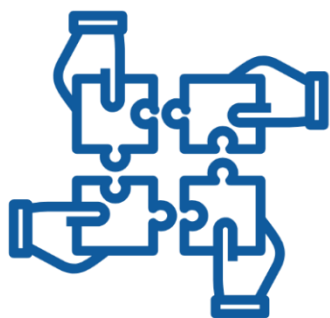




INTEGRERTE HELSETJENESTER

til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av
helsetjenester

Sluttrapport

Evaluering og videre arbeid

	Dato: 07.01.25	Side: 2 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

Tittel: Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov for høyt forbruk av helsetjenester		Referanse: <i>19/10760-</i>
Beslutningsdato: 6. september 2024	Beslutning: Prosjektet går over i drift fra januar 2025	
Besluttet av: IHT styringsgruppen	Prosjektevaluering utarbeidet av: IHT prosjektgruppen og Anette Melsnes Skogvold	Prosjektleder: Anette Melsnes Skogvold

	Dato: 07.01.25	Side: 3 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

Innhold

1. Sammendrag	4
2. Bakgrunn og rammer.....	5
3. Prosjektorganisering og styring.....	6
3.1 Styringsgruppen	6
3.2 Prosjektgruppen.....	7
3.3 Koordinatorgruppen	8
3.4 Forankring, informasjon og samarbeid.....	9
4. Leveranser	10
4.1 Tjenestemodellen	11
4.2 Digitale støtteverktøy	15
4.2.1. Ressursstyringsverktøy IHT: Måltall og bemanning	15
4.2.2. Identifisere pasientgruppen på bakgrunn av strukturerte data	15
4.2.3. IHT forløpsapplikasjon.....	16
4.2.4. Automatisk e-postvarsel for IHT.....	16
4.2.5. Resultatapplikasjonen	17
4.3 Forskning.....	18
4.4 Tjenesteforløp 2 - Forsterket hjemreise (piloting)	19
5. Erfaringer og gevinster	20
5.1 Pasient og pårørende.....	20
5.2 Kommunene.....	21
5.3 Fastlegene	21
5.4 Spesialisthelsetjenesten.....	22
5.5 Endring i forbruk av helsetjenester.....	22
5.6 Andre gevinster	22
6. Viktige læringspunkter	24
7. Veien videre.....	25
8. Referanser til andre dokumenter	26

	Dato: 07.01.25	Side: 4 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

1. Sammendrag

Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester (IHT) er et samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus, Kongsvinger -, Lillestrøm-, Lørenskog, Nes-, Nordre Follo- og Ullensaker kommune. Prosjektet startet i januar 2020 og ble overført til drift 1. januar 2025. Formålet med IHT er å bedre livskvalitet og helse- og mestringstjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester. Dette har prosjektet oppnådd ved etablering av oppfølgingsteam på tvers av fag og tjenestenivå, kartlegging av pasientens behov, mål og risikoområder og opprettelse av individuell behandlingsplan. I løpet av prosjektperioden har IHT-teamet inkludert 217 pasienter i tjenesten og ved prosjektslutt er det 121 aktive pasienter under oppfølging, fordelt på 6 kommuner.

Prosjektet har også utviklet og tatt i bruk digitale verktøy som støtter det tverrfaglige teamet i å jobbe smidig og mer effektivt, i form av applikasjoner i QlikView. Det er utviklet en applikasjon for å identifisere aktuelle pasienter, en forløpsapplikasjon for å følge opp pasientforløpene, et automatisk e-postvarsel ved ny aktivitet i sykehuset for IHT-pasientene og en resultatapplikasjon som viser forbruk av helsetjenester for IHT-pasientene før- og etter inklusjon i tjenesten. De digitale støtteverktøyene har vært viktig for å identifisere pasienter med høyt forbruk av sykehus tjenester basert på aidentifiserte data, for å holde orden i tjenesteforløpet og vite om tjenestemodellen fører et riktigere forbruk av helsetjenester.

Resultatene fra prosjektet er gode både med tanke på pasientrapportert tilfredshet, samarbeid mellom helsepersonellet og endringer i forbruk av helsetjenester. Pasient og pårørende forteller at IHT gjør at de føler seg sett og hørt, at de får medvirke og at tjenesten gir økt trygghet og forutsigbarhet. Helsepersonellet trekker frem det tette samarbeidet mellom sykehus og kommune og muligheten for å kunne konferere med geriater ved behov. Dette bidrar til at denne kompetansen blir mer tilgjengelig til det beste for pasienten. Det rutinemessige samarbeidet mellom aktørene og den felles behandlingsplanen oppleves som viktige tiltak (for å skape helhet og sammenheng i pasientens helsetjeneste). Resultatapplikasjonen viser en betydelig nedgang i forbruk av reaktive tjenester som korttidsopphold, legevaktsbesøk, ø-hjelps innleggelser på sykehus og døgnopphold på KAD (kommunal akutt døgnenhet). Kost-nytte vurderingen som er gjort viser en betydelig redusert kostnad for sykehuset i form av færre episoder med akutte innleggelser og reinnleggelser etter oppstart med IHT. IHT fikk tildelt Helsedirektoratets Forbedringspris i 2023 og Innovasjonsprisen på Patient Classifications Systems International konferansen i Slovenia i 2024.

Fra januar 2025 gikk IHT over i drift på Ahus og i de seks kommunene som har jobbet med IHT i prosjektperioden. Det opprettes en egen seksjon for Integrerte helsetjenester på Ahus og kommunene implementerer arbeidet med IHT inn som en ordinær oppgave på lik linje med andre oppgaver. Samtidig er det besluttet at tjenestemodellen skal spres til resterende 15 kommuner i Helsefelleskapet innen utgangen av 2026.

	Dato: 07.01.25	Side: 5 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

2. Bakgrunn og rammer

Tverrfaglig samarbeid om pasienter som trenger det mest er en satsning som er omtalt i Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027, i regional og lokal Utviklingsplan 2040 (HSØ og Ahus) og i strategi og handlingsplan for Helsefelleskapet Ahus og kommuner 2024-2025. Mangel på kontinuitet og koordinering rammer personer med sammensatte behov i særlig grad. Vurderinger og tiltak gjøres ofte uten tilstrekkelig samordning med helsepersonell i andre deler av behandlingsforløpet, og det er sjelden noen felles forståelse av hvilken rolle pasienten selv skal ha i behandlingsforløpet. I dette prosjektet har vi jobbet med eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester.

Integrerte helsetjenester er en modell med personsentrert tilnærming der ulike aktører på tvers av nivåer og sektorer i helse- og omsorgstjenestene arbeider sammen for å møte pasientens behov. Formålet med integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester er å bedre livskvalitet og helse- og mestringstjenester. Dette oppnås ved å etablere tverrfaglige oppfølgingsteam på tvers av fag og tjenestenivå. Teamet kartlegger pasientens behov, mål og risikoområder og oppretter en individuell behandlingsplan. En slik samordning av helsetjenester som ytes på tvers av forvaltningsnivåene gir økt trygghet til pasient og pårørende og mulighet for å tilby skreddersydde tjenester til den enkelte pasient.



HVA ER INTEGRERTE HELSETJENESTER?

Integrerte helsetjenester kan defineres som et system der helsetjenestene er organisert slik at pasienten mottar et helhetlig kontinuum av helsefremmende, funksjonsbevarende og sykdomsforebyggende tjenester, parallelt med diagnostisering, behandling og langtidsoppfølging av sykdom, rehabilitering og palliativ behandling fra ulike nivåer og leverandører innad i helsesystemet tilpasset pasientens behov.

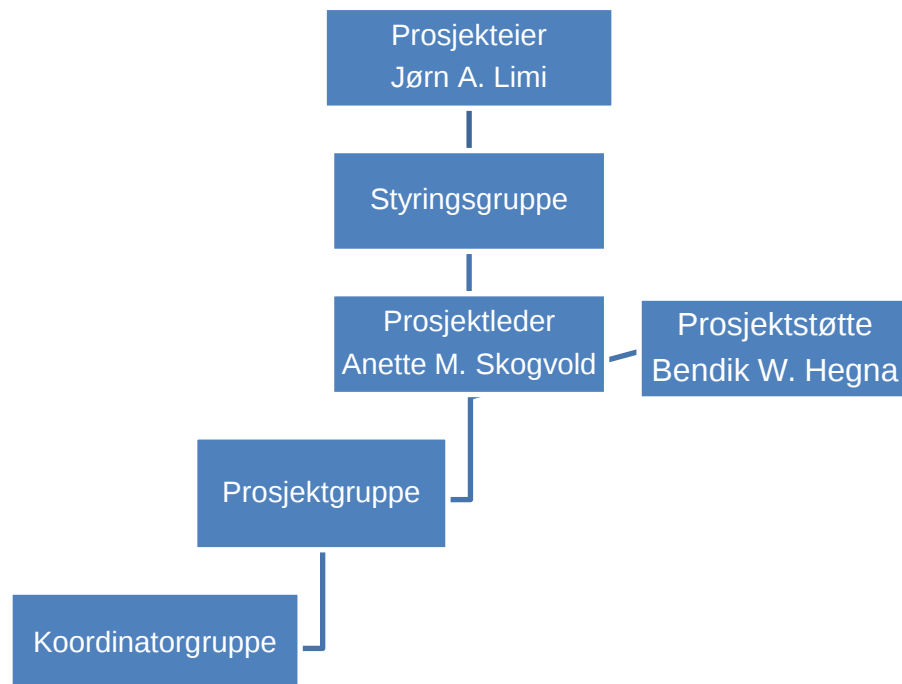
[Helsehjelp til eldre - kunnskapsoppsummering \(2017\)](#)

	Dato: 07.01.25	Side: 6 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

3. Prosjektorganisering og styring

Før oppstart hadde prosjektet en innledende dialog mellom sykehus og kommune for å definere pasientgruppen, oppnå lik forståelse av utfordringsbildet og lage en felles målsetning. Dette var et viktig grep som bidro til å skape felles kultur med likeverdig partnerskap og god forankring hos de deltakende aktørene. En beskrivelse av behovet ble konkretisert i det sykehuset presenterte data om pasienter med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester for de aktuelle kommunene. Dette bidro til å forenkle kartleggingsjobben og at man kunne gå raskt i gang med å utarbeide en tjenestemodell for et mer systematisk samarbeid (og oppstart av småskaletesting).

Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester fordrer innsats på alle nivåer av helsetjenesten. Prosjektet har derfor vært organisert som et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten der deltakerne er likeverdige parter.



3.1 Styringsgruppen

Styringsgruppen er sammensatt med representasjon fra de deltakende virksomheter. Det har god lederforankring og det er avholdt regelmessige møter i løpet av prosjektperioden. Prosjekteier og leder for styringsgruppen er Jørn Arthur Limi, viseadministrerende direktør, Akershus universitetssykehus. Kommunene er representert med ett medlem fra hver av de seks prosjektkommunene. Kommunerepresentantene er kommunaldirektører for helse eller virksomhetsledere med høy beslutningsmyndighet. Øvrige deltakere fra sykehuset er avdelingsleder for Samhandling og helsefremming og direktør for Medisinsk divisjon.

	Dato: 07.01.25	Side: 7 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

Styringsgruppen har fire møter i året, og det har vært lagt til rette for både fysisk og digital deltakelse. Oppmøtet har vært bra. Nedenfor er en oversikt over sammensetningen i styringsgruppen ved prosjektslutt.

<i>Rolle</i>	<i>Navn</i>	<i>Stilling, enhet</i>
Prosjekteier og leder av styringsgruppen	Jørn A. Limi	Viseadministrerende direktør, Akershus universitetssykehus
Styringsgruppedlem	Bente Heggedal Gerner	Avdelingsleder, Samhandlings- og Helsefremmingsavdelingen, Ahus
Styringsgruppedlem	Erik Borge Skei	Direktør medisinsk divisjon, Ahus
Styringsgruppedlem	Bjørge Torill Madsen	Kommunaldirektør for helse og mestring, Lillestrøm kommune
Styringsgruppedlem	Janne Sonerud	Kommunaldirektør for helse og mestring, Lørenskog kommune
Styringsgruppedlem	Line Margrethe Stenerud	Kommunalsjef utvikling, Nordre Follo kommune
Styringsgruppedlem	Helle Dorteia Gjetrang	Kommunaldirektør, Ullensaker kommune
Styringsgruppedlem	Atle Jahn	Virksomhetsleder Hjemmetjenesten, Nes Kommune
Styringsgruppedlem	June Jurgensen	Konstituert kommunaldirektør, Kongsvinger kommune

3.2 Prosjektgruppen

Prosjektgruppen består av én til to representanter fra hver av de seks kommunene, en brukerrepresentant, en fastlegerepresentant og tre representanter fra Ahus. Prosjektleder er Anette Melsnes Skogvold fra Ahus. Kommunene er representert med rådgivere og ledere, øvrige representanter fra Ahus er programleder for sykehusets satsing på den eldre pasient og representant fra analyseavdelingen.

Prosjektgruppen har hatt møter hver 6. uke, og det har vært lagt til rette for både fysisk og digital deltakelse. Oppmøtet har vært godt, selv under koronapandemien. Nedenfor er en oversikt over sammensetningen i prosjektgruppen ved prosjektslutt.

	Dato: 07.01.25	Side: 8 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

<i>Rolle i prosjektet</i>	<i>Navn</i>	<i>Stilling, enhet</i>
Prosjektleder	Anette Melsnes Skogvold	Prosjektleder, <i>Integrerte helsetjenester</i> , Ahus
Prosjektdeltaker og veileder	Bendik Westlund Hegna	Programleder, Satsningen på den eldre pasient, Ahus
Prosjektstøtte	Olav Lenvik	Spesialkonsulent, Analyseavdelingen, Ahus
Prosjektdeltaker	Morten Glasø	Fastlegerepresentant, Fastlege og overlege Avdeling for samhandling og helsefremming, Ahus
Prosjektdeltaker	Svein A. Graabræk	Brukerrepresentant, Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Prosjektdeltaker	Unni Dramstad	Rådgiver, Fagstab Kommunalområde Helse og mestring, Lillestrøm kommune
Prosjektdeltaker	Tonje Stenstad	Rådgiver, Tjenester i hjemmet, Lørenskog kommune
Prosjektdeltaker	Grethe Bovim Einstadblad	Virksomhetsleder, Mottak og koordinering, Helse og mestring, Nordre Follo kommune
Prosjektdeltaker	Annbjørge Laache	Avdelingsleder Lavterskel og Mestring, Ullensaker kommune
Prosjektdeltaker	Kenneth Fagerheim	Rådgiver, hjemmetjenesten, Nes kommune
Prosjektdeltaker	Siv Anita Westheim	Rådgiver Regionalt Helseledernetverk Kongsvingeregionen, Kongsvinger kommune

3.3 Koordinatorgruppen

Koordinator møtene har vært en viktig arena for utvikling av tjenestemodellen, læring og samarbeid mellom kollegaer som jobber i små stillingsandeler på ulike lokasjoner. Koordinatorgruppen har bestått av én til to IHT-koordinatorer fra hver av de seks kommunene og fra sykehuset. I tillegg har IHT-lege fra Ahus deltatt. Koordinatorgruppen er et møtefora for det utøvende helsepersonellet i IHT-tjenesten. Koordinatorgruppen har blant annet utarbeidet en Håndbok for Integrerte helsetjenester, pasientbrosjyre og mal for behandlingsplan.

Koordinatorgruppen har hatt møter hver 6. uke, hvor både fysisk og digitale. Tilbakemeldingen fra gruppen er at møtene oppleves som meningsfulle og viktige for utviklingen av tjenesten. Dette møteforumet vil derfor videreføres også etter prosjektslutt. Gruppen vil møtes hver 6. uke.

	Dato: 07.01.25	Side: 9 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

3.4 Forankring, informasjon og samarbeid

IHT er et samhandlingsprosjekt på tvers av flere forvaltningsnivåer med mange interessenter. Prosjektet valgte å ikke bruke for mye tid på å informere alle interessentene i startfasen (ulike helseinstitusjoner, legesentre, legevakter og avdelinger på sykehus og i kommunen), da prosjektet hadde begrensede ressurser og fulgte opp forholdsvis få pasienter. Fra høsten 2022 ble det utarbeidet en kommunikasjonsplan for hvordan prosjektet skulle nå ut til alle interessenter med informasjon. Prosjektet har holdt en rekke presentasjoner og informasjonsmøter i både sykehus og kommune og har deltatt i flere møter for å ivareta bruker- og fastlegemedvirkning, for eksempel:

- informasjonsmøter i allmenlegeutvalg i alle de deltagende kommuner
- innlegg i fastlegeforum (i regi av samhandlingsavdelingen)
- presentasjon i Ahus brukerutvalg
- Arbeidsmøter hvor fastleger og brukere har deltatt.

Prosjektet har også presentert og fått innspill fra ulike ideelle pasientorganisasjoner som LHL (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke) og FFO (Funksjonshemmedes fellesfunksjon).

Kommunikasjonsarbeid er et tidkrevende arbeid og som må gjentas ofte. For å nå flere ved bruk av færre ressurser ble det utarbeidet en brosjyre og en animasjonsfilm som har blitt benyttet hyppig. Informasjon er tilgjengelig på flere aktuelle nettsider som Kompetansebroen.no, inter- og intranett på Ahus, kommunenes nettsider og helsedirektoratet sine nettsider. Kommunikasjon ut til aktørene er et viktig element som må jobbes videre med, også etter at prosjektet er gått over i drift.

Prosjektet har hatt betydelig aktivitet inn mot andre miljø som jobber med tjenesteinnovasjon til skrøpelige eldre og storforbrukere av helsetjenester. Eksempler er «Pasientsentrerte helsetjenester» i Tromsø (PSHT), «Vitality»-prosjektet i Vestfold og analysemiljøet i Helse Sør-Øst RHF. Høsten 2023 fikk prosjektet finansiering fra HSØ til å gjennomføre felles samlinger mellom IHT Vestfold og IHT Ahus og kommuner. Midlene har blitt benyttet til å arrangere to større samlinger, som også har vært åpne for andre som jobber innenfor samme felt. Målet med samlingene har vært å skape en arena for erfaringsdeling, diskusjoner og videreutvikling. IHT Vestfold, PSHT i Tromsø og IHT Ahus og kommuner har også hatt jevnlig møter for å inspirere og skape en mest mulig standardisert tjeneste som kan sammenlignes og måles opp mot hverandre.

IHT Ahus og kommuner mottok Forbedringsprisen på Pasientsikkerhetskonferansen 2023. Etter dette har prosjektet opplevd en økning i antall henvendelser fra miljøer som ønsker å starte lignende initiativer. Dette har resultert i mange hospiteringer og besøksdager, samt deltagelse på ulike eksterne møter og samlinger. På bakgrunn av dette utfordret Helse Sør-Øst prosjektet til å ta ansvar utover eget foretak og etablere et Læringsnettverk for Integrerte helsetjenester til eldre i HSØ-regionen. IHT har fått 2 års finansiering til en koordinatorstilling for å lede nettverket.

	Dato: 07.01.25	Side: 10 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

4. Leveranser

Prosjektet startet i 2020 med en pilotfase på 2,5 år. Deretter fulgte en opptrappingsfase på 2,5 år. Formålet med prosjektet er å bedre livskvalitet og helse- og mestringstjenester til skrøpelige eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester.

Prosjektets resultatmål for pilotfasen

- Kartlegge og opprette kontakt med miljøer som jobber med tjenesteinnovasjon til storforbrukere av helsetjenester
- Utvikle og småskala-teste tjenestemodell for Integrerte helsetjenester
- Utvikle og teste digitale støtteverktøy for Integrerte helsetjenester
- Prosjektrapport:
 - Delrapport for pilotfasen
 - Rapport for pilotfasen

Prosjektet har i løpet av prosjektperioden knyttet god kontakt med andre miljøer som jobber med tjenesteinnovasjon til skrøpelige eldre og storforbrukere av helsetjenester. Kontakten og kjennskap til andres prosjekt har bidratt til økt innsikt og læring. Videre har prosjektet utviklet en tjenestemodell som er testet på 217 eldre pasienter med sammensatte behov, og per januar 2025 følger IHT opp 121 pasienter fordelt på seks kommuner. Det er utviklet fire digitale verktøy for IHT som bidrar til at teamet jobber smidigere og mer effektivt.

Prosjektets effektmål (effekter som skal oppnås etter prosjektslutt)

For pasientene:

- Helhetlig koordinering av pasientens helsetjenester.
- Bedre involvering og behandling av pasient og pårørende.
- Økt forutsigbarheten, bedre livskvaliteten og økt trygghet.

For helsetjenesten:

- Økt samarbeid og bedre pasientflyt mellom kommune, fastlege og sykehus.
- Økt behandlingskvalitet og redusert grad av uønsket variasjon.
- Identifisere risikoområder og redusere bruken av akuttmedisinske tjenester, både i sykehus, kommune og hos fastlege.
- Identifisering av områder som må fokuseres på for å forebygge fremtidige forverringer av helsetilstand.

For samfunnet:

- Bedre samfunnsøkonomisk nytte ved å flytte mer av aktiviteten fra akutt og døgn til poliklinikk og planlagte aktiviteter.

Plan for pilotprosjekt IHT

	Dato: 07.01.25	Side: 11 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

Høsten 2022 gikk prosjektet over fra pilotfase til opptrappingsfase. Ved overgangen var det behov for å fornye oppdraget for neste periode. Opptrappingsfasen innebar følgende resultatmål og aktiviteter:

PROSJEKTETS AKTIVITETER OG LEVERANSER FOR OPPTRAPPINGSFASEN

Formål: Bedre livskvalitet og helse- og mestringstjenester til skrøpelige eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester ↗ personsentrert ↗ planlagte, forebyggende & koordinerte helsetjenester ↗ digitale styringsverktøy ↗ samfunnsøkonomi			
Leveranser i opptrappingsfasen (2022-2024): Utføre kost-nytte analyse Finansieringsmodell for IHT Fortsatt prosjekt eller overgang til drift? Forankring i Helsefellesskapet Opptrapping mot nye kommuner?			
IHT-tjenesten: Årlig oppdatering av måltall for IHT-pas. per kommune Levere IHT-tjenesten i tråd med modell og måltall	Tjenesteutvikling: Forbedre arbeidsprosessene Vurdere differensierte forløp for mer komplekse og mindre komplekse IHT-pasienter Samarbeid med miljø som jobber med tjenesteinnovasjon til pasienter med store og sammensatte behov	Digitale støtteverktøy: Forbedre inklusjonsapp. med nye parametere Tilgjengeliggjøre IHT-pakkeforløp Forbedre resultatapplikasjon med mer hendelsesdata Bistå arbeidet med å høste data fra kommunal EPJ	Forskning: Utarbeide forskningsprotokoll Søke om forskningsmidler Gjennomføre forskning som dokumenterer effekten av IHT

Plan for pilotprosjekt

4.1 Tjenestemodellen

Integrerte helsetjenester identifiserer komplekse og sårbare pasienter og tilbyr tettere oppfølging av et tverrfaglig team på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten. Teamet består av en sykepleier fra kommunen, pasientens fastlege og en sykepleier og lege/geriater fra Ahus. IHT-temaet drar på et hjemmebesøk for å bli kjent med pasienten og få en bedre forståelse av pasientens helse og hvordan den påvirker pasientens hverdag. Deretter utarbeides det en behandlingsplan med utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten.

	Dato: 07.01.25	Side: 12 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

INTEGRERTE HELSETJENESTER – LANGVARIG OPPFØLGING						
versjon: 2.2						
AKTIVITET	IDENTIFISERING	INKLUSJON	KARTLEGGINGSSAMTALE	BEHANDLINGSPLAN	OPPFØLGING	EVALUERING
						
BESKRIVELSE	Identifisering ved uttrekk fra data Henvisning Samtykke	Kandidat for integrerte helsetjenester? PLO til fastlege	Hjemmebesøk - Habituell tilstand Kartlegge: - Pasientens mål - Ressurser - Risiko - Behov for helsehjelp	Opprette en personsentrert og helhetlig behandlingsplan - Målrettet - Risikostratifisert - Tiltak og ansvar - Egenbehandlingstiltak	Oppfølging av behandlingsplan Behovsstyrt: - Pasientkontakt - Nye tverrfaglige møter - Tilsyn ved akuttinnleggelser	Evalueringsamtale, etter 6 måneder - Er målene oppnådd? - Endret helsetilstand? - Oppdater behandlingsplan? - Videreføre tjenesten?

Identifisering

De fleste pasientene som følges opp i IHT er identifisert ved bruk av identifiseringsapplikasjonen, en applikasjon som finner pasienter som er storforbrukere av spesialisthelsetjenesten med sammensatte behov uten å gjøre oppslag i EPJ. IHT-teamet tar også imot henvisninger fra både helsepersonell, pasient og pårørende.

Inklusjon

Alle henviste pasienter vil bli vurdert av IHT-teamet på tvers av sykehus og kommune. Om pasienten ønsker tetter oppfølging og anses som aktuell av teamet, settes det opp et kartleggingsbesøk hjemme hos pasienten.

Inklusjonskriterier:

- Over 65 år
- Flere kroniske sykdommer som krever oppfølging
- Vil ha nytte av samarbeid og koordinering av sin helsetjeneste
- Clinical frailty scale (CFS) mellom 3-4 og 7
- Risiko for akuttinnleggelser og reinnleggelser
- Bor i en av kommunene som deltar i samarbeidet

Eksklusjonskriterier:

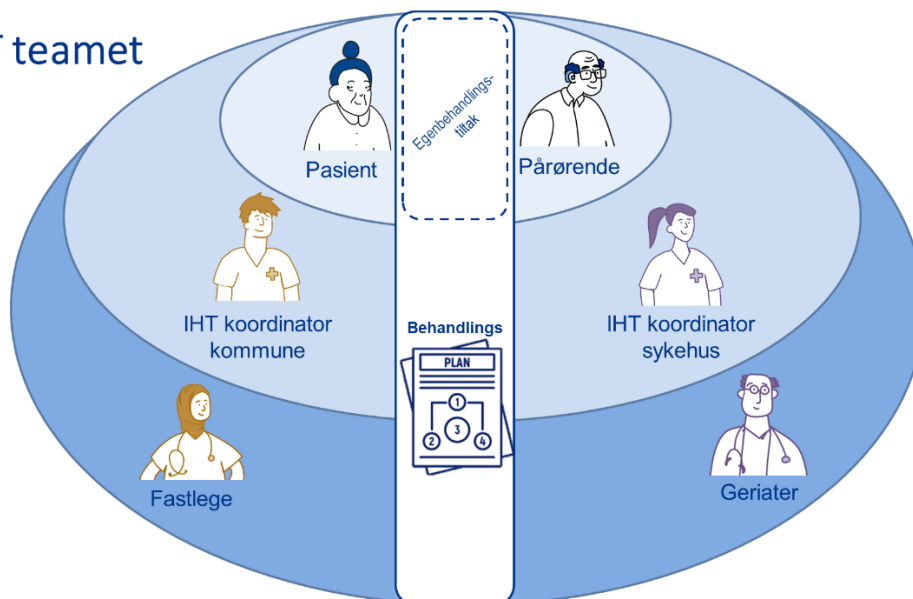
- Fast plass sykehjem
- Kort forventet levetid
- Allerede adekvat oppfølging
- Langtkommen kognitiv svikt

Kartleggingssamtale

På hjemmebesøket deltar pasient, pårørende, sykepleier fra kommunen og sykepleier og lege fra Ahus. Pasientens fastlege deltar enten fysisk, digitalt eller i dialog i etterkant av besøket. I samtalen kartlegges pasientens mål, ressurser og risikoområder, i tillegg til områdene i IHT-sirkelen. Det er også fokus på behandlingsavklaringer som bidrar til at pasienten får behandling etter eget ønske, noe som kan bidra til å lette arbeidet til for eksempel mottakende lege ved en akuttinnleggelse.

	Dato: 07.01.25	Side: 13 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

IHT teamet



IHT-teamet består av pasienten og pårørende, en sykepleier fra kommunen og pasientens fastlege, samt en sykepleier og geriater fra Ahus.

Behandlingsplan

På bakgrunn av funnene i kartleggingssamtalen utarbeides en behandlingsplan hvor pasientens mål og tiltak blir satt opp. Behandlingsplanen skal være proaktiv og inneholder både hva pasient og pårørende, helsepersonellet i kommune og sykehus og fastlege har ansvaret for. Den inneholder også kontaktinformasjon til IHT-teamet.

IHT-sirkelen



	Dato: 07.01.25	Side: 14 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

Oppfølging og evaluering

Etter behandlingsplanen er iverksatt starter en behovsstyrt oppfølging som IHT-kordinator i kommunen har hovedansvaret for. Ved sykehusinnleggelser vil IHT-teamet på Ahus bli varslet og gjør oppsøkende virksomhet på sengepost for å informere om at pasienten følges opp av IHT og har en aktiv behandlingsplan. Det blir satt opp evalueringsmøter hver 6 mnd. hvor behandlingsplanen gjennomgås og oppdateres.

Behandlingsplan er et viktig virkemiddel for å beskrive hvordan IHT-pasienten skal behandles og hvem som har ansvar for de ulike tiltakene i planen. Prosjektet har kartlagt og testet ut to løsninger for digitale behandlingsplaner (DIPS Samspill og Visma Flyt), i tillegg til bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) med deling til partene via PLO-meldinger. Våren 2020 gjennomført prosjektet en ROS-analyse av de benyttede løsningene. Ingen av de utprøvde løsningene har god nok funksjonalitet, her nevnes noen fordeler og ulemper:

- De digitale behandlingsplanene støtter muligheten for flere forfattere og versjonsoppdateringer, men mangler integrasjon mot EPJ og få har lesetilgang. I tillegg kreves det innlogging i sidesystemer og sykehuset må forholde seg til ulike løsninger mot de ulike kommunene.
- Bruk av EPJ med deling via PLO er tilgjengelig for alle parter, men prosessen med å utarbeide en behandlingsplan er tungvint. Utarbeidelse av planen krever at en av medlemmene i IHT-teamet påtar seg hovedansvaret som forfatter. Rutinene for høring er mer tidkrevende, og behandlingsplanen blir lite dynamisk fordi man ikke kan gjøre løpende oppdateringer.

Ingen av de utprøvde løsningene har vesentlige fortrinn og prosjektet har valgt å bruke EPJ med deling via PLO. Prosjektet har også hatt tett dialog med Helsedirektoratet og deres utviklingsarbeid med *Digitale behandlingsplaner*. Det ble gjennomført en utprøving av løsningen i Helse Nord høsten 2022. IHT-prosjektet var et referanseprosjekt for Helsedirektoratets utprøving og ble forespeilet en utprøving våren 2023. Da prosjektet ikke oppnådde videre finansiering, ble det ikke gjennomført noen utprøving av løsningen i IHT.

Prosjektet har operert med måltall for antall aktive pasienter i IHT i hver kommune. Dette for at sykehus og kommune kan justere sine ressurser rett og at man har en felles forståelse for hva man ønsker å oppnå sammen. Måltall for antall aktive IHT-pasienter blir hovedsakelig bestemt av hver enkelt kommune og har fungert godt som et felles arbeidsmål. Til tross for felles målsetning har ikke prosjektet klart å nå måltallet i alle utprøvingene. Ulike elementer har spilt inn på dette:

- Få ansatte og små stillingsprosenter skapte lite fleksibilitet i pilotfasen
- I begynnelsen identifiserte prosjektet svært skrøpelige pasienter (CFS 6-7). Prosjektet opplevde at man brukte mye ressurser sammenlignet med effekten av tiltakene. Prosjektet på bakgrunn av dette justert i inklusjonskriteriene.
- Å identifisere de rette pasientene har vært mer utfordrende i noen kommuner enn andre, uten at vi kan si årsaken til dette.
- Noen kommuner har opplevd at pasienter ikke har ønsket oppfølging og bistand.

	Dato: 07.01.25	Side: 15 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

- Prosjektet har en oversikt over antall dager hver pasient har mottatt oppfølging fra IHT. Gjennomsnittlig oppfølgingsstid av IHT-pasientene har vært varierende i de ulike kommunene, noe som har gjort at inkluderingen av nye IHT-pasienter har gitt større arbeidsbyrde i noen av kommunene.

For å vite om vi velger de rette pasientene har prosjektet i løpet av prosjektet tatt i bruk flere validerte kartleggingsverktøy for å ha en målbar beskrivelse av skrøpelighets- og funksjonsnivå. Disse er omtalt i *Håndbok for Integrerte helsetjenester*.

4.2 Digitale støtteverktøy

I løpet av prosjektperioden er det utviklet og tatt i bruk flere digitale støtteverktøy:

- Ressursstyring:
 - Ressursstyringsverktøy IHT: Måltall og bemanning
- Prosesstyring
 - applikasjon for å identifisere pasientgruppen
 - IHT forløpsapplikasjon
 - ett automatisk e-postvarsel som generes ved nye episoder på Ahus
- Resultatstyring:
 - applikasjon for å måle forbruk av helsetjenester før og etter inklusjon

4.2.1. Ressursstyringsverktøy IHT: Måltall og bemanning

Prosjektet har utarbeidet et Excel-skjema for å ressursstyre IHT-tjenesten, *Ressursstyringsverktøy IHT*. Skjemaet brukes for å sette måltall for antallet IHT-pasienter og for å planlegge bemanningsbehovet for hver kommune, for sykehuset og for tjenesten totalt.

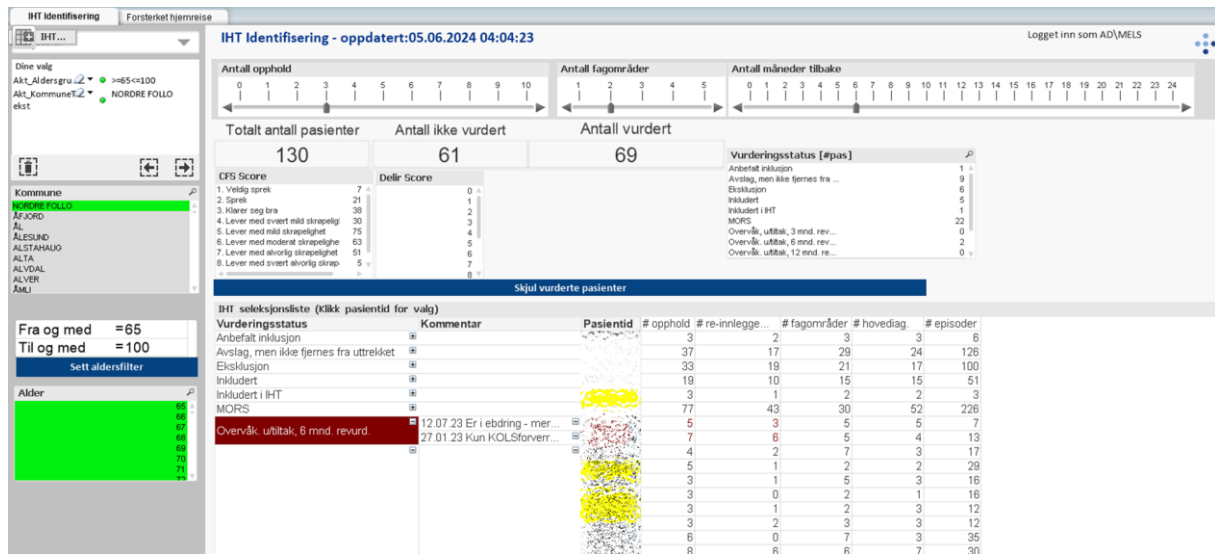
Excel-skjemaet brukes av ledelse i sykehus og kommune, og oppdateres flere ganger per år. Excel-skjemaet inneholder også kostnadsdimensjon for sykehus og kommune per pasient/kommune/totalt.

4.2.2. Identifisere pasientgruppen på bakgrunn av strukturerte data

For å identifisere eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester har analyseavdelingen ved Ahus utviklet en applikasjon basert på aidentifiserte data fra sykehusets datavarehus. Applikasjonen gjør at IHT på Ahus kan finne pasienter som er stormottakere av spesialisthelsetjenester med sammensatte behov uten å gjøre oppslag i journal. Når det foreligger faglig indikasjon for å knytte pasientene til tjenesteforløp for IHT, gjøres det oppslag mot EPJ og pasienten kontaktes med tilbud om oppfølging fra integrerte helsetjenester.

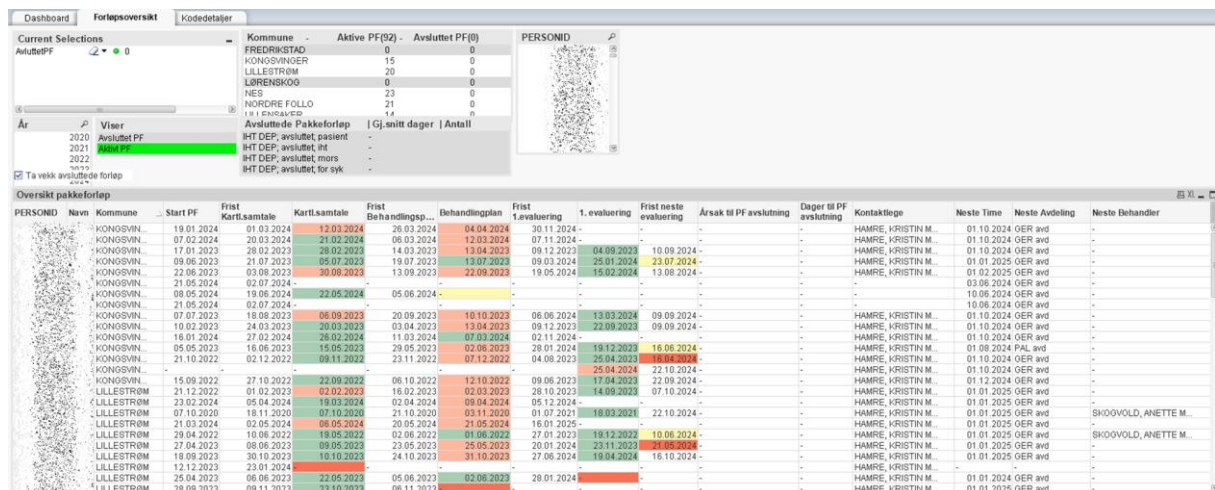
I løpet av prosjektperioden har prosjektet via ulike tilnærminger forsøkt å supplere dette datagrunnlaget med data fra primærhelsetjenesten, men dette har ikke latt seg løse i prosjektperioden.

	Dato: 07.01.25	Side: 16 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	



4.2.3. IHT forløpsapplikasjon

For å følge opp IHT-pasientene er det utviklet en forløpsapplikasjon som benyttes av IHT-koordinator og skal bidra til at pasientene får oppfølging i samsvar med fristene i tjenestemodellen. Forløpsverktøyet har to visninger, ett dashboard og en forløpsoversikt med detaljert visninger for hver enkelt pasient og gruppert visning for hver kommune. Forløpsapplikasjonen burde vært tilgjengelig på tvers av tjenestenivå, men prosjektet har per i dag ikke løsning for dette.



4.2.4. Automatisk e-postvarsel for IHT

Ved starten av prosjektet erfarte IHT at pasienter ble akuttinnlagt på Ahus uten at teamet fikk informasjon om dette til rett tid. For å gjøre det kjent at pasientene har et behandlingsteam og en behandlingsplan ble det utviklet et automatisk e-postvarsel som sendes IHT-teamet ved innleggelse i sykehuset. Opplysningene som sendes ut er avidentifisert, men e-posten inneholder tilstrekkelig opplysninger til at teamet kan aksjonere på varselet. Opplevd nytte av dette varselet er stor. Teamet får møtt pasienten, orientert helsepersonellet om behandlingsplanen og deltatt i beslutninger om

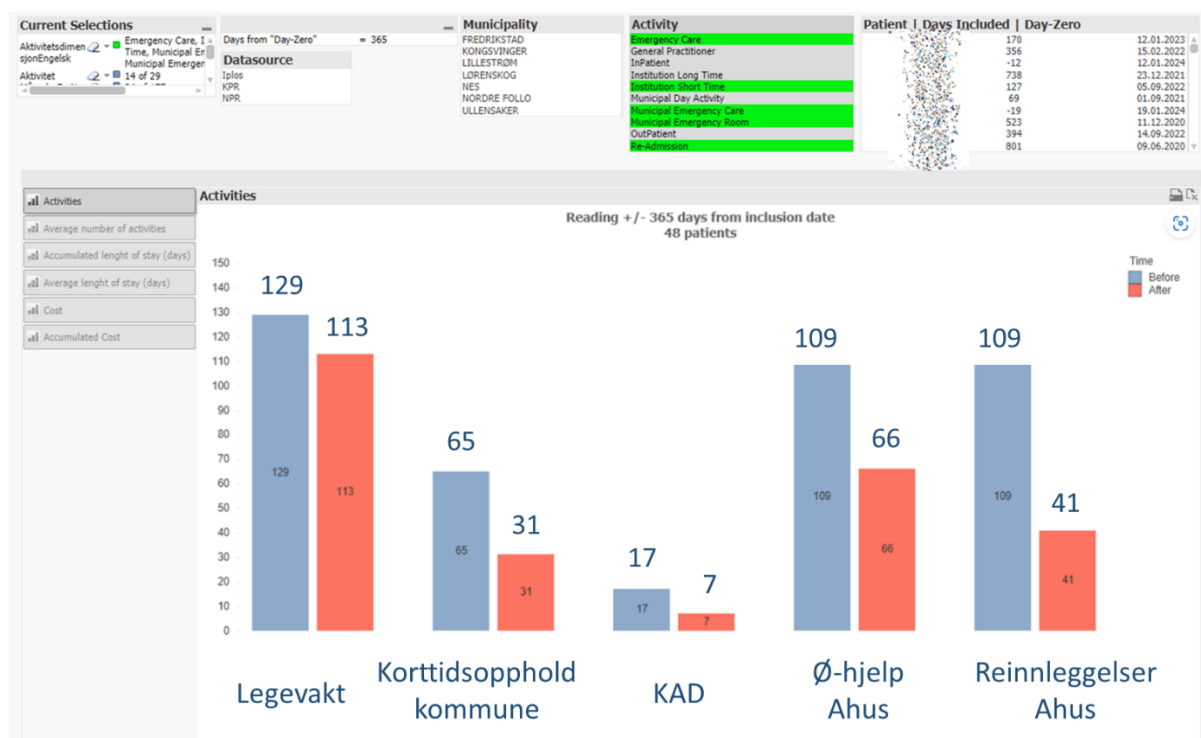
	Dato: 07.01.25	Side: 17 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

IHT-pasientens videre behandling. Det er ønskelig med tilsvarende push-varsel for kommunalt akutt døgnoophold (KAD) og legevakt.

4.2.5. Resultatapplikasjonen

Det er utviklet en resultatapplikasjon som viser forbruk av helsetjenester for IHT-pasientene før og etter inklusjon. Fra Ahus høstes dataene automatisk, mens kommunene må føre inn forbruksdata i et Excel-skjema tre ganger i året.

For å forenkle arbeidet med å hente ut data og forbedre datagrunnlaget er det behov for å måle forbruk av helsetjenester med flere variabler enn hva Ahus og kommunene har tilgang til. Prosjektet har i samarbeid med HSØ søkt FHI om unntak fra taushetsplikten og utlevering av NPR og KPR data for å gi et riktigere og mer helhetlig bilde av pasientgruppens forbruk av helsetjenester før og etter oppstart av IHT. Bruk av disse dataene har gjort at prosjektet får ut informasjon om bl.a. forbruk av spesialisthelsetjenester ved andre sykehus, fastlegetjenester, legevakt, KAD og institusjonsopphold i kommunen.

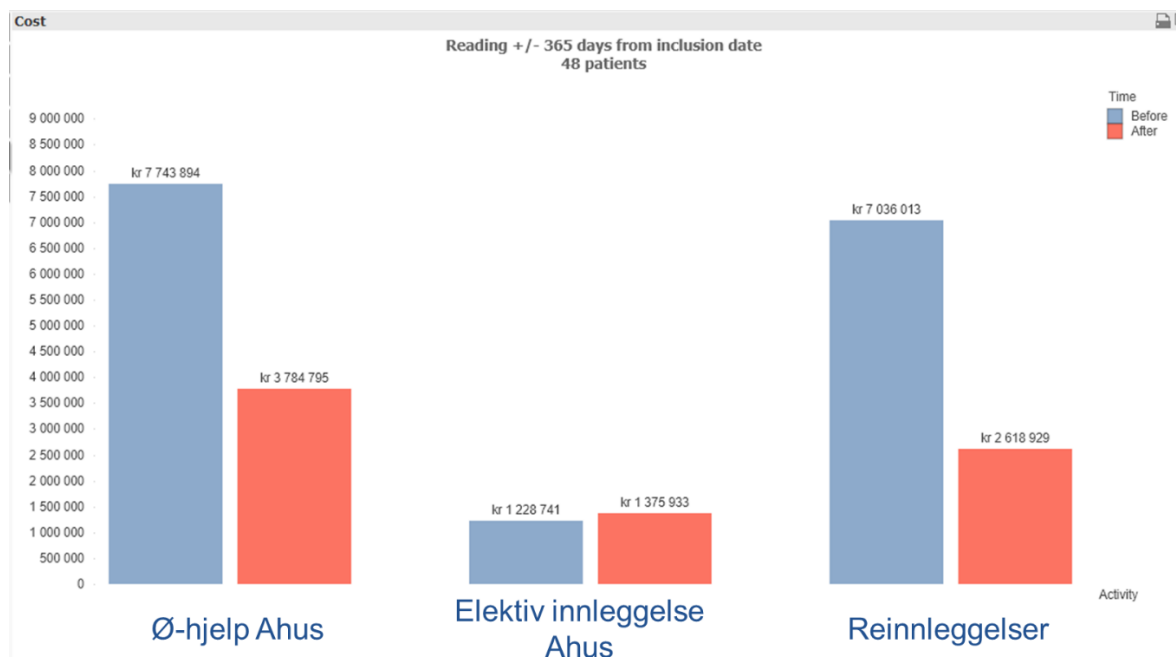


Søylediagrammet over er en visning fra resultatapplikasjonen. De blå søylene viser antall episoder for bruk av helsetjenester 365 dager før oppstart av Integrerte helsetjenester, mens de røde søylene viser antall episoder for bruk av helsetjenester 365 dager etter oppstart av Integrerte helsetjenester. Det er 48 pasienter som er inkludert i visningen. Resultatene viser et tydelig fall innen alle de ulike tjenestene som er satt opp i fremstillingen.

I IHT er det ønskelig å gjøre målinger av hvordan kostnader for bruk av tjenester påvirkes av intervensjonen. I sykehus gjøres kostnad-per-pasient-beregninger (KPP), en metode for kobling av informasjon om den medisinske behandlingen en pasient har fått med informasjon om hva denne behandlingen har kostet. I resultatapplikasjonen er det lest inn tverrsnittskostnader for

	Dato: 07.01.25	Side: 18 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

pasientgruppen som er koblet med IHT-pasientens forbruk av sykehustjenester. Analysen viser en betydelig redusert kostnad for sykehuset i form av færre akutte innleggelser og reinnleggelser etter oppstart med IHT.



Bildet over er hentet fra resultatapplikasjonen og viser økonomiske beregninger hentet fra kostnad per pasient-beregninger (KPP) på Ahus.

I Norge har man ikke KPP-beregninger for kommunale helse- og omsorgstjenester slik som i bl.a. Sverige. KPP-modellen er en fullkostanalyse og tar høyde for alle kostnader knyttet til sykehusdrift. der kommunens kostnadsberegninger ofte er knyttet til direkte kostnader (lønn til pleiepersonale, medisinsk utstyr, mat og drikke) uten at indirekte kostnader inngår (administrasjon, vedlikehold, forsikring, IT og teknologi). Når sykehus og kommune har ulike metoder for å beskrive kostnader blir det utfordrende å sammenligne og i resultatapplikasjonen har vi kun kostnadsdata for sykehuset.

4.3 Forskning

Forskningsprosjektet "På vei mot integrerte helsetjenester for hjemmeboende eldre med sammensatte behov" hadde oppstart februar 2024. Prosjektleder og hovedveileder er Marijke Veenstra, Seniorforsker ved helsetjenesteforskning på Ahus (HØKH). Biveiledere er Hilde Lurås avdelingsleder HØKH, Marte Mellingsæter, avdelingsleder geriatrisk avdeling og Jorun Rugkåsa seniorforsker HØKH på Ahus. Det er knyttet to Ph.d.-stipendiater til forskningsprosjektet. Marianne Tang er sosiolog og skal gjennomføre med treårig løp (2024-2027) finansiert av Stiftelsen Damm og Kristin Mork Hamre, geriatr, med seksårig løp (2024-2030) finansiert av Helse Sør-Øst. Overordnede mål med forskningsprosjektet er å kartlegge hvorvidt Ahus sin IHT-modell bidrar til:

1. Bedre livskvalitet og måloppnåelse blant brukere og deres pårørende?
2. Endring i forbruksmønstre av helsetjenester inkludert kostnader?

	Dato: 07.01.25	Side: 19 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

3. Hvilke erfaringer helsepersonell og beslutningstagere har med modellen inkludert hemmere og fremmere for implementering?

Det er planlagt totalt seks delstudier og bruk av både kvantitativ og kvalitativ metode.

Datainnsamlingen er per januar 2025 godt i gang med ca. 60 inkluderte pasienter og pårørende.

4.4 Tjenesteforløp 2 - Forsterket hjemreise (piloting)

I 2024 piloterte IHT et tjenesteforløp nr.2, kalt Forsterket hjemreise. Dette er en tjenestemodell utviklet for å trygge overgangen fra sykehus til hjemmet for pasienter som har spesielt stor risiko for nye forverringsepisoder og reinnleggelser. Modellen er inspirert av IHT Vestfold og Pasientsentrert helsetjenesteteam ved UNN, og har som mål å redusere antall reinnleggelser og at skrøpelig eldre bor lengre hjemme med best mulig livskvalitet.

Tjenestemodellen innebærer systematisk oppfølging av et team som samarbeider på tvers av sykehus og kommune etter utskrivelse.

Identifisering og inklusjon: Pasienter over 65 år som utskrives til hjemmet og har risiko for reinnleggelse blir identifisert og inkludert i oppfølgingstjenesten. IHT-koordinator på Ahus tilser pasienten under innleggelse og knytter seg opp mot eksisterende tverrfaglig team i kommunen.

Hjemmebesøk: Kort tid etter utskrivelse gjennomføres hjemmebesøk av IHT-koordinator Ahus og det tverrfaglige teamet i kommunen for å kartlegge pasientens behov og sikre at nødvendig informasjon og aktuelle tiltak igangsatt under innleggelsen opprettholdes. Teamet vil også bistå med å styrke pasientens forståelse av sykehusinnleggelsen og dens helsekompetanse for videre ivaretagelse.

Oppfølging: Teamet tilbyr behovsstyrt oppfølging i 1-6 uker. Mulighet for overgang til IHT langvarig oppfølging ved behov.

IHT har i dag erfaring med totalt 13 i dette forløpet, og erfaringene og tilbakemeldingene er så langt gode. Ahus og kommuner representert i Integrerte helsetjenester foreslår en videre utprøving av IHT Forsterket hjemreise i de 6 prosjektkommunene i trinn 1. IHT har mottatt Rekrutterings- og samhandlingsmidler for 2 år til den videre utprøvingen.

	Dato: 07.01.25	Side: 20 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

5. Erfaringer og gevinster

Ved avslutning av prosjektet har IHT 121 aktive pasienter. 97 pasienter er avsluttet enten fordi pasientene har flyttet, fått fast plass på sykehjem, har blitt for spreke eller for syke til å ha nytte av IHT-tjenesten eller er døde.

Resultatene er gode både med tanke på pasientrapportert tilfredshet, samarbeid mellom helsepersonellet og nedgang i forbruk av helsetjenester.

5.1 Pasient og pårørende

Pasient- og pårørendes opplevelse av kvalitet er kartlagt ved brukerundersøkelser, intervjuer og i samtaler mellom helsepersonell og pasienter. I samtalene har prosjektet hentet ut viktige tilbakemeldinger på hva som fungerer og hva som må forbedres. Pasient og pårørende forteller at de føler seg sett og hørt, at IHT har bidratt til at de får medvirke i utforming av tjenesten og at tjenesten gir de økt opplevelse av trygghet og forutsigbarhet. De forteller at viktig informasjon om dem flyter bedre mellom helsepersonellet på tvers av fag og nivå i tjenesten, og at ivaretagelsen oppleves mer helhetlig. En god behandlingsplan som involverer alle aktørene trekkes også frem. For pasienten skaper den motivasjon og innsikt til å jobbe med egen situasjon.

«Første møte hjemme hos pappa var veldig, veldig bra og viktig! Da følte vi oss virkelig prioritert og sett.»

Pårørende til IHT-pasient

I prosjektets pilotfase ble det benyttet en brukerundersøkelser for å få tilbakemeldinger og innsikt i pasientenes opplevelse av tjenesten. Under følger utdrag fra brukerundersøkelsen. Svarene er basert på tilbakemelding fra 24 pasienter.

4. I det store og hele, hvordan har du opplevd Integrerte helsetjenester?

[Flere detaljer](#)

[Innblikk](#)

● Jeg er svært fornøyd	15
● Jeg er fornøyd	8
● Jeg er verken fornøyd eller misf...	1
● Jeg er misfornøyd	0
● Jeg er svært misfornøyd	0



På spørsmålet *Har Integrerte helsetjenester påvirket din fysiske helse* svarte 42% av pasientene at «Min fysiske helse er noe forbedret», og mesteparten svarte «Ja, Integrerte helsetjenester har gjort det tydeligere for meg hva jeg selv kan gjøre for å bedre min situasjon»

På spørsmålet *Har Integrerte helsetjenester påvirket din livsglede* svarte 50% av personene «Min livsglede er bedre enn før», og mesteparten svarte «Jeg føler meg mye tryggere enn før».

	Dato: 07.01.25	Side: 21 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

5.2 Kommunene

Integrerte helsetjenester tar utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte pasient og har pasientenes forløp i fokus. Kommunene erfarer at rutiner for samarbeid og felles behandlingsplan på tvers av sykehus og kommune bidrar til mer koordinerte tjenester og økt grad av helhet og sammenheng. Samarbeidsmodellen sikrer en tryggere overgang ved innleggelse og utskrivning fra sykehus. Informasjonsflyten har fungert bra mellom sykehus og kommune, og hjemmesykepleien opplever avlastning på koordineringen rundt de komplekse pasientene. Kommunene ser også effekt av det tette samarbeidet med spesialisthelsetjenesten og muligheten for å kunne konferere med geriater ved behov. Dette bidrar til at denne kompetansen blir mer tilgjengelig. IHT samarbeider også godt med pårørende og kartlegger pårørendes belastning. Tidlig innsats fra integrerte helsetjenester bidrar trolig til å utsette behovet for høyere omsorgsnivå, og resultatene så langt har vist redusert antall innleggelser både på KAD og på korttidsavdeling.

«IHT tjenesten er et tilskudd og en kvalitetsforbedring av helsetjenesten. Den blir også et sikkerhetsnett som vil fange opp det hjemmetjenesten ikke får med seg. Så for oss er IHT et pluss. Brukeren blir mer tilfreds og tryggere.»

Hjemmesykepleier, Ullensaker kommune

5.3 Fastlegene

Fastlegene er en viktig del av IHT da de har en viktig oppgave og ansvar med å koordinere helsetilbud til sine pasienter opp mot andre aktører i primær og spesialisthelsetjenesten. Dette er en utfordrende oppgave til komplekse pasienter. Prosjektet har hatt en fastlege med i prosjektgruppen, samt at det er innhente innspill fra fastleger underveis. Mange fastleger har gitt tilbakemeldinger om at de verdsetter samarbeide rundt pasientgruppen da det er utfordrende å komme i mål alene. Andre har gitt tilbakemelding på at de har vansker med å forstå hva IHT er og hva samarbeidet går ut på, og en fastlege meldte fra om en opplevelse av «å bli sett i kortene» eller at de ikke hadde gjort en god nok jobb.

I begynnelsen av prosjektet var man forsiktig med å involvere fastlegene for å unngå å legge nye arbeidsoppgaver på en presset yrkesgruppen. Likevel valgte prosjektet å sette fokus på fastlegeinvolveringen og jobbet konkret med dette, grunnet fastlegens essensielle rolle i IHT-teamet. Det ble arrangert en workshop hvor flere fastleger ble frikjøpt for å delta. Her ble det jobbet med elementer som hvordan oppnå optimal informasjonsflyt mellom partene, tilnærming for å få flest mulig deltakende fastleger i kartleggingssamtalene og oppbygning av behandlingsplanen. Endringene som ble gjort i etterkant av denne samlingen bidro til en positiv endring. Flere fastleger deltok i kartleggingssamtalene og opplevde at samarbeidet var til nytte i oppfølging av pasienter med komplekse problemstillinger. Fastlegene trekker spesielt frem samarbeidet med geriater som en viktig gevinst.

«Det er en helt annen verden når pasienten har IHT. Jeg har tett dialog med IHT-lege, men også med resten av teamet. Det at vi sittet rundt samme bord gir oss en bedre

	Dato: 07.01.25	Side: 22 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

felles forståelse av pasientens utfordringsbilde. Det gjør det lettere å ta riktig valg av behandling og strategi. Det at IHT-legen kan bistå og koordinere utredningsforløpet på Ahus er også en viktig gevinst.»

Fastlege Lillestrøm kommune

5.4 Spesialisthelsetjenesten

Integrerte helsetjenester (IHT) gir en helhetlig oppfølging til hver enkelt pasient, der pårørende også involveres. Teamet har dedikerte og engasjerte ansatte, noe som bidrar til god kvalitet på tjenesten. Det sees godt samarbeid mellom sykehuset og kommunene og teamet samarbeider godt med de andre kliniske tjenestene på Ahus. Pasientene gir uttrykk for at de synes dette er en fin måte å følges opp på. Modellen har overføringsverdi til andre pasientgrupper enn eldre.

5.5 Endring i forbruk av helsetjenester

Resultatapplikasjonen har gjort det mulig å fremstille data om bruk av helsetjenester tre ganger per år. Dette har vært en viktig indikator for å vite om tjenesten oppnår ønskede resultater.

Resultatapplikasjonen viser nedgang i bruk av reaktive tjenester som korttidsopphold, legevaksbesøk, ø-hjelps innleggelser på sykehus- og døgnopphold på KAD (kommunal akutt døgnenhet). Tilsvarende sees en økning i bruk av forebyggende tjenester (som tverrfaglige kommunale team med bl.a. fysioterapi og ergoterapi), antall tverrfaglige møter kodet av fastlege og lett økning av hjemmesykepleie. Dette er en ønsket endring i tjenesteforbruket.

For sykehuset er det lagt til analyser som viser kostnadsendring med KPP-beregning. Analysen viser en betydelig redusert kostnad for sykehuset. Ingen av kommunene har fullkostanalyser og det er derfor igangsatt et arbeid med å lage en forenklet fullkostanalyse.

Følgforskning vil avdekke om de ulike gevinstene realiseres over tid i samme omfang.

5.6 Andre gevinster

November 2023 ble IHT tildelt Forbedringsprisen som deles ut på den nasjonale Pasientsikkerhetskonferansen av helsedirektøren. Juryens begrunnelse for tildelingen:

Gjennom prosjektet "Integrerte helsetjenester til skrøpelige eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester" (IHT) har sykehus, kommuner og fastleger gått sammen for å sikre at spesielt sårbare pasienter får nødvendige helsetjenester fra ulike instanser til rett tid og på rett måte.

Tjenestemodellen er "personsentrert", det vil si at den ta utgangspunkt i pasientenes individuelle behov og livssituasjon. Prosjektet har i tillegg utviklet nye digitale verktøy for samarbeid, oppfølging og måling av resultater. Dette er både forbedring og innovasjon, og arbeidet har allerede gitt gode resultater:

- Målinger viser at færre pasienter trenger øyeblikkelig hjelp og døgnopphold enn tidligere, og at flere får forebyggende helsetjenester og dagtjenester.

	Dato: 07.01.25	Side: 23 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

- Tilbakemeldingene fra pasient og pårørende er også svært gode. De forteller at de har fått mer trygghet, forutsigbarhet, samt innsikt i egen helse.

Arbeidet har stor overføringsverdi og gir inspirasjon og læring til andre.

[Artikkel I trygge hender 24/7](#)

I etterkant av pristildelingen har prosjektet opplevd en økning i antall henvendelser fra miljøer som ønsker å starte liknende tjenester. På bakgrunn av dette utfordret Helse Sør Øst prosjektet til å ta et ansvar utover eget foretak og starte *IHT Læringsnettverk* i HSØ regionen.

Prosjektet fikk også tildelt Innovasjonsprisen på *Patient Classifications Systems International* konferansen i Slovenia i 2024.

	Dato: 07.01.25	Side: 24 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

6. Viktige læringspunkter

Integrerte helsetjenester er et samarbeidsprosjekt mellom sykehus og kommune som har pågått i fem år. Prosjektet har støttet på flere utfordringer som man har jobbet seg gjennom. Nedenfor har prosjektet trukket frem noen viktige læringspunkter.

- Felles forståelse og felles mål
 - Investere tid og ressurser i innledende fase for å sikre felles forståelse blant prosjektdeltakerne
- Fastlegerepresentasjon i prosjektet
 - Det var utfordrende å få med en representant for fastlegene i prosjektgruppa. En god løsning ble å ha med samhandlingslege fra sykehuset som også jobbet som fastlege
- Et felles studiebesøk tidlig i prosjektfasen
 - Prosjektgruppen reiste sammen på studiebesøk til Tromsø (UNN) og Pasientsentrert helsetjeneste team (PSHT) allerede 2 måneder etter oppstart. Dette ga inspirasjon, felles forståelse og fart i oppstartsfasen
- Kort planleggingsfase og småskalautprøving
 - IHT har benyttet forbedringsmetodikk og jobbet i PDSA-sykluser/småskalautprøving. Prosjektet har med jevne mellomrom evaluert tjenestemodellen og gjort forbedringer.
- Forankring i Helsefellesskapet
 - IHT har vært godt forankret i Helsefellesskapet og beskrevet som et tiltak i Helsefellesskapets strategi og handlingsplan. Dette har vært viktig for å lykkes med eierskap, forankring og spredningsarbeidet til nye kommuner.
- Informasjonsflyt og fremme resultater underveis
 - God informasjonsflyt og vise til oppnådde resultater underveis i prosjektet har vært viktig.
- Samarbeid med liknende initiativer
 - Samarbeidet med blant annet IHT Vestfold og PSHT på UNN har vært viktig for gjensidig innspill og inspirasjon.
- Kommunal representant i lederteamet
 - Å ha med en kommunal part i lederteamet ville vært nyttig. IHT lykkes ikke med å få til dette.
- Samarbeidsavtale
 - I begynnelsen av prosjektet ble det ikke utarbeidet en skriftlig samarbeidsavtale mellom prosjektpartene. Da en kommune trakk seg ut av prosjektet, ble det tydelig at det var behov for å skriftliggjøre samarbeidet i form av en samarbeidsavtale.
- *Viktig å ha gode data for leder og klinikere*
 - Det er utviklet verktøy for å kvalitetsstyre tjenesten i form av verktøy for ressursstyring, prosess- og resultatmålinger.

	Dato: 07.01.25	Side: 25 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

7. Veien videre

Integrerte helsetjenester går fra prosjekt til drift 1. januar 2025. For de seks deltagende kommunene innebærer dette at oppgavene i IHT likestilles med andre oppgaver og at det lages en tjenestebeskrivelse av IHT i kommunens tjenesteoversikt. Ved Ahus er det opprettet en seksjon for Integrerte helsetjenester. Prosjektleder for IHT er ansatt som leder for seksjonen og teamet utvides med flere sykepleiere og leger.

Overgangen fra prosjekt til drift er en spesielt sårbar fase. Viktigheten av klare samarbeidsavtaler og støttefunksjoner som kan bidra til at tjenesten holder stødig kurs og ikke mister fart kan være avgjørende. Det ble vedtatt i styringsgruppen at styringsgruppen og prosjektgruppe erstattes med et driftsråd som ledes av Ahus. Driftsrådet skal være et rådgivende organ hvor mandatet er å følge opp måltallet for antall IHT-pasienter, ressurser, gevinster og forankre lokalt i egen organisasjon. Foreslåtte deltakere i driftsrådet er mellomledere i kommune og sykehus og vil ha tre møter i året. Koordinatorgruppen opprettholder møter hver 6. uke for stabilitet og videre tjenesteutvikling.

IHT er godt forankret i Helsefellesskapets strategi og handlingsplan hvor spredning av IHT-modellen til resterende 15 kommuner i Helsefellesskapet innen utgangen av 2026 er beskrevet. Prosjektet har høsten 2024 presentert i Helseledernettsmøter i alle de fire regionene. Målet for møtene var å gå i dialog for å planlegge spredning av tjenesten i de fire regionene. Tilbakemeldingene fra kommunene har vært gode og per januar 2025 er det kun 4 kommuner som er uavklart mtp på oppstartstidspunkt.

Seksjon for integrerte helsetjenester ved Ahus vil også planlegge og gjennomføre et to-årig læringsnettverk for integrerte helsetjenester til eldre og sammensatte behov på oppdrag fra Helse Sør-Øst. Det er ansatt en ressurs som prosessleder i seksjonen. Læringsnettverket har som mål å skape en arena for erfaringsdeling, nettverksbygging, gjenbruk av gode løsninger og raskere læring i regionen. Det første åpne møtet i læringsnettverket vil finne sted våren 2025.

IHT har mottatt Rekrutterings- og samhandlingsmidler for 2 år til å gjennomføre videre utprøving av tjenestemodell nr. 2 *Forsterket hjemreise* i de seks prosjektkommunene. På sikt er målet at modellen breddes til alle kommunene i Helsefellesskapet. I den forbindelse planlegges det å ansette en IHT-koordinator på Kongsvinger sykehus for å ivareta pasientene som sogner til Kongsvinger sykehus.

Prosjektet utviklet en samarbeidsmodell for å ivareta helhetlig oppfølging av sårbare pasientgrupper, hvor skrøpelige eldre var målgruppen. Overføringsverdien til andre sårbare pasientgrupper anses som stor. Siste halvdel av 2024 ble det ytret ønske fra flere parter i samarbeidet om å utrede dette. IHT multibrukere vil startes opp som et eget prosjekt, og prosjektlederstillingen vil utlyses og ansettes i seksjon for Integrerte helsetjenester. Dette vil være viktig for å sikre erfarings- og kompetanseoverføring.

«IHT kan ikke løse alt, men dette er et veldig godt steg i riktig retning. Jeg håper at dette kan breddes til flere pasientgrupper. Det er virkelig behov for denne arbeidsmåten!»

Fastlege

	Dato: 07.01.25	Side: 26 / 26
Integrerte helsetjenester til eldre med sammensatte behov og høyt forbruk av helsetjenester - Sluttrapport	Arkivreferanse P360: 19/10760-	

8. Referanser til andre dokumenter

Nr.	Dokumentnavn	Arkivreferanse P360
1.	Plan for pilotprosjekt - Utprøving av Integrerte helsetjenester til sårbare eldre med sammensatte behov	Public 360 19/10760-8 Plan for pilotprosjekt IHT
2.	Håndbok for Integrerte helsetjenester	Public 360 19/10760
3.	Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023	lenke
4.	Regional utviklingsplan 2035	HSØ
5.	Lokal utviklingsplan 2035	Ahus
6.	Handlingsplan for samhandling 2020-2022	Handlingsplan for samhandling
7.	Forskningsartikkel PSHT, Berntsen	NCT02541474
8.	Delrapport Integrerte helsetjenester til sårbare eldre med sammensatte behov	Public 360 19/10760-24 Delrapport - Integrerte helsetjenester
9.	Nasjonal helse- og samhandlingsplan	lenke
10.	Ressursstyringsverktøy (excelskjema)	Public 360 19/10760