

Status utredning opptrapping av kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) i Østre Agder 2014

Møte i styringsgruppen 2. april kl. 13-15

Møtested: Møterom 254 - Strømsbu/Arendal Kultur- og Rådhus



Forslag til agenda for møte i styringsgruppen 02.04

- 1) Kort om bakgrunn for prosjektet med hovedmål og mandat
- 2) Begrunne nærmere behovet for videre utredning fram til 20.06
- 3) Erfaringer fra 2013 med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud herunder pasientstatistikk – aktivitet hittil fra oktober 2013 til ut februar 2014
- 4) Pasientgrunnlaget for KØH i Østre Agder basert på resultater fra pasientkartlegging i akuttmottaket
- 5) En god legetjeneste - et avgjørende premiss uansett valg av løsninger
- 6) Samhandling med SSA, Arendal (SSHF) om kompetanseutvikling og kvalitet i KØH fram til 2016
- 7) Alternativer i mandatet som prosjektgruppen vurderer som ikke aktuelle
- 8) Forslag til organisatorisk løsning for KØH – tilbudet i Østre Agder som foreslås utredes videre:
 - 8 senger på Myratunet og 2 senger på Feviktunet eller 10 senger ved Myratunet i Arendal
 - KØH ambulant innsaststeam i hjemmesituasjon ("KØH på hjul") tilsvarende 2 senger
 - KØH telemedisin: Risør kommune – KØH enheten Østre Agder - Sørlandet sykehus, Arendal

1) Mandat - KØH opptrappingsplan 2014

Godkjent mandat for det videre opptrappingsarbeidet 18. desember 2013

- **Utrede fordeler og ulemper, risikobilde og mulig fremdrift knyttet til utvidet tilbud KØH fra 5 inntil 12 senger (tilsvarende 4361 liggedøgn)**
- **Følgende alternativer skal utredes og vurderes**
 - Sengetilbud 1 – 2 senger på Frydenborgsenteret (Risør)
 - Sengetilbud 2 – 3 senger på Feviketunet, Grimstad
 - Iverksette prosjekt akutt behandling av KØH i hjemmesituasjon (kommunale innsatsteam)
 - Samarbeide om 2 KØH – senger i tilknytning til OBS – post/SSA for en begrenset periode
 - Utvide sengetilbudet fra 5 til 12 senger på Myratunet
 - Samlokalisere KØH plassene og legevakt
- **Organisering i 2014: Fagutvalg KØH (prosjektgruppe)**
 - Rapporterer til styringsgruppen KØH/kommunalsjefsforum
 - En representant fra hver kommune (8 representanter) som kjenner og har oversikt over de ulike alternativene, må ha inngående forståelse for pasientflyt i kommunene, samt at vedkommende må ha delegerte fullmakt fra kommunalsjef
 - To representanter fra sykehuset, en representant fra akuttmottak og en fra medisinsk avdeling
 - To representant fra fastlegene , herav en praksiskonsulent
 - To representanter fra sekretariatet i Østre Agder (Harry og Ottar)
- **Fremdrift**
 - Gruppen etableres innen utgangen av 2013. Fagutvalget møtes hver 3 uke første kvartal 2014. Resultatet av arbeidet legges frem for styringsgruppen innen utgangen av mars 2014.

Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold - økonomiske rammer for 2014

Kommune		*Pr. år fra Helsedir.	Pr. år fra Helse Sør-Øst	Sum tilskudd	Prosent tilskudd	Ligge-døgn	Antall senger (100% belegg)	Tilskudd pr. seng inkl. alt	Tilskudd pr døgn
901	Risør	878 963	878 963	1 757 926	9 %	381	1,04	1 684 102	4 614
904	Grimstad	2 230 722	2 230 722	4 461 444	22 %	967	2,65	1 683 999	4 614
906	Arendal	4 906 523	4 906 523	9 813 046	49 %	2 126	5,82	1 684 742	4 616
911	Gjerstad	301 694	301 694	603 388	3 %	131	0,36	1 681 196	4 606
912	Vegårshei	229 735	229 735	459 470	2 %	100	0,27	1 677 066	4 595
914	Tvedestrand	744 640	744 640	1 489 280	7 %	323	0,88	1 682 933	4 611
919	Froland	539 957	539 957	1 079 914	5 %	234	0,64	1 684 481	4 615
929	Åmli	229 202	229 202	458 404	2 %	99	0,27	1 690 075	4 630
Sum totalt		10 061 436	10 061 436	20 122 872	100 %	4 361	11,9	1 684 212	4 614

*Helsedirektoratets tilskuddsbeløp i 2014 (alle beløp er prisjustert fra 2013 med 3,3 pst)

Kilde: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold, Veiledningsmateriell, Revidert 02/2014

Prosjektgruppens medlemmer

- Janice Marcussen - Leder av KØH-tilbudet ved Myratunet, Arendal kommune
- Anne Lyngroth - Fagutviklingsleder Feviktun bo og omsorgssenter, Grimstad kommune
- Per Christian Andersen - Enhetsleder Omsorg, Risør kommune
- Sigfrid Baasland - Konst. enhetsleder, Enhet for omsorg og rehabilitering, Tvedestrand kommune
- Anne Marie Isaksen - Enhetsleder åpen omsorg/helse, Vegårshei kommune
- Laila Nylund - Omsorgsleder Åmli kommune
- Alv Birger Uldal - Virksomhetsleder, Omsorgsenheten, Froland kommune
- Birger Løvdal - Samhandlingskoordinator, Gjerstad kommune
- Martin Runde - Fastlege ved Hisøy legesenter, tillitsvalgt fastlegene/Arendal
- Ottar T. Christiansen – Kommuneoverlege Risør kommune og medisinsk faglig rådgiver, Østre Agder
- Nina Smith - Avdelingsleder, Akuttmottaket SSA
- Geir Rørbakken- Seksjonsoverlege geriatrik seksjon SSA
- Harry Svendsen – Prosjektleder, Samhandlingskoordinator Østre Agder
- Rune Holbæk – rådgiver, Agenda Kaupang

Prosjektplan 2014

Aktivitet	Tid og sted
Møte i styringsgruppen (konstituering)*	18. Desember 2013
Oppstartsmøte prosjektgruppen	15. januar kl. 12 – 17 i Arendal
Delutredning KØH Risør	5. februar kl.14 – 18 i Risør
Prosjektgruppemøte nr. 2	10. februar kl. 13 – 16 i Arendal
Delutredning KØH Grimstad	25. februar kl. 10 – 13 i Grimstad
Prosjektgruppemøte nr. 3	25. februar kl. 13 – 16 i Grimstad
Prosjektgruppemøte nr. 4	12. mars kl. 13 – 15 i Arendal
Prosjektgruppemøte nr. 5	26. mars kl. 11-14:30 i Arendal
Rapportering og anbefalinger for styringsgruppen	2. april kl. 13-15
<i>Prosjektgruppemøte nr. 6</i>	<i>Planlagt til April</i>
<i>Prosjektgruppemøte nr. 7</i>	<i>Planlagt til Mai</i>
<i>Prosjektgruppemøte nr. 8 og 9</i>	<i>Planlagt til Juni</i>

2) Begrunne nærmere behovet for videre utredning fram til 20.06

- Erfaringene fra oppstart av sengetilbud KØH i mai 2013 og fortløpende analysearbeid fra pasientkartlegging ved Akuttmottaket tilsier at det ikke er pasientgrunnlag til å etablere et sengetilbud på 12 senger ved en eller flere institusjoner i Østre Agder
- Et tradisjonelt sengetilbud vil ikke alene være tilstrekkelig for at Østre Agder kan gjennomføre sin del av det nasjonale oppdraget om å redusere innleggelser på sykehus (4361 liggedøgn pr. år). Derfor må et KØH - tilbud inneholde noe mer en et tradisjonelt KØH – tilbud integrert i en eller flere kommuner
- Prosjektgruppen har iverksatt nødvendige tiltak på Myratunet for å bygge opp kapasiteten i tråd med inngått avtale med SSHF fra 8. mai

2) Begrunne nærmere behovet for videre utredning fram til 20.06

- På følgende områder er det behov for mer utredningsarbeid:
 - Etablere to pilotprosjekter for å utrede nærmere forslaget om et KØH ambulant innsatsteam ("KØH på hjul") og KØH Telemedisin
 - Beregne alternative økonomiske modeller for KØH fra 2016 med hensyn til fordeling av kostnader mellom kommunene
 - Vurdere om senger både i Grimstad og på Myratunet vil kunne gi ett mer robust og pasientnært tilbud med høyere samlet utnyttelsesgrad, mulighet for gjensidig støtte og fleksibel kapasitet

3) Erfaringer nasjonalt med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

- Knappt 50% kommunene har etablert KØH ved utgangen av 2013
- 206 kommuner har fått tilskudd per 2013 (242 kommuner har søkt)
- Fram til 31.08.2013 er det rapportert at 4214 pasienter har brukt tilbudet, tilsvarende ca. 11 000 liggedøgn
- Stor andel interkommunale samarbeid
- Pasientstrømmer og pasientsammensetning
 - KØH behandler særlig pasienter over 80 år, 2 av 3 pasienter er over 67 år
 - De fleste henvist av legevakslelege og fastlege (ca 90%)
 - Korte opphold dominerer som forutsatt (75% med inntil 3 liggedager)
 - Luftveier og allmenn uspesifiserte diagnoser har størst omfang
 - Om lag 13% utskrives til spesialisthelsetjenesten
 - Man observerer en viss reduksjon (3-10%) i sykehusinnleggelser for denne aldersgruppen i kommuner med KØH-enhet

Kilde: Terje P. Hagen og Helsedirektoratet 2013, Nasjonal helsekonferanse om samhandlingsreformen 9. januar 2014

3) Pasientstatistikk KØH Østre Agder mai 2013 - februar 2014 (1 av 2)

Antall KØH-pasienter fordelt pr. måned etter åpningen i mai 2013:

mai	juni	juli	aug	sep	okt	nov	des	jan	feb
3	11	4	6	9	15	19	28	23	24

Det blir 142 fram til 1.mars 2014.

Innleggelse fordelt på kommuner:

Arendal	Grimstad	Risør	Froland	Tvedestrand	Vegårshei	Fyresdal
117	9	8	3	2	1	1

Utskrevet til:

Hjem	Kommunal inst.	SSA
85	43	13

Innlagt fra:

Fastlege	Legevakt/skadepol.	Andre
41	94	6

3) Pasientstatistikk KØH Østre Agder mai 2013 - februar 2014 (2 av 2)

Liggetid:

2013	Januar 2014	Februar 2014
3,5 døgn	3 døgn	2,7 døgn

Innleggelsestidspunkt:

00-08	08-15	15-20	20-24
11	43	64	24
8 %	30 %	45 %	17 %

Hoveddiagnoser

Smerte/ skader	Dehydrering	UVI	LVI/andre	Forvirring	Kols/hjerte	Gastro	Obs/pleie
63	26	16	10	11	12	6	12

Alder

<50	50-70	70-85	>85
3	12	61	65

4) Pasientgrunnlaget for KØH i Østre Agder basert på resultater fra pasientkartlegging i akuttmottaket

- Veilederen (Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold) har svært konkrete anslag for forventede liggedøgn per kommune
- Sett i forhold til veilederens klare forutsetning om at pasientene skal være medisinsk avklart, og forventet stabile, har prosjektgruppen oppfattet dette anslaget på 4361 døgn som urealistisk høyt ut fra den erfaringen gruppen har
- Registreringen som ble gjort av pasienter mottatt ved SSA (Pasienter Innlagt som ø.hjelp, registrert i juni og september – 13), med senere analyse på pasientnivå fra kommunene Risør og Grimstad, støtter denne oppfatningen
- Egnede pasienter for KØH var ved denne gjennomgangen klart lavere enn veilederen legger til grunn og dette reiser et spørsmål om hvor stort sengebehovet er for et slikt kommunalt tilbud

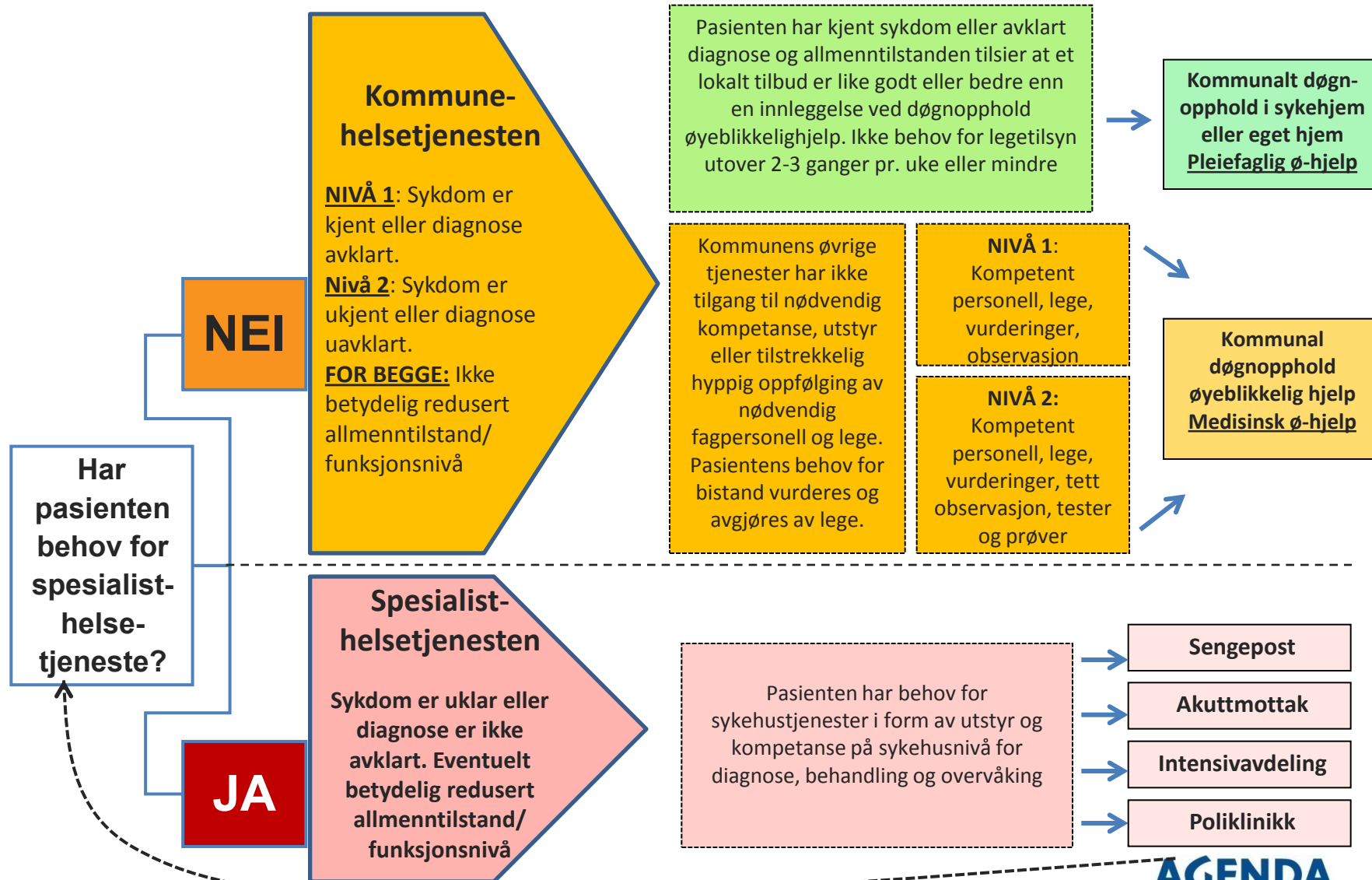
4) Pasientgrunnlaget for KØH i Østre Agder basert på resultater fra pasientkartlegging i akuttmottaket

- Gruppen mener derfor at andre tiltak må gjennomføres da KØH døgnoophold i institusjon ikke vil være tilstrekkelig for å avlaste 4361 liggedøgn i sykehus
- Selv om man klarte å "snu akuttstrømmen" fra sykehus til KØH, er det grunn til å stille spørsmål ved om døgnoophold på institusjon er riktig som eneste tiltak
- En vurdering av tiltak som, om mulig, forhindrer ø,hjelps situasjoner er nødvendig og kan, faglig, økonomisk og av hensyn til pasienten, også være å foretrekke. Dette er tiltak hvor det er nødvendig med et nært samarbeid mellom fagfolk i kommune og i spesialisthelsetjenesten

Avklaring av pasientgruppen

-Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnopphold eller sykehus

V
U
R
D
E
R
I
N
G



5) En god legetjeneste - et avgjørende premiss uansett valg av løsninger (1 av 2)

- En god legetjeneste, uansett valg av alternativ for opptrapping av KØH tilbudet, er det viktigste tillitsskapende enkelttiltak overfor fastleger, andre innleggende leger og brukere.
- Legetjenesten har avgjørende betydning for utnyttelsesgraden av KØH-tilbudet
- Prosjektgruppen oppfordrer kommunene i Østre Agder om å vurdere et tettere samarbeid for å sikre at alle kommunale sykehjemsleger som arbeider i store stillingsbrøker (80/100 %) skal inngå i en beredskaps- og tilsynsordning knyttet til KØH. Dette anser prosjektgruppen å være et tiltak som må utvikles over tid, og ikke være en del av løsningen for å etablere en forsvarlig og robust legetjenesten på kort sikt
- Den pågående legevaktutredningen må også legges til grunn for å utvikle en mer langsiktig, robust og forsvarlig KØH-legetjeneste

5) En god legetjeneste - et avgjørende premiss uansett valg av løsninger (2 av 2)

For å være forsvarlig, robust og minst mulig sårbar trenger legetjenesten:

- på dagtid å inngå i, og være en integrert del av, sykehjemslegetjenesten i vertskommunen
- på kveld hverdager å ivaretas av en definert gruppe kommunale leger i henhold til vaktplan som også skal omfatte bakvaktsordning
- på natt og i helg å ivaretas av den interkommunale legevakten i henhold til prosedyre som skal inngås mellom legevakten og vertskommunen
- å ha til enhver tid tilgang til kompetansestøtte fra spesialisthelsetjenesten ved behov
- å underlegges jevnlig ROS-analyser som en del av den regelmessige overvåking og gjennomgang av tilbudet

6) Samhandling med SSA, Arendal (SSHF) om kompetanseutvikling og kvalitet (1 av 2)

- Prosjektgruppen anbefaler at det lages en egen kompetanseplan som konkretiserer medvirkningen fra Sørlandets sykehus, Arendal, for å videreutvikle kompetanse og kvalitet i KØH – prosjektet fram til 01.01.2016
- Det er behov for systematisk veiledning både fra akuttmottaket og medisinsk avdeling
- Systematisk kvalitetsarbeid knyttet til en oppskalering av KØH – tilbudet i Østre Agder må ha fokus både på kompetanseutvikling av sykepleiertjenesten i tilbudet og kompetanseutvikling av legetjenesten i tilbudet
- Prosjektgruppen anbefaler at SSHF legger til rette for at Østre Agder kan frikjøpe ressurspersoner fra spesialisthelsetjenesten i perioden fra august 2014 til desember 2015, slik at ambisjonsnivået i en strategisk kompetanseplan ivaretas

6) Samhandling med SSA, Arendal (SSHF) om kompetanseutvikling og kvalitet (2 av 2)

- Prosjektgruppen mener følgende tiltak bør inngå i en egen avtale mellom SSHF og Østre Agder hvor det framgår at SSHF skal medvirke til at:
 - det opprettes et kompetanseforum for leger som arbeider ved KØH – enheten, sykehjems- og tilsynsleger og leger som gir behandling til eldre, skrøpelig hjemmeboende pasienter i deltakerkommunene
 - det gis opplæring til leger og sykepleiere i geriatrisk vurderingskompetanse med bl.a. fokus på bruk av kartleggingsverktøy
 - det iverksettes et hospiteringsopplegg på SSA for utvalgte leger og sykepleiere i Østre Agder
 - det utredes om en geriatrisk poliklinikk er et egnet tiltak for å utvikle bedre helhetlige pasientforløp mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ulike lokaliseringer av et slikt tilbud inngår i utredningen
 - det prøves ut et forsøk med sambesøk av geriater og hjemmesykepleie som inkluderer mobilisering av pasientens fastlege (inspirert av en dansk modell)
 - innhold og effektmåling i KØH kvalitetssikres og evalueres fortløpende

7) Gjennomgang av alternativer i mandatet som prosjektgruppen vurderer som ikke aktuelle

Sengetilbud i Risør

- Geografisk avstand til interkommunal legevakt
- Legers responstid
- Begrenset antall lokale leger som kan ta del i KØH – legevakt
- Begrenset befolkningsgrunnlag

Alle senger lokaliseres ett sted – 12 senger på Myratunet uten ambulant team

- Et stasjonært pasienttilbud som eneste løsning risiker å bli lite integrert i, og bidrar derved til økt fragmentering av kommunenes helsetjenester (jfr. ny veileder for KØH)
- Pasientgrunnlaget er sannsynligvis ikke tilstrekkelig for å ha en akseptabel dekningsgrad på 12 senger
- Forhindrer mulighet til å utvikle en mer fleksibel modell med både stasjonært og ambulant tilbud

OBS-senger på sykehuset

- Tydelige signaler fra ledere på begge nivåer om at dette ikke er realistisk
- Kostbar ombygging
- Signaler fra legevakten om at de ikke ønsker å delta i prosjektet
- Usikkert om det er riktig bruk av sykehusets legeressurser i akuttinntaket

8) Prosjektgruppen anbefaler at alternativ 1 og 2 bør utredes videre som organisatorisk løsning for KØH

Opptappingsplan KØH 2014 - prosjektgruppens vurderinger av hva som er god løsning		Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 4
Faglig og økonomisk forsvarlig KØH-tilbud i Østre Agder tilsvarende 4361 liggedøgn på sykehus	Utført 260314	10 senger på Myratunet + ambulant KØH (tilsvarende 2 senger) + telemedisinsk prosjekt	8 senger på Myratunet + 2 senger i Grimstad + ambulant KØH (tilsvarende 2 senger) + telemedisinsk prosjekt	7 senger på Myratunet + 2 senger i Grimstad + ambulant KØH (tilsvarende 2 senger) + 1 seng i Risør og telemedisinsk prosjekt	12 senger på Myratunet
Mulighet for framtidig samlokalisering med legevakt		Ja	Ja	Ja	Ja
Risør	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Grimstad	Prosjektgruppen	Utredes videre	Ja	Nei	Nei
Arendal	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Gjerstad	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Vegårshei	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Tvedestrand	Prosjektgruppen	Ja	Tja	Nei	Nei
Froland	Prosjektgruppen	Ja	Nei	Nei	Ja
Åmli	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Fastlegene	Prosjektgruppen	Ja	Nei	Nei	Ja
Kommunelegene	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Sykehuset SSA	Prosjektgruppen	Ja	Nei	Nei	Ja

8) Begrunne forslag til organisatorisk løsning for KØH-tilbudet i Østre Agder som bør utredes videre

- På bakgrunn av denne analysen anbefaler prosjektgruppen at alternativ 1 og alternativ 2 utredes videre som organisatorisk løsning
- Alternativ 3 og alternativ 4 er ut i fra prosjektgruppens mening ikke aktuelle løsninger
- Forslag til organisatorisk løsning for KØH – tilbudet i Østre Agder som foreslås utredes videre:
 - 8 senger på Myratunet og 2 senger på Feviktunet eller 10 senger ved Myratunet i Arendal
 - Ambulant KØH i hjemmesituasjon ("KØH på hjul") tilsvarende 2 senger
 - KØH telemedisin Risør kommune – KØH enheten Østre Agder - Sørlandet sykehus, Arendal

Risikovurdering under arbeid

Risikoområde	Sannsynlighet
Uønsket hendelse	Mulige årsaker (beskrivelse og vurderinger)
Pasienter med uavklart diagnose/ustabile/lavt funksjonsnivå legges inn på KØH	• Uriktig vurdering av ansvarlig lege • Uriktig/ufordelaktig pasientforløp • Pasient har annet behov enn det som tilbys av behandling av ambulant KØH
Redusert tilgang til og oppfølging av KØH lege	• Manglende tilgang/fravær av lege • For lang tid før lege er på plass • Ikke tilstrekkelig robusthet i forhold til vikarer ved fravær eller sykdom hos legen
Redusert tilgang på kompetent personell i ambulant team ut over lege	• Manglende tilgang til ansatte med riktig kompetanse til å følge opp pasientgruppen • Ikke tilstrekkelig robusthet i forhold til vikarer ved fravær eller sykdom
Redusert tilgang til og oppfølging av fastlege/tilsynslege på institusjon i pasientens hjemkommune	• Manglende tilgang/fravær av lege • For lang tid før lege er på plass • Ikke tilstrekkelig robusthet i forhold til vikarer ved fravær eller sykdom hos legen
Redusert tilgang på kompetent personell ut over lege i hjemmesykepleien/på institusjon i pasientens hjemkommune	• Manglende tilgang til ansatte med riktig kompetanse til å følge opp pasientgruppen • Ikke tilstrekkelig robusthet i forhold til vikarer ved fravær eller sykdom
Redusert tilgang på nødvendig utstyr	• Ikke tilgang på nødvendig utstyr for å følge opp pasientgruppen i forhold til fortløpende oppfølging og endringer som kan oppstå
Manglende observasjon av pasienten	• Manglende tilgang til personell • Manglende utstyr og opplæring i bruk av utstyr • Manglende kompetanse hos ansatte
Redusert kapasitet på det ambulante KØH-tilbudet	• Ikke kapasitet til å følge opp pasienter grunnet lang reisevei eller bemanning

Pilotprosjekt

Ambulant behandling av KØH - pasienter i hjemmesituasjon

- en del av et bedre pasientforløp i behandling av KØH – pasienter

Presentasjon til styringsgruppen 2. april



Bakgrunn

- Erfaringene fra oppstart av sengetilbud KØH i mai 2013 og fortløpende analysearbeid fra pasientkartlegging ved Akuttmottaket tilsier at det ikke er pasientgrunnlag til å etablere et sengetilbud på 12 senger ved en eller flere institusjoner i Østre Agder
- Et tradisjonelt sengetilbud vil ikke alene være tilstrekkelig for at Østre Agder kan gjennomføre sin del av det nasjonale oppdraget om å redusere innleggelser på sykehus (4361 liggedøgn pr. år). Derfor må et KØH - tilbud inneholde noe mer enn et tradisjonelt KØH – tilbud integrert i en eller flere kommuner

Prosjektgruppen foreslår derfor at det utvikles:

- et kommunalt behandlingstilbud i pasientens "øyeblikkelig hjelp fase" som er mer helhetlig og dynamisk
- tiltak og metoder som gir forsterket innsats i tilknytning til pasientens hjemmesituasjon
- I nasjonal veileder til KØH framkommer det at kommunene står fritt til å organisere øyeblikkelig hjelp tilbudet. Prosjektgruppen anser det som svært viktig at det i en utviklingsperiode fram til utgangen av 2015 prøves ut et pilotprosjekt som tar sikte på å innfri ovennevnte målsetting og tiltak
- I nasjonal veileder s. 19 står det anført: "Et viktig komplementært tilbud kan være å sikre en utbygd hjemmetjeneste. I tillegg kan det også etableres en forsterket tjeneste i pasientens hjem

Mål og målgruppe

Mål

Kommunalt innsatsteam for ambulant behandling av KØH i hjemmesituasjon skal bidra til å:

- redusere akutte innleggelser på sykehus ved tidligere behandlingsintervensjon av pasienten
- redusere uønskede følger av sykehusinnleggelse særlig for eldre pasienter (funksjonstap, forvirring, mv.)

Målgruppe

Basert på erfaringer i oppstartsperiode av sengetilbud ved Myratunet og beskrivelser av målgrupper i nasjonal veileder vil det være grunn til å anta at følgende pasientgrupper kan inngå i målgruppen:

- eldre skrøpelige med flere diagnoser som står i fare for å bli innlagt på sykehus
- kronikergrupper med avklart diagnose og redusert funksjonsnivå som har mange sykehusinnleggelser, og som står i fare for å bli innlagt på sykehus
- andre pasientgrupper som ut fra en faglig vurdering kan behandles like godt eller bedre i hjemmesituasjonen (f.eks. MS-pasienter og kreftpasienter)
- Nærmere presisering av målgruppen blir en del av det videre utredningsarbeidet

Definisjoner - akutt og subakutt kommunal innsats

Akutt innsats:

- Leveres i løpet av få timer
- Skal iverksettes på alle tider av døgnet, alle dager i uken (også på søn- og helligdager)

Subakutt innsats:

- Leveres i løpet av et døgn
- Skal iverksettes alle dager i løpet av uken
- Sykepleier - og legetjeneste i kommunalt innsatsteam KØH, skal være rettet mot pasientgrupper som er beskrevet ovenfor (målgrupper), og som har behov for en subakutt eller akutt tjeneste for å unngå innleggelse på sykehus. Innsatsteamet skal behandle pasienter som ikke kan håndteres av etablert kommunal hjemmetjeneste
- Et kommunalt innsatsteam skal ha et kompetansenivå og tilgang på medisinsk utstyr, som er på tilsvarende nivå som lege – og sykepleiertjenesten i interkommunal legevakt

Innhold

- Behovet for øyeblikkelig hjelp for å behandle og stabilisere pasient i hjemmesituasjon kan innebære tjenester på en rekke områder som i dag utføres av hjemmesykepleie, fastlege, psykiatrisk hjemmesykepleie, lindrende team, geriater og psykogeriatere. Kommunene og SSA har hver for seg, og i flere pasientforløp, allerede et samordnet ambulant tilbud for en del av ovennevnte områder
- Det kommunale innsatsteamet skal - døgnet rundt - levere en rekke sykepleietjenester som krever særlig kompetanse hos sykepleierne i innsatsteamet

Organisering

- Da prosjektet er en del av arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp innenfor KØH, vil det derfor være hensiktsmessig at KØH innsatsteam er en del av Østre Agders felles KØH-prosjekt ut 2015. Det vil styrke muligheten for:
 - helhetlige pasientforløp med god kommunikasjon og logistikk
 - å målrette ressurser både faglig, administrativt og økonomisk

Et kommunalt innsatsteam kan organiseres som et ambulerende team som leverer medisinskfaglige tjenester (spesialisert sykepleie- og legetjenester) til pasientens eget hjem, herunder i heldøgns omsorgsbolig

- Sykepleie – og legetjenestene ivaretas av sykepleiere med spesialkompetanse og erfarne leger med god kunnskap om pasienter med eldre medisinske tilstander
- Samarbeidet mellom KØH innsatsteam, KØH-sengetilbud og SSA (ambulant team og geriatrisk seksjon) inngå
- Samarbeidsavtale mellom Østre Agder og SSHF

Faglig kvalitet

Subakutte/akutte kommunale tjenester som skal utføres av KØH innsatsteam må ha sterkt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i oppgaveløsningen. I den forbindelse bør det være særlig oppmerksomhet på:

- at personalet døgnet rundt faglig kan utføre oppgaver som holder et høyere faglig nivå enn allerede etablert kommunal pleie – og omsorgstjeneste med tilstrekkelig tilgang på legetjeneste
- at det er utarbeidet instruks, særlig i forhold til prosedyrer som sikrer best mulig pasientsikkerhet
- at det foregår fortløpende dokumentasjon av tjenester som er utført av innsatsteamet
- at utilsiktede hendelser rapporteres slik at det sikres fortløpende læring av disse

Kriterier for sykepleiertjenesten i KØH innsatsteam som må beskrives nærmere er bl.a.:

- tilstedeværelse første døgn (8,16 eller 24 timer?)
- tilgjengelighet andre og følgende døgn
- responstid ved fravær

Kriterier for legetjeneste i KØH innsatsteam som må beskrives nærmere

- ved oppstart av hjemmebehandling
- tilsyn: minst en gang i døgnet
- tilgjengelighet og responstid
- det medisinske ansvaret (fastlegen, KØH-legen, legevaktslegen?)

Krav til medisinsk utstyr og tjenester m.m. i hjemmet

- tilgjengelighet av medisinsk utstyr (i USA finnes eksempler på at radiografi og elektrokardiografi er “provided at home”)
- behandling: oksygenterapi, intravenøs væskebehandling, intravenøs antibiotikabehandling, farmakoterapi

Krav til dokumentasjon, rapportering og prosedyrer m.m.

- pasientdata (som for KØH?)
- ressursdata (kostnader)
- resultat: innleggelse i sykehus, død, komplikasjoner, funksjonsnivå, pasienttilfredshet, pasientens opplevde kvalitet
- standard pasientforløp/behandlingsopplegg for hoveddiagnosegrupper (KOLS, pneumoni, avklart kronisk hjertesvikt, palliasjon?)
- innleggelsesprosedyre, avviksprosedyre m.m.

Tre mulige modeller

- 1) **Lokal modell 1** kan være en modell med hjemmebehandling med tilstedeværelse av lege fram til kl. 21.00 i alle kommunene hvor det spesialiserte teamet med sykepleiere sikrer tilgang på legetjenesten ved å inngå forpliktende avtale med fastlegene i egen kommune, supplert med tilgang på legetjenesten på Legevakten i spesielle tidsrom
- 2) **Lokal modell 2** kan være et interkommunalt organisert tilbud i tre soner:
 - Sone 1: "østregionen" med base i eks: Tvedestrand kommune som følger opp: Åmli/Gjerstad/Risør/Vegårshei og egen kommune
 - Sone 2: Arendal kommune
 - Sone 3: Grimstad og Froland
- 3) **En samorganisert modell** hvor organisasjonen som har ansvar for sengetilbudet med KØH – senger også har ansvar for ambulant behandling av alle pasienter i hjemmesituasjon i hele Østre Agder. Innsatsteamet etablerer samarbeid med hjemmesykepleien og fastlegene i hver kommune

Videre utredning

Varighet

01.05.2014 – 31.12.2015

Finansiering

Finansieres over øremerket KØH – budsjett i Østre Agder

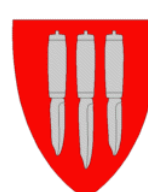
Følgende områder må bl.a. utredes:

- Personellmessig organisering av innsatsteamet
- Legetjenesten i innsatsteamet og kobling/samhandling med øvrig KØH – oppgaver og legevakten
- Innsatsteamets rolle/samhandling med fastlegen i pasientens hjemkommune
- Hvordan kan innsatsteamet virke kompetansestyrkende på den øvrige kommunale pleie - og omsorgstjenesten i kommunene
- Definere samhandlingen med, og rollen til medisinsk avdeling, geriatrik seksjon ved Sørlandet sykehus

Pilotprosjekt KØH Telemedisin

- en del av et bedre pasientforløp
i behandling av KØH – pasienter

Presentasjon til styringsgruppen 2. april



Bakgrunn

Prosjektgruppa drøftet i en tidlig fase at det bør prøves ut telemedisinske løsninger, fordi det vises til i en rekke sammenhenger at det kan være en effektiv og hensiktsmessig arbeidsform for å:

- sikre god kommunikasjon i behandlingsforløpet mellom leger og sykepleiere som har et ansvar for pasienten, og hvor målet er å redusere transport av pasienter når det ikke er nødvendig
- bidra til god kvalitet i tjenesten
- prøve ut erfaringer ved bruk av blant annet mobilt videoutstyr i gjennomføring av kompetansestøttende tiltak

Mål med pilotprosjektet

Prosjektgruppa ønsker å avgrense forsøket til å prøve ut telemedisinske løsninger hvor potensielle KØH - pasienter hjemmehørende i Risør kommune skal få tilbud om helsetjenester i egen kommune i stedet for å bli innlagt på sykehus når det er mulig.

- **Delmål 1:** Videokonferanser skal gi bedre muligheter til kommunikasjon og koordinering mellom helsetjenestene i pleie – og omsorg i kommunene i Østre Agder, fastlegene og sykehuset
- **Delmål 2:** Telemedisinske løsninger (videomøter og videokonferanser) skal brukes til praktisk tilrettelegging av kompetanseoverføring og kompetansehevingstiltak
- **Delmål 3:** Det skal utredes om telemedisinske løsninger kan anvendes i forbindelse med diagnose, behandling og rehabilitering når det er til beste for pasienten
- **Delmål 4:** Erfaringsspredning ved at gode erfaringer fra prosjektet skal gi øvrige kommuner i Østre Agder lettere tilgang på telemedisinske tjenester fra 01.01. 2016

Mandat

- Prosjektet skal identifisere aktuelle funksjoner og oppgaver hvor det kan legges til rette for bruk av mobilt videoutstyr slik at det sikrer bedre pasientforløp for pasienter hjemmeboende i Risør kommune
- Dette kan omfatte:
 - kommunikasjon mellom samarbeidende instanser
 - konkrete diagnosesituasjoner, behandlinger og rehabiliteringstiltak som kan utføres gjennom video-overføring av bilde/informasjon og støtte fra spesialisthelsetjenesten.
 - kompetanseoverføring
- Prosjektet skal foreslå nødvendig organisering og sørge for at kompetanse tilføres slik at Risør kommune kan utvikle aktuelle telemedisinske løsninger på dette grunnlaget. Tilsvarende må det legges til rette for nødvendig organisering i KØH – tilbudet og helseforetaket
- Prosjektet skal bidra til utvikling av aktuelle kompetanseutviklingstiltak som kan nyttiggjøres av helsepersonell i kommunene gjennom bruk av videokonferanser
- Gjennom prosjektet skal det innhentes erfaringer, og utarbeides rutiner for bruk av videokonferanseutstyr som sikrer at det gis systematisk overføringsverdi til andre områder som kan ha nytte av telemedisinske løsninger til samhandlingsformål

Organisering av pilotprosjekt

Varighet

- 02.05.2014 – 31.12.2015

Finansiering

- Finansieres over øremerket KØH – budsjett i Østre Agder

Organisering av pilotprosjekt

- Prosjekteier: Østre Agder
- Styringsgruppe: Kommunalsjefene i Østre Agder
- Prosjektleder fra Risør kommune
- Prosjektgruppedeltakere fra:
 - Sørlandet sykehus, SSA (akuttmottaket og medisinsk avdeling)
 - Åmli kommune, Vegårshei kommune, Gjerstad kommune,
 - Brukerrepresentant fra kommunen og fra SSHF
 - UiA / Senter for Omsorgsforskning i nært samarbeid med nasjonalt senter for Telemedisin og Utviklingssenteret i Grimstad

Oppsummering



Prosjektgruppens oppsummerende anbefalinger

For å lykkes krever et interkommunalt prosjekt av dette omfang i tiden fremover:

- Økt lederstøtte ikke minst når det gjelder legetjenesten som trenger effektiv styring
- Tettere samarbeid mellom kommunene både på ledelses- og iverksetternivå bl.a. for å utvikle sammenfallende prosedyrer for samhandling og avvikshåndtering. Gode prosedyrer/rutiner som har fokus bl.a. på
 - a) informasjonsutveksling mellom fastlege, omsorgstjeneste og sykehus/KØH-enhet
 - b) kvalitetssikring av legemiddelopplysninger og revurdering av behov for legemidler
 - c) kontroll/sjekkliste for hvilken dokumentasjon/informasjon er gitt til hvem
 - d) effektivt avvikssystem for rapportering om svikt/uønskede hendelser i “vekslingene” innenfor kommunen og mellom kommune og sykehus,trenger å bli (videre-)utviklet i samarbeid med fastlegene og sykehuset
- Nært samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å sikre og videreutvikle kompetanse og kvalitet
- Vertskommunene (Arendal, Grimstad og Risør) må vise gjennomføringskraft for sine respektive prosjektoppgaver
- Alle kommunene trenger å involvere seg aktivt for at KØH “tilbudet skal integreres på en god og sømløs måte i de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester” og “gi gode muligheter for tjeneste-/kompetanseutvikling og effektiv utnyttelse av ressurser på tvers”, jfr. Veileder revidert 2/2014, punkt 2.5 Organisering

Prosjektgruppen anbefaler at alternativ 1 og 2 bør utredes videre som organisatorisk løsning for KØH

Opptappingsplan KØH 2014 - prosjektgruppens vurderinger av hva som er god løsning		Alternativ 1	Alternativ 2	Alternativ 3	Alternativ 4
Faglig og økonomisk forsvarlig KØH-tilbud i Østre Agder tilsvarende 4361 liggedøgn på sykehus	Utført 260314	10 senger på Myratunet + ambulant KØH (tilsvarende 2 senger) + telemedisinsk prosjekt	8 senger på Myratunet + 2 senger i Grimstad + ambulant KØH (tilsvarende 2 senger) + telemedisinsk prosjekt	7 senger på Myratunet + 2 senger i Grimstad + ambulant KØH (tilsvarende 2 senger) + 1 seng i Risør og telemedisinsk prosjekt	12 senger på Myratunet
Mulighet for framtidig samlokalisering med legevakt		Ja	Ja	Ja	Ja
Risør	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Grimstad	Prosjektgruppen	Utredes videre	Ja	Nei	Nei
Arendal	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Gjerstad	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Vegårshei	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Tvedestrand	Prosjektgruppen	Ja	Tja	Nei	Nei
Froland	Prosjektgruppen	Ja	Nei	Nei	Ja
Åmli	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Fastlegene	Prosjektgruppen	Ja	Nei	Nei	Ja
Kommunelegene	Prosjektgruppen	Ja	Utredes videre	Nei	Nei
Sykehuset SSA	Prosjektgruppen	Ja	Nei	Nei	Ja

Prosjektgruppens oppsummerende anbefalinger

- Kapasitetsøkning i KØH-tilbudet på Myratunet fra 8. mai
 - Bør være en midlertidig løsning i påvente av en mer grundig utredning fram til 20. juni
 - Prosjektgruppen har lagt til grunn at legetjenesten videreutvikles i takt med utvidelsen av antall plasser
- Organisatorisk løsning for KØH – tilbudet i Østre Agder som foreslås utredes videre er:
 - 8 senger på Myratunet og 2 senger på Feviktunet eller 10 senger ved Myratunet i Arendal
 - KØH ambulant innsatsteam i hjemmesituasjon ("KØH på hjul") - tilsvarende 2 senger
 - KØH telemedisin: Risør kommune – KØH enheten Østre Agder - Sørlandet sykehus, Arendal
- Forlengelse av prosjektperioden til 20. juni 2014
 - Etablere to pilotprosjekt for å utrede forslagene om henholdsvis KØH ambulant innsatsteam og KØH Telemedisin
 - Beregne alternative økonomiske modeller for KØH fra 2016 med hensyn til fordeling av kostnader mellom kommunene
 - Vurdere risiko og sårbarhet ved ulike alternative løsninger
 - Ferdigstille en rapport om opptrapping av KØH-tilbudet

Telemedisin som en del av bedre pasientforløp i behandling av KØH – pasienter

Kildegrunnlag for notatet:

- Dialogmøter med ledere og ansatte i helse – og omsorgstjenesten i Risør kommune den 03.02 og 26.03.
- Orientering gitt, og notat utarbeidet av samhandlingssjef i Helse Førde, Vidar Roseth

Bakgrunn

Utvikling av elektroniske løsninger for å bedre kommunikasjon og sikre bedre pasientflyt er en viktig strategi for å styrke samhandlingen mellom kommunenes pleie – og omsorgstjeneste, fastlegene og sykehuset. Kommunene i Østre Agder har gjennom deltakelse i det nasjonale programmet "Meldingsløftet" kommet godt i gang med å etablere en bedre informasjonsflyt.

Østre Agder er også sammen 20 andre kommuner med i et Nasjonalt program for velferdsteknologi med fokus på implementering av nattilsyn for ulike brukere ved hjelp av teknologistøtte. Prosjektet bygger på et prosjekt som initiert av Risør kommune som heter "Digitalt nattilsyn".

Prosjektgruppa drøftet i en tidlig fase om prosjektet Kommunalt øyeblikk hjelp døgntilbud bør prøve ut telemedisinske løsninger for å sikre god kommunikasjon i behandlingsforløpet mellom leger og sykepleiere som har et ansvar for pasienten, og hvor målet er å redusere transport av pasienter når det ikke er nødvendig.

Dette kan bidra til god kvalitet i tjenesten.

Prosjektgruppa anbefaler derfor å utvikle og prøve ut telemedisinske løsninger hvor det er nødvendig å få erfaringer ved bruk av bl.a av mobilt videoutstyr.

Mål

Telemedisinske løsninger skal legge til rette for at potensielle KØH – pasienter hjemmehørende i Risør kommune skal få tilbud om helsetjenester i egen kommune i stedet for å bli innlagt på sykehus når det er mulig.

Delmål 1

Videokonferanser skal gi bedre muligheter til kommunikasjon og koordinering mellom helsetjenestene i pleie – og omsorg i kommunene i Østre Agder, fastlegene og sykehuset.

Delmål 2

Telemedisinske løsninger (videomøter og videokonferanser) skal brukes til praktisk tilrettelegging av kompetanseoverføring og kompetansehevingstiltak.

Delmål 3

Det skal utredes om telemedisinske løsninger kan anvendes i forbindelse med diagnose, behandling og rehabilitering når det er til beste for pasienten.

Delmål 4

Gode erfaringer fra prosjektet skal gi øvrige kommuner i Østre Agder lettere tilgang på telemedisinske tjenester fra 01.01. 2016.

Mandat

Prosjektet skal identifisere aktuelle funksjoner og oppgaver hvor det kan legges til rette for bruk av mobilt videoutstyr slik at det sikrer bedre pasientforløp for pasienter hjemmeboende i Risør kommune.

Dette kan omfatte:

- kommunikasjon mellom samarbeidende instanser
- konkrete diagnosesituasjoner, behandlinger og rehabiliteringstiltak som kan utføres gjennom videooverføring av bilde/informasjon og støtte fra spesialisthelsetjenesten.
- kompetanseoverføring

Prosjektet skal foreslå nødvendig organisering og sørge for at kompetanse tilføres slik at Risør kommune kan utvikle aktuelle telemedisinske løsninger på dette grunnlaget. Tilsvarende må det legges til rette for nødvendig organisering i KØH – tilbudet og helseforetaket.

Prosjektet skal bidra til utvikling av aktuelle kompetanseutviklingstiltak som kan nyttiggjøres av helsepersonell i kommunene gjennom bruk av videokonferanser.

Gjennom prosjektet skal det innhentes erfaringer, og utarbeides rutiner for bruk av videokonferanseutstyr som sikrer at det gis systematisk overføringsverdi til andre områder som kan ha nytte av telemedisinske løsninger til samhandlingsformål.

Tidsplan

Oppstart: 2. mai 2014
Foreløpig sluttdato: 31. desember 2015.

Forprosjektfase:

Organisering

Prosjekteier: Østre Agder

Styringsgruppe: Kommunalsjefene i Østre Agder

Prosjektgruppe:

Prosjektleder fra Risør kommune

Prosjektdeltakere fra:

- Sørlandet sykehus, SSA akuttmottaket og medisinsk avdeling
- Åmli kommune
- Vegårshei kommune
- Gjerstad kommune
- Bruker repr. fra kommunen
- Bruker repr. fra SSHF
- UiA / Senter for Omsorgsforskning i nært samarbeid med nasjonalt senter for Telemedisin
- Utviklingssenteret i Grimstad

Referansegruppe: repr foreslås senere

Økonomi (årsestimat)

Utgifter:

Prosjektleder: 100 % stilling i ett år	700.000.–
Møter, reiser og opplæring m.v	100.000.–
Ekstern konsulent	150.000.–
Diverse	<u>50.000.–</u>
	1.000.000

Finansiering:

Utviklingsmidler KØH – fond	1.000.000
-----------------------------	-----------

Kjøp av teknisk utstyr til kommunen og etablering av nødvendige abonnement-kostnader; ikke nærmere angitt.

Formidling, implementering og resultatmåling

Prosjektet forplikter seg til:

- Å gjennomføre nødvendig organisering og utarbeide rutiner mellom helsetjenestene i Risør kommunes pleie – og omsorgstjenester, fastlegene og sykehuset
- Utarbeide interne rutiner i SSHF som støtter samarbeidet ved bruk av videoutstyr i samhandlingen med kommunene
- Innkjøp, implementering og opplæring i kommunene som en del av prosjektet
- Resultatmåling: Registrere antall pasienter hvor telemedisinsk utstyr har vært et virkemiddel i pasientbehandlingen
 - Kartlegging av antall konsultasjoner og behandlinger som ville ha vært gjennomført ved sykehuset uten bruk av telemedisinsk løsninger.
- Evalueringsskjema til bruk for pasientene

1.1 Ambulant behandling av KØH - pasienter i hjemmesituasjon

Utformet av Harry Svendsen, 09.03.2014

Kildegrunnlag for notatet:

- Dialogmøter med Tvedestrand kommune v/ kommunelege Aanjesen og ledere fra pleie – og omsorgstjenesten – juni 2013
- Ottar Christiansen, notat og samtaler
- Notat oversendt fra Janice Marcussen, "Arbejdsbeskrivelse for sygeplejersker i akutteam"/"Funktionsbeskrivelse for sygeplejerske i akutteam", nov 2013
- Møte med Rune Holbæk, Svein Lyngroth, Agenda Kaupang og Ottar Christiansen 07.03. 2014

("hospital at home services")

1.1.1 Bakgrunn

Erfaringene fra oppstart av sengetilbud KØH i mai 2013 og fortløpende analysearbeid fra pasientkartlegging ved Akuttmottaket tilsier at det ikke er pasientgrunnlag til å etablere et sengetilbud på 12 senger ved en eller flere institusjoner i Østre Agder.

Ved å etablere et tradisjonelt sengetilbud (kjente pasienter med kjente diagnoser og avklart funksjonsnivå) ved ett eller flere av de kommunale institusjoner, vil ikke kommunene i Østre Agder i tilstrekkelig grad gjennomføre sin del av det nasjonale oppdraget om å redusere innleggelser på sykehus (4361 liggedøgn pr. år).

I utredningsarbeidet er prosjektgruppen derfor av den oppfatning at KØH – tilbudet i Østre Agder må inneholde mer en et tradisjonelt KØH – tilbud integrert i en eller flere kommuner.

Prosjektgruppen foreslår derfor at det utvikles:

- et kommunalt behandlingstilbud i pasientens "ø – helps fase" som er mer helhetlig og dynamisk
- tiltak og metoder som gir forsterket innsats i tilknytning til pasientens hjemmesituasjon

I nasjonal veileder¹ til KØH framkommer det at kommunene står fritt til å organisere øyeblikkelig hjelp tilbudet. Prosjektgruppen anser det som svært viktig at det i en utviklingsperiode fram til utgangen av 2015 prøves ut et pilotprosjekt som tar sikte på å innfri ovennevnte målsetting og tiltak.

1.1.2 Mål

Kommunalt innsatsteam for ambulant behandling av KØH i hjemmesituasjon skal bidra til å:

- redusere akutte innleggelser på sykehus ved tidligere behandlingsintervensjon av pasienten

1) ¹ I nasjonal veileder s. 19 står det anført: "Et viktig komplementært tilbud kan være å sikre en utbygd hjemmetjeneste. I tillegg kan det også etableres en forsterket tjeneste i pasientens hjem."

- redusere uønskede følger av sykehusinnleggelse særlig for eldre pasienter (funksjonstap, forvirring, iatrogene lidelser)
- (flere mål ???)

1.1.3 Målgruppe

Basert på erfaringer i oppstartsperiode av sengetilbud ved Myratunet og beskrivelser av målgrupper i nasjonal veileder vil det være grunn til å anta at følgende pasientgrupper kan inngå i målgruppen:

- eldre skrøpelige med flere diagnoser som står i fare for å bli innlagt på sykehus.
- kronikergrupper med avklart diagnose og redusert funksjonsnivå som har mange sykehusinnleggelser, og som står i fare for å bli innlagt på sykehus.
- andre pasientgrupper som ut fra en faglig vurdering kan behandles like godt eller bedre i hjemmesituasjonen (f.eks. MS-pasienter og kreftpasienter).

Nærmere presisering av målgruppen blir en del av videre utredningsarbeid.

Definisjoner på akutt og subakutt kommunal innsats

Akutt innsats:

- Leveres i løpet av få timer.
- Skal iverksettes på alle tider av døgnet, alle dager i uken (også på søn- og helligdager).

Subakutt innsats:

- Leveres i løpet av et døgn.
- Skal iverksettes alle dager i løpet av uken.

Sykepleier – og legetjeneste i kommunalt innsatsteam KØH, skal være rettet mot pasientgrupper som er beskrevet ovenfor (målgrupper), og som har behov for en subakutt eller akutt tjeneste for å unngå innleggelse på sykehus. Innsatsteamet skal behandle pasienter som ikke kan håndteres av etablert kommunal hjemmetjeneste.

Et kommunalt innsatsteam skal ha et kompetansenivå og tilgang på medisinsk utstyr, som er på tilsvarende nivå som lege – og sykepleiertjenesten i interkommunal legevakt.

1.1.4 Innhold

Behovet for øyeblikkelig hjelp for å behandle og stabilisere pasient i hjemmesituasjon kan innebære tjenester på en rekke områder som i dag utføres av hjemmesykepleie, fastlege, psykiatrisk hjemmesykepleie, lindrende team, geriater og psykogeriatere. Kommunene og SSA har hver for seg, og i flere pasientforløp, allerede et samordnet ambulant tilbud for en del av ovennevnte områder.

Det kommunale innsatsteamet skal – døgnet rundt – levere en rekke sykepleietjenester som krever særlig kompetanse hos sykepleierne i innsatsteamet.

Eksempler på dette er:

- observasjon av akutt oppstått sykdom eller akutt oppstått komplikasjoner til sykdom
- væske- og ernæringsterapi, herunder sondeernæring
- inhalasjonsbehandling og oksygenbehandling
- legge inn kateter
- intravenøs medisiner

En stor del av tjenestene skal leveres basert på en behandlingsplan av lege som har undersøkt pasienten.

Avhengig av pasientenes sykdom vil innsatstemaets oppgaver utøves i et tett samarbeid med kommunens egen pleie – og omsorgstjeneste

1.1.5 Organisering

Da prosjektet er en del av arbeidet med å utvikle helhetlige pasientforløp innenfor KØH, vil det derfor være hensiktsmessig at KØH innsatsteam er en del av Østre Agders felles KØH-prosjekt ut 2015.

Det vil styrke muligheten for:

- helhetlige pasientforløp med god kommunikasjon og logistikk
- å målrette ressurser både faglig, administrativt og økonomisk

Et kommunalt innsatsteam kan organiseres som et ambulerende team som leverer medisinsk – faglige tjenester (spesialisert sykepleietjenester og legetjenester) til pasientens eget hjem, herunder i heldøgns omsorgsbolig.

Sykepleie – og legetjenestene ivaretas av sykepleiere med spesialkompetanse og erfarne leger med god kunnskap om pasienter med eldre medisinske tilstander.

Samarbeidet mellom KØH innsatsteam, KØH – sengetilbud og SSA (ambulant team og geriatrisk seksjon) inngår i samarbeidsavtale mellom Østre Agder og SSHF.

1.1.6 Faglig kvalitet

Subakutte/akutte kommunale tjenester som skal utføres av KØH innsatsteam må ha sterkt fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i oppgaveløsningen.

I den forbindelse bør det være særlig oppmerksomhet på:

- at personalet døgnet rundt faglig kan utføre oppgaver som holder et høyere faglig nivå enn allerede etablert kommunal pleie – og omsorgstjeneste med tilstrekkelig tilgang på legetjeneste
- at det er utarbeidet instruks, særlig i forhold til prosedyrer som sikrer best mulig pasientsikkerhet
- at det foregår fortløpende dokumentasjon av tjenester som er utført av innsatsteamet
- at utilsiktede hendelser rapporteres slik at det sikres fortløpende læring av disse

Kriterier for sykepleiertj. i KØH innsatsteam som må beskrives nærmere

- tilstedeværelse: første døgn (8,16 eller 24 timer?)
- tilgjengelighet andre og følgende døgn
- responstid ved fravær
- xxxx
- yyyy

Kriterier for legetjeneste i KØH innsatsteam som må beskrives nærmere

- ved oppstart av hjemmebehandling
- tilsyn: minst en gang i døgnet
- tilgjengelighet og responstid
- det medisinske ansvaret (fastlegen, KØH-legen, legevaktslegen?)
- xx
- yy

Krav til medisinsk utstyr og tjenester m.m. i hjemmet

- tilgjengelighet av medisinsk utstyr (i USA fins eksempler på at radiografi og elektrokardiografi er "providet at home")
- behandling: oksygenterapi, intravenøs væskebehandling, intravenøs antibiotikabehandling, farmakoterapi

Krav til dokumentasjon, rapportering og prosedyrer m.m.

- Pasientdata (som for KØH?)
- Ressursdata (kostnader)
- Resultat: innleggelse i sykehus, død, komplikasjoner, funksjonsnivå, pasienttilfredshet, pasientens opplevde kvalitet
- Standard pasientforløp/behandlingsopplegg for hoveddiagnosegrupper (KOLS, pneumoni, avklart kronisk hjertesvikt, palliasjon?)
- Innleggelsesprosedyre, avviksprosedyre m.m.

Varighet

Oppstart: 01.05.2014 – 31.12.2015

Finansiering

Finansieres over øremerket KØH – budsjett i Østre Agder

1.1.7 Tre mulige modeller

- En lokal modell 1 kan være en modell med hjemmebehandling med tilstedeværelse av lege fram til kl. 21.00 i alle kommunene hvor det spesialiserte teamet med sykepleiere sikrer tilgang på legetjenesten ved å inngå forpliktende avtale med fastlegene i egen kommune, supplert med tilgang på legetjenesten på Legevakten i spesielle tidsrom

- En lokal modell 2 kan være et interkommunalt organisert tilbud i tre soner:
 - Sone 1: "østregionen" med base i eks: Tvedestrand kommune som følger opp: Åmli/Gjerstad/Risør/Vegårshei og egen kommune.
 - Sone 2: Arendal kommune
 - Sone 3: Grimstad og Froland
- En samorganisert modell hvor organisasjonen som har ansvar for sengetilbudet med KØH – senger også har ansvar for ambulant behandling av alle pasienter i hjemmesituasjon i hele Østre Agder. Innsatsteamet etablerer samarbeid med hjemmesykepleien og fastlegene i hver kommune.

1.1.8 Fordeler og ulemper ved de ulike modellene

(Dette er mer ment som et oppsett. Sikkert mange fordeler /ulemper som må inn her)

Alternativ	Fordeler	Ulemper
Lokal modell 1 alle kommuner	• Oversiktlig • Lokal kunnskap med kjennskap til pasient • Kort responstid lege	• Kostbar legetjeneste • Vanskelig å få SSHFs ledelse til å godta dette
Lokal modell 2 tre team, herav to interkommunale	• Mindre sårbar en modell 1 • Lettere å organisere samarbeid med legevakt	• Et tredje nivå mellom hovedtilbud Østre Agder og eget kommunalt nivå kan gi mindre oversikt • Kostbar legetjeneste, men mindre enn modell 1? • Vanskelig å få SSHFs ledelse til å godta dette
Samorganisert modell hvor tiltaket er integrert med sengetilbud	• Mest robust • Lettere å samordne teamet med legetjenesten i legevakt/KØH • Større muligheter for at SSHF vil akseptere dette som et forsøk	• Distanse til samarbeidskommunene – vanskeligere å samhandle med PLO /fastleger i hjemkommunen • Vanskeligere å sikre at hjemkommunens hjemmetjeneste tilføres og opparbeider seg erfaring og kompetanse

1.1.9 Videre utredning

Nærmere presisering av tiltak og virkemiddel blir en del av videre utredning, men følgene områder må utredes:

- Personellmessig organisering av innsatsteamet

- Legetjenesten i innsatsteamet og kobling/samhandling med øvrig KØH – oppgaver og legevakten
- Innsatsteamets rolle/samhandling med fastlegen i pasientens hjemkommune
- Hvordan kan innsatsteamet virke kompetansestyrkende på den øvrige kommunale pleie – og omsorgstjenesten i kommunene
- Definere samhandlingen med, og rollen til medisinsk avd., geriatrisk seksjon ved Sørlandet sykehus

1.1.10 Konklusjon

Mitt forslag er at vi legger opp til følgende tilnærming hvor jeg i nåværende situasjon har vektlagt de strategiske muligheter det er for at SSHF slutter seg til forslaget.

1. Vi bør fremme forslag om at vi setter av midler til å opprette et pilotforsøk med KØH kommunalt innsatsteam
2. I perioden 01.04.2014 – 31.12 2015 starter vi opp med samorganisert modell hvor tiltaket er integrert med sengetilbud
3. I denne perioden vil det være store muligheter for at de fleste kommunene i Østre Agder erfarer at de bruker sengetilbudet i så begrenset grad at en mulighet fra 01.01.2016 vil være å kjøpe enkeltplasser fra en sentral KØH – enhet.
4. Overskytende sum av øremerket KØH kan kommunene velge å bruke på et forsterket og mer lokalt KØH innsatsteam fra 01.01. 2016. Da vil kommunene ha mer erfaring på KØH – forbruket i sin kommune, og kommunene vil da stå friere til å bruke midler uten krav om avtalebasert enighet med SSHF.