagte workshops med deltakelse av brukerrepresentanter og aktører fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, totalt 36 deltakere på de tre arbeidssamlinger. I tillegg har det vært gjennomført brukerintervjuer med seks personer. Tjenestedesign ble vurdert å være velegnet som metodisk tilnærming.

Fra nyttår ble det klart at Helse Førde måtte prioritere dette prosjektet ned på grunn av ressursmangel. Deler av arbeidet har derfor vært gjennomført med hovedtyngde i Bergensregionen. Prosjektleder fra Helse Førde og representanter fra S&Fj-prosjektet har imidlertid deltatt i de tre arbeidssamlinger.

Arbeidet har vært gjennomført i en kjernegruppe med følgende deltakere:

Eva Møller, regional prosjektleder Støtte til samhandling, Spesialrådgiver Helse Bergen
 Johannes Kolnes, prosjektleder for prosjektet i Bergensregionen, Spesialrådgiver Helse Bergen

Magne Høgelid, rådgiver, leder for Samhandlingssekretariatet, Helse Bergen
Tina Løkke Vie, PhD, prosjektleder for prosjektet i Sogn og Fjordane, seniorrådgiver Helse Førde

Selskapet Eggs design har (etter anbud) vært engasjert for å bidra til bruk av tjenstedesign som metode og for fasilitering av workshops. Servicedesignere Jan Walter Parr og Annie Hjelmervik har deltatt.

3. Bakgrunn for prosjektet

Andelen med en kronisk sykdom blant alle voksne i Norge er anslått til 58% (Kunnskapssenteret 2013). Andelen øker med alder, 82% blant personer på 75 år og eldre har kronisk sykdom. Pasienter med kroniske lidelser er en heterogen gruppe, både med hensyn til årsak til lidelse og symptomer. Kroniske sykdommer omfatter bl.a. diabetes, KOLS, hjertesvikt, reumatisme og kreft, psykiatri og rus. Multimorbide pasienter har en krevende kombinasjon av flere kroniske tilstander, grad av sykkelighet og alder som gjør at de er spesielt ofte i kontakt med helsevesenet.

Analyser som er gjennomført av medarbeidere ved Seksjon for helsetjenesteutvikling i Helse Bergen viser at 10 % av pasientpopulasjonen med kombinasjoner av gitte kroniske lidelser legger beslag på 45-50 % av sengekapasiteten i enkelte helseforetak. Ikke minst viser undersøkelsene at slike pasienter har høy reinnleggelsesfrekvens.

Både etiske og ressursmessige betraktninger er motivasjonen for at det bør gjennomføres målrettede forbedringer for denne gruppen. Kroniske lidelser har ulike symptomer og gir ulike sykdomsbilder, og pasienter med kroniske lidelser vil ha ulike behov for behandling, oppfølging og tilrettelegging.

Tiltak bør gjennomføres på tvers av behandlingsnivå. Pasienter vil være ulike med hensyn til behovet for organisering av helsetjenesten, både i sykehuset og mellom samhandlingspartene.

Tiltak som kan bedre situasjonen for disse pasientgruppene kan finne sted både før, under og etter innleggelse, i et samarbeid mellom aktørene i helsevesenet. Aktuelle tiltak er så vel tidligere utprøvde løsninger som mer innovative tiltak, og kan spenne over både organisatoriske og tekniske løsninger samt kombinasjoner av disse.

Denne pasientgruppen har fått spesiell oppmerksomhet både i norsk og internasjonal helsetjenesteutvikling de senere årene og vi har derfor kartlagt andre prosjekter i vårt område som tar opp samme problemstilling for bedre å kunne fordele ansvar for å forbedre ulike komponenter og unngå dobbeltarbeid.

4. Gjennomføring av prosjektet

Forprosjektet gikk høsten 2013 inn i en forberedelsesfase der regional prosjektleder, sammen med de to lokale prosjektlederne, utarbeidet en mal for arbeidet. På grunn av ressursituasjonen i prosjektet ble det besluttet en arbeidsform der denne kjernegruppen kjørte prosjektet, og brukte dagsmøter med brede deltakerpanel, intervju for innhenting av

pasientopplevelser og tjenstedesign som hovedvirkemidler. Konsulentselskapet «Eggs design» ble, etter anbud, tatt inn for metodestøtte i tjenstedesign.

Tre workshops ble gjennomført med følgende hovedtema:

- a) Definer målgruppe
- b) Identifiser sentrale problemstillinger
- c) Foreslå løsninger

I dagseminarene var det bred deltakelse av brukere, representanter for kommunenes helseadministrasjoner, fastleger, helseforetakenes stabsfunksjoner og behandlingsansvarlige leger. Samlet sett var det noe variasjon blant deltakerne, men en god kjerne var gjennomgående. De to siste dagsamlingene ble ledet av konsulentene fra «Eggs design».

Mellom første og andre samling ble det gjort pasientintervjuer for å danne grunnlag for tenkningen omkring utfordringsbildet og løsningsforslagene. Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer etter en felles mal – se vedlegg 2. Disse intervjuene ble bare gjennomført i Helse Bergen regi.

Pasientintervjuer og metodikken tjenstedesign har fungert godt.

Resultatet av første dagsseminar var entydig. Skal man ha tiltak som skal bedre storbrukernes situasjon, må vi se på pasienter med problemer både innen somatikk-, psykiatri- og rusfeltet. Dermed ble målgruppen for prosjektet definert som

Pasienter med kombinasjon av somatisk sykdom, psykiatrisk sykdom og ruslidelse.

Etter dette seminaret ble det gjennomført seks pasientintervjuer med pasienter som har denne kombinasjonen av lidelser. Dette ble gjort for å få pasientenes vinkling på problemforståelse.

Fire fokusområder ble identifisert gjennom intervjuer og andre seminar:

1. Pasientene ønsker tidlig, sterk og tydelig innsats
2. Pasientene ønsker at deres egne ressurser, fortrinn og ønsker skal tas i bruk
3. Pasientene ønsker progresjon i behandlingen, tett oppfølging og god evaluering
4. Pasientene ønsker god kommunikasjon og koordinering

I det tredje seminaret var temaet løsningsfokus. Her avdekket vi et svært komplisert aktørbilde med en del uklarhet i ansvars- og oppgavefordelingen. Videre er det svære praktiske utfordringer med tanke på å holde kontaktinformasjon og oppgavebeskrivelser oppdaterte. Dette har sammenheng med kommunenes ulike organisasjonsformer, turnover av personell både i foretak og kommuner og virkningen av periodiske omorganiseringer. Men frem for alt er det mangel på digitale løsninger som gjør at oppdateringsprosedyrene blir alt for tungvinte.

Det andre fokuset som en ønsker videre arbeid med er å øke pasientenes og brukernes delaktighet og ansvar i egen behandling. Her ser en også at digitale løsninger kan tilby automatisert støtte både i monitorering, egenbehandling og krisehåndtering. Som et bakteppe for dette ble det utviklet et aktørkart med utgangspunkt i pasientenes perspektiv. Det ble også

utviklet en matrise for å kartlegge faktorer som indikerer grad av sykdom koblet mot grad av evne til egen mestring av sykdommen.

Til slutt ble alle faktorer samlet i følgende oppsett for et løsningsrom, med 7 temaer for løsninger med underliggende tiltak:

LØSNINGSROM



De tre pasientnære elementene, Aktivere pasient som ressurs, Tidligtiltak og Digital verktøykasse, er viktige elementer som ikke er dekket i pågående prosesser/prosjekter og som bør tas videre i et hovedprosjekt. De øvrige fire elementene, Kvalitetssikre overganger, Koordinerende myndighet/koordinator, Rus/psykiatri/somatikk-kombinasjon og Arena for samhandling dekkes allerede i eksisterende prosjekter, særlig i prosjektene Psykoseforløp, ROP forløp og Akuttforløp.

5. Relasjon til andre prosjekter og tiltak¹

I løpet av forprosjektet fikk vi et klart bilde av kompleksitet både når det gjelder innsatsfaktorer hos multisyke og storbrukere, men framfor alt utfordringer når det gjelder å holde oversikt over aktørkartet for den enkelte pasient. De organisatoriske løsningene som de enkelte kommunene er kommet fram til når det gjelder å møte kravet om lovpålagte tilbud er svært ulike. I tillegg er turnover i de fleste kommuner også relativt stor. Dette er en utfordring alle prosjekter som omhandler storbrukere erfarer.

I forprosjektet har vi videre identifisert det vi oppfatter som gullstandarder for flere sentrale prosesselementer. Disse er i stor grad definert og dokumentert i papirform i andre tidligere prosjekter, men man sliter med å holde dokumentasjonen dynamisk og dermed operativ. Med dynamisk menes her kontinuerlig oppdatert på formelle faktorer som navn, og

¹ Denne del av prosjektet er bare gjennomført med basis i Helse Bergen

kontaklinformasjoner. Når det kommer til å være oppdatert fra dag til dag på pasientens tilstand er dette ennå mer komplisert.

Det er gjort en systematisk sammenligning med andre pågående prosjekt som utvikler tjenestetilbudene med tanke på faglig innhold og relevans. Vi har funnet at mange av disse aspektene er veldig godt håndtert i pågående prosjekter. Dette gjelder særlig Psykoseforløpet som er forbilledlig både i involvering og ansvarliggjøring av pasient og pårørende, ansvarsfordeling og rolleavklaring mellom aktørene samt rapporteringsrutinenes innhold og møtstruktur for samarbeid. Dette forløpet er brukt som mal også i ROP prosjektet, og akuttforløpet i psykiatri. Andre prosjekt, som intoxforløpet, har identifisert viktige enkeltkomponenter som «first responder-kontakten».

Forprosjektet har derfor konkludert med at den faglige delen av et godt storbrukerforløp er godt ivaretatt i eksisterende prosjekt.

Når disse allikevel svikter, skyldes det i stor grad mangel på støttesystemer som automatiserer administrative rutiner. Disse er i dag så vanskelige å holde oversikt over, at tidstap, misforståelser og ressursmangel ødelegger timingen i mange av forløpene og at disse av den grunn alt for ofte svikter til tross for svært godt faglig innhold.

Det som går igjen som en felles mangel i disse prosjektene er mangelen på dynamisk IKT støtteverktøy. Slikt verktøy skal automatisere rutineoppgaver som kartlegging og identifisering av aktører, kontakter, aktuelle koordinatorkandidater, maler for egenrapportering, konfigurerbare mal for triggerpunkter for ansvarsovertakelser/forskyvninger, generisk modulerbar forløpsmodell osv.

Forprosjektet har identifisert dette som et aktuelt satsingsområde der både kartlegging av markedet for eksisterende løsninger og ev. utvikling av egnet verktøy er aktuelle aktiviteter.

6. Anbefaling

6.1. Anbefaling til videre arbeid i Bergensregionen

Et utviklingsarbeid som handler om pasienter med kombinasjoner av somatiske lidelser, rus og psykiatriske diagnoser vil uavvendelig være meget komplisert. Det er derfor av stor viktighet at prosjektet i sin første fase er så oversiktlig som mulig og at prosjektet ikke omfatter for mange mennesker. Vi foreslår derfor at de samme kommunene som var med i forprosjektet, kommunene rundt Bjørnefjorden, starter hovedprosjektet i samarbeid med Helse Bergen.

Samhandlingsutvalget forblir styringsgruppe for prosjektet og involvering av resterende kommuner i Bergensregionen fases gradvis inn.

Vi vil etablere delprosjekter for de ulike komponentene for samhandlingsaktiviteter. Foreløpig har vi identifisert følgende komponenter:

1. Forløpsanalyser legges til grunn for all aktivitet. Her brukes den malen som nå er etablert av psykoseforløpet som grunnlag for arbeidet. Den er allerede under innføring i ROP forløpet og er dermed forankret i noen av de viktigste samarbeidsmiljøene.

Videre har den bevist sin egnethet til å avklare pasientens vekslende evne til egeninnsats og styring, ansvars- og oppgavefordeling mellom aktørene, koordinatorrollen, rapporteringsrutiner og møteaktiviteter.

2. Et delprosjekt skal lage en elektronisk, generisk oversikt over aktørene slik de framstår i lov og forskrift. Denne skal være konfigurert for den enkelte kommune slik at den svarer til kommunenes lokale tilpasning til de nasjonale kravene. Det skal utarbeides rutiner i den enkelte kommune for elektronisk oppdatering av kommunens aktørkart. Dette skal sikre at en ved hjelp av denne modulen skal ha oversikt over alle aktørene en pasient/klient vil ha bruk for i sitt forløp. Disse aktørene og deres kontaktinformasjon skal komme opp i alle de øvrige aktørenes samarbeidskart når pasientens bostedsadresse legges inn.

Deltakere: Kommunene ved Bjørnefjorden, Helse Bergen og Helse Vest IKT

3. Det neste delprosjektet skal utvikle eller innføre kjent teknologisk løsning for en pasientapplikasjon. Denne skal innledningsvis
 - a) Aktivere aktørkartet i delprosjekt nevnt under punkt 2.
 - b) Videre skal den nyttes som pasientens elektroniske kommunikasjonskanal med hjelpeapparatet i foretak og kommune. Her skal pasienten kunne legge inn egenmonitorering av sykdomsparametre som man er blitt enige med pasienten om.
 - c) Videre skal det legges inn varslings dersom forhåndsdefinerte triggerpunkter for ustabil situasjon slår inn. Fast definerte responser som man er blitt enige med pasienten om på forhånd skal da iverksettes.
 - d) En siste funksjon er å legge data over i pasientens journalsystem i kommunen, helseforetaket og ev. kvalitetsregistre basert på arketypesystematikken.

Deltakere: Kommunene i Bjørnefjordsområdet, Helse Bergen, Helse Vest IKT og Høgskolen i Bergen.

6.2. *Anbefaling til videre arbeid i Sogn og Fjordane*

Koordineringsrådet i Sogn og Fjordane har hatt saken som gjelder storbrukere av sykehustjenester oppe ved flere tilfeller og som følge av at prosjektet allerede var i gang lokalt, før oppstart av det regionale, var organiseringen av forprosjektet tidlig etablert. Vi foreslår at samme organisering holder frem, med Kommunene v/KS og Helse Førde som prosjekteiere, og representanter fra KS, Helse Førde, HiSF og brukerutvalget i Sogn og Fjordane som medlemmer i styringsgruppe, data- og prosjektgruppe.

Også i Sogn og Fjordane er det enighet i at prosjektet på et overordnet nivå bør omfatte både somatikk, psykiatri og rus. Det er imidlertid ikke bestemt hvilke målgruppe prosjektet spesifikt skal omfatte. Som følge av kompleksiteten av prosjektet er det imidlertid foreslått å se nærmere på en begrenset gruppe av storbrukere. Når endelig målgruppe er bestemt og eventuelle utfordringer identifisert, anbefales det videre å ta utgangspunkt i det regionale arbeidet og vurdere løsningsforslagene her som aktuelle tiltak, basert på forskning, samt allerede eksisterende/tilgrensede prosjekt i Helse Førde.

VEDLEGG 1. Presentasjon av prosess og resultat i forprosjektet

VEDLEGG 2. Intervjuguide for pasientintervjuer