

# Pasientsentrert helsetjenesteteteam - PSHT:

## Gode overganger i pasientforløpet



Læringsnettverk Gode pasientforløp Møre og Romsdal,  
Ålesund 20. mars 2019  
Birgitte Forsaa Åbotsvik

[birgitte.forsaa.abotsvik@tromso.kommune.no](mailto:birgitte.forsaa.abotsvik@tromso.kommune.no)



# 2013: PSHT - ny helsetjenestemodell og metode - pilot

## Formål

Gjennom etablering av felles tverrfaglige team:

- Styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer
- Styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og tiltak



# PSHT modeller



## 1. PSHT Harstad og Tromsø:

Felles tverrfaglige ambulerende team med base i lokalsykehus

## 2. PSHT Balsfjord og PSHT Karlsøy

Team på distanse. Lokale kontaktpersoner/team samarbeider med team ved lokalsykehus (PSHT Tromsø)

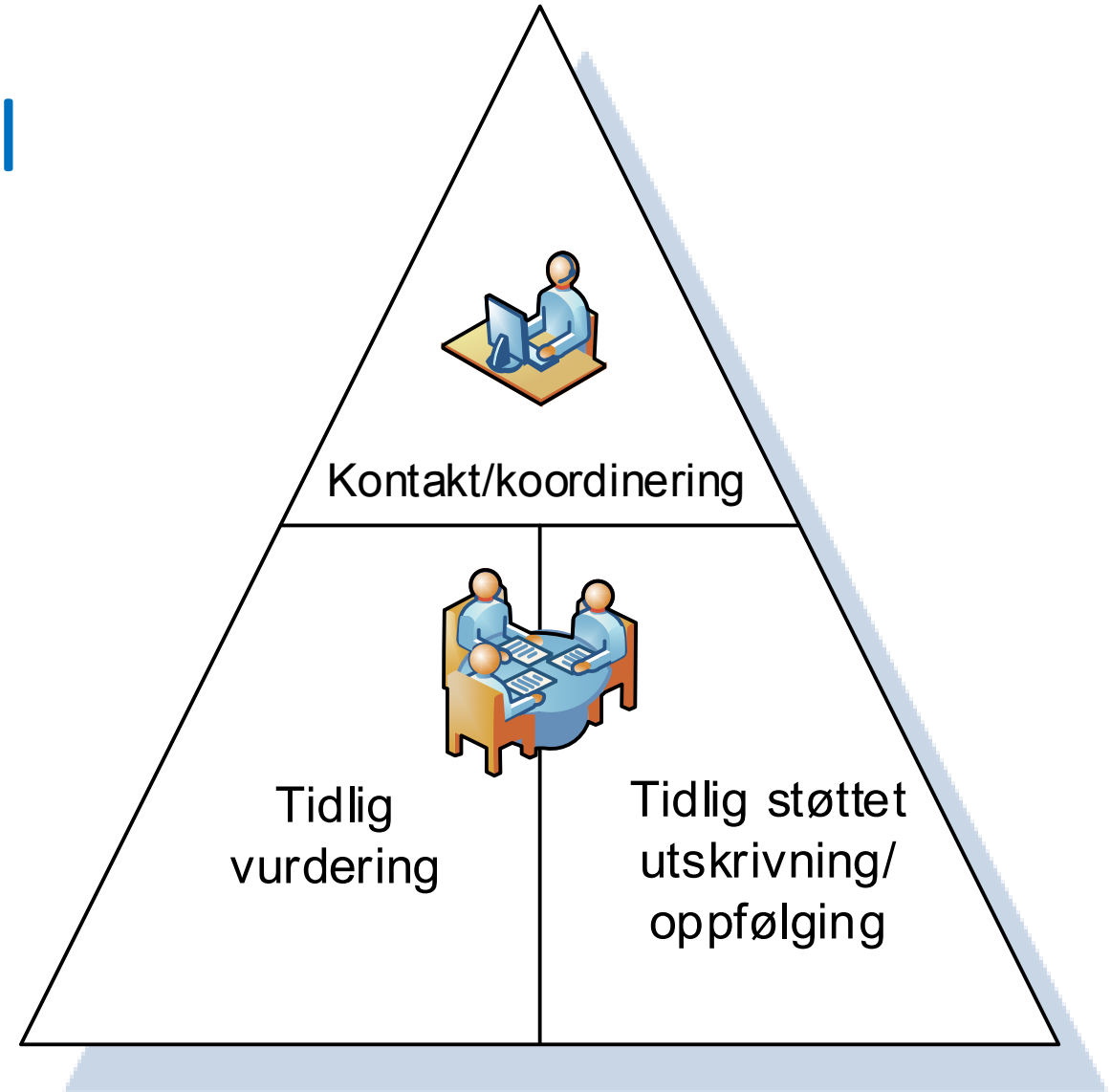
## 3. PSHT Lenvik

Felles tverrfaglig og ambulerende team med base ved det lokale DMS'et. Lokalt team samarbeider med UNN-PSHT ansatte.

# PSHT helsetjenestemodell

## Struktur

- Tverrfaglige team
- **På tvers av 1. og 2. linje**
  - Samfinansiering
  - Tilgang til hverandres EPJ
  - Felles prosjektledelse



# PSHT helsetjenestemodell



## UNN Tromsø

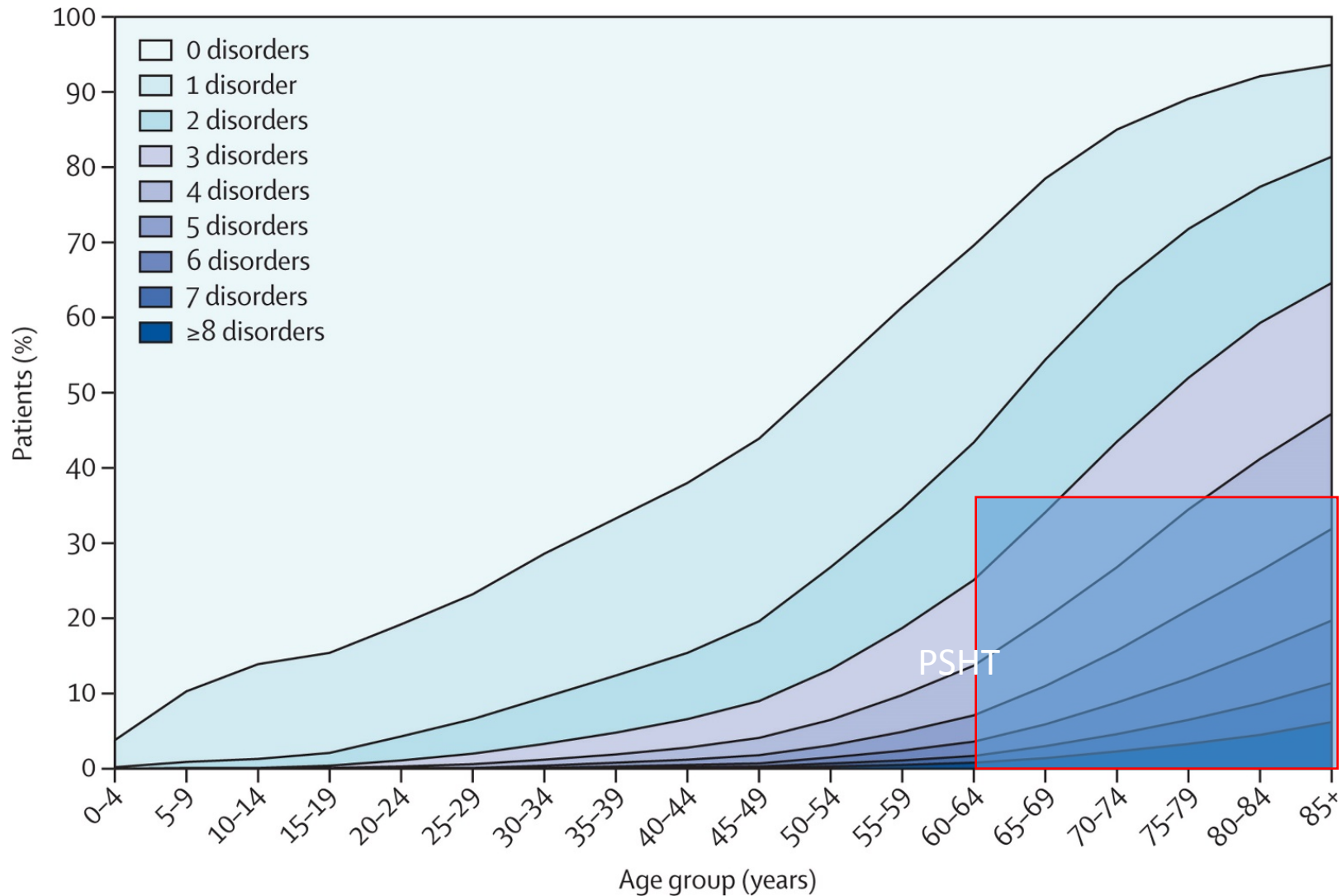
- Pasientkoordinator
- Spes.sykepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Lege
- Farmasøyt

## Tromsø kommune

- Pasientkoordinator
- Spes.sykepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut



# Målgruppe - PSHT



# Målgruppe - kjennetegn

- **Fysisk skrøpelighet**

svekket bevegelsesevne, redusert balanse, fallrisiko, inaktivitet, vansker med å gjennomføre dagligdagse aktiviteter (ADL), bruker mange medisiner, ernæringsvansker, uønsket vekttap, reduserte sanser, økt sykkelighet og hyppig utsatt for sykdommer som f.eks. infeksjoner

- **Psykisk skrøpelighet**

nedstemthet og depresjonstendens, angst, søvnvansker, redusert evne til å ta vare på seg selv, uselvstendighet

- **Kognitiv skrøpelighet**

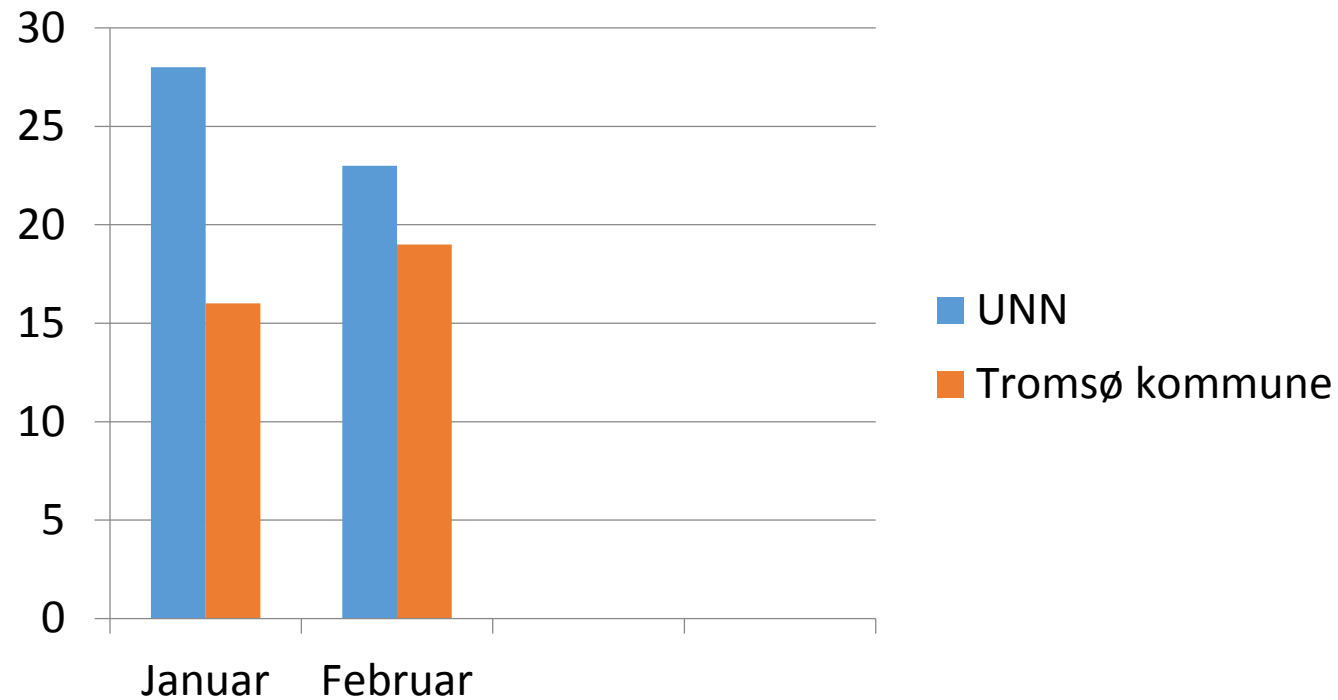
fra lett kognitiv svikt til alvorlig demenssykdom, økt risiko for forvirring, sårbar for forandringer

- **Psykososial skrøpelighet**

dårlig, lite eller slitent nettverk, uegnet bolig, ensomhet, økonomiske problemer, alkohol og rus

# Hvor kommer pasientene fra?

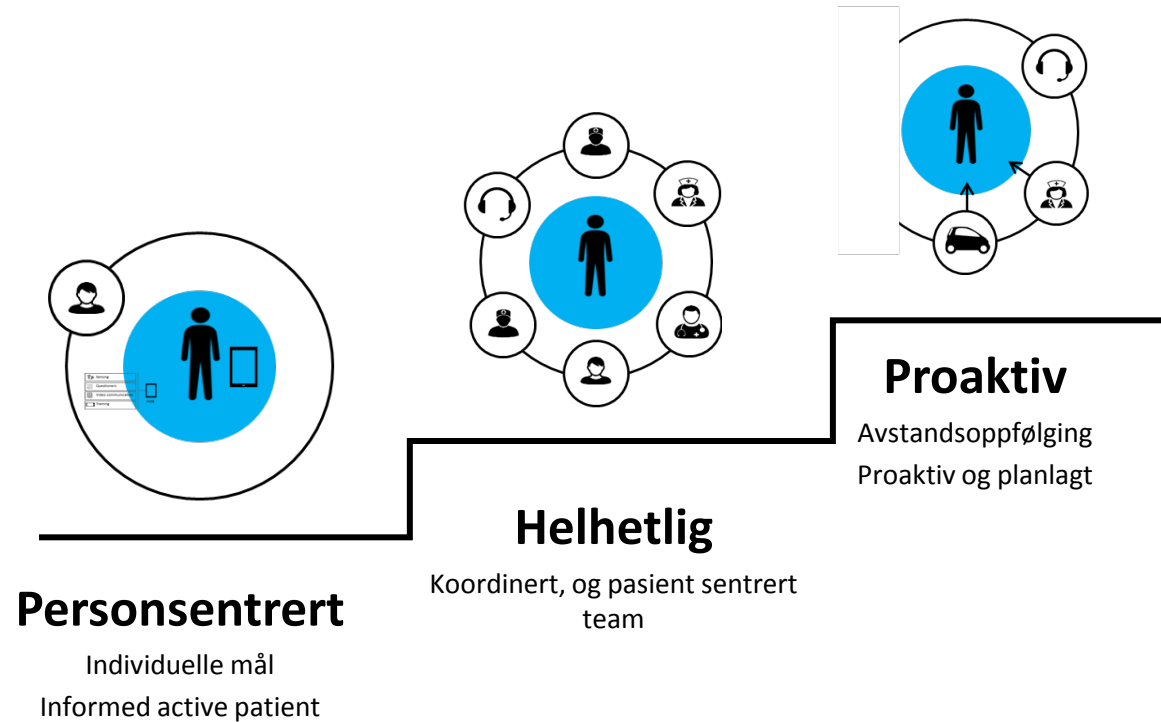
- I starten klart flest henvisninger fra sykehuset
- Nå i ferd med å jevne seg ut



**2017 og 2018:  
400 – 500 pasienter  
i året**



# PSHT – har utviklet arbeidsmetode som er:



# Personsentrert

## «Hva er viktig for deg?»

- Uvant spørsmål for mange
- Kan være vanskelig å si noe om
- Tillit er en forutsetning



## Å få fram pasientens mål og preferanser er en prosess

*Jo mer akutt fase pasienten befinner seg i – jo mer veiledning og involvering av helsepersonell er det ofte behov for*



## *«Hva er viktig for deg?»*

- Pasienten har oftest et funksjonelt mål
- Helsepersonellets oppgave: omforme til helserelaterte tiltak:
  - hva må helsetjenestene bidra med for at målet skal kunne nås?
  - Helhetlig tilnærming



# Helhetlig

- Helheten mer enn summen av de enkelte delene eller enkelte behandlingstiltak
- Omfatter alle forhold i pasientens liv som må tas hensyn til for måloppnåelse og opplevelse av et meningsfylt liv
- Krever samspill mellom helsepersonell, pasienten og forhold i hans eller hennes hverdagsliv når oppfølging skal planlegges

# Proaktiv

En personsentrert og helhetlig kartlegging med risikoanalyse gjør det mulig å etablere en proaktiv tjeneste

- Risikobildet er tydelig og involverte parter kjent med hva som skal vektlegges og observeres, og det lages en plan for tiltak for forventede hendelser
- Begynnende funksjonssvikt kan fanges opp på et tidlig stadium og alvorlig sykdom/svekkelse kan unngås

«Eva»





## Evas mål:

«Komme meg opp av senga selv på morgenen.

Klare å gå til stua, drikke morgenkaffe og lese avisa.»

- Må ha pust til det
- Må ha krefter til det
- Må bruke kreftene rett
- Må ha riktig hjelp
- Må føle seg trygg

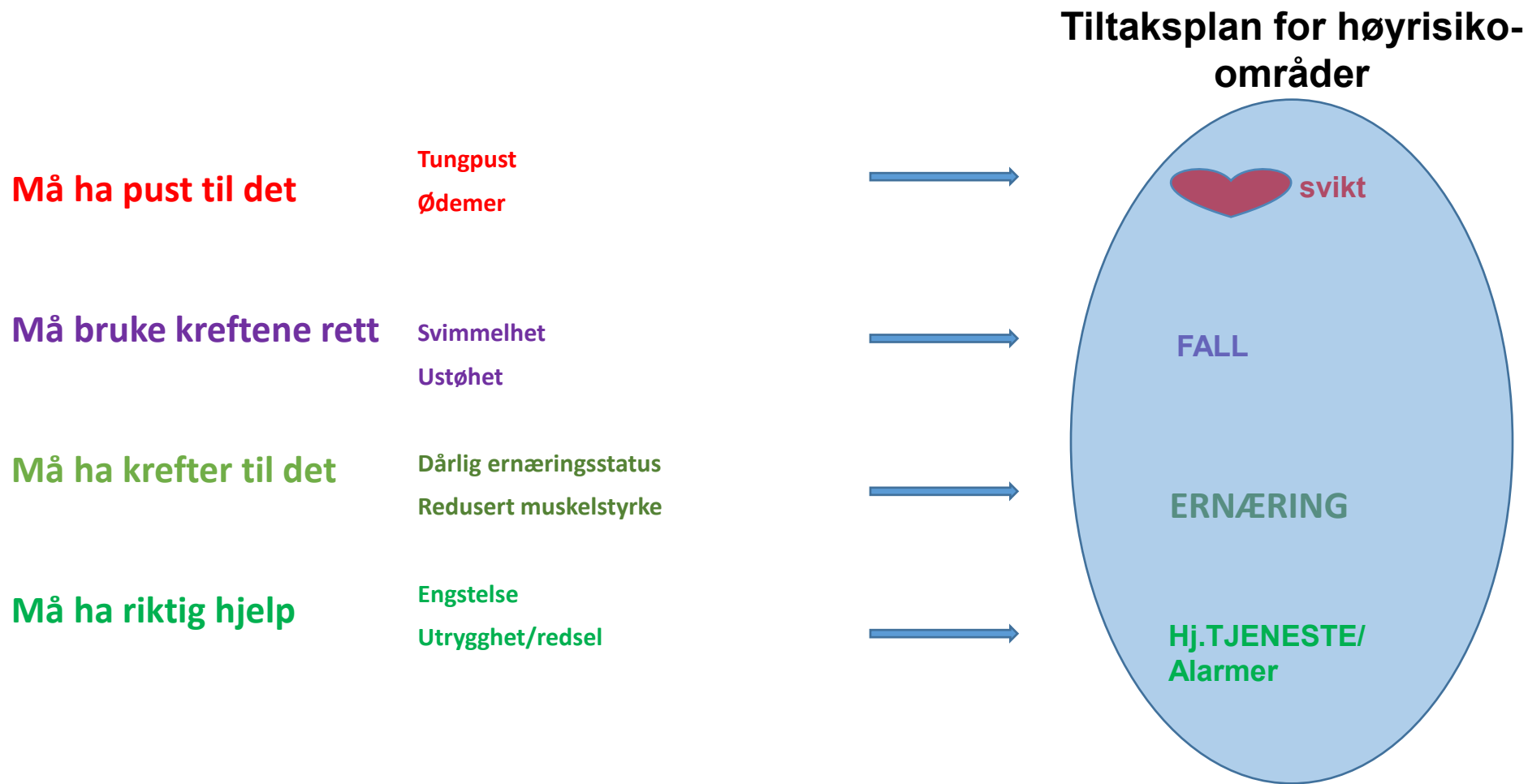


«Komme meg opp av senga selv på morgenen.  
Klare å gå til stua, drikke morgenkaffe og lese avisa»

Vår oppgave:

- Omforme pasientens målsetting til mål for oppfølginga i helsevesenet.
- Hva kan helsevesenet bidra med for måloppnåelse?
- Hvilke helsemessige utfordringer kan potensielt komme i veien for måloppnåelse?
- Hvordan kan vi minimere disse?

# Hva er i veien for å nå dette målet?

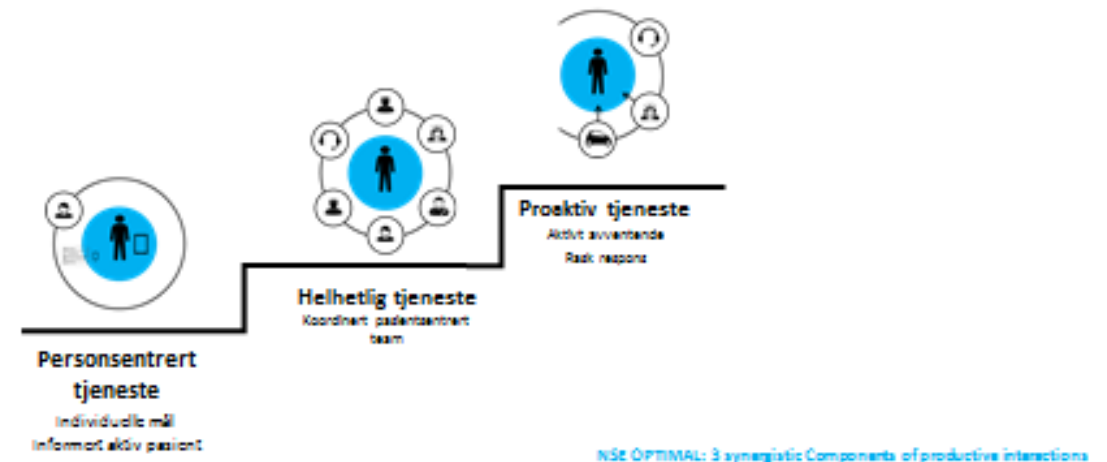


# Kartlegging – identifisering av risikoområder

Tverrfaglig kartlegging ->  
felles forståelse av  
risikoområder

Hva er de kritiske  
områdene i oppfølginga?

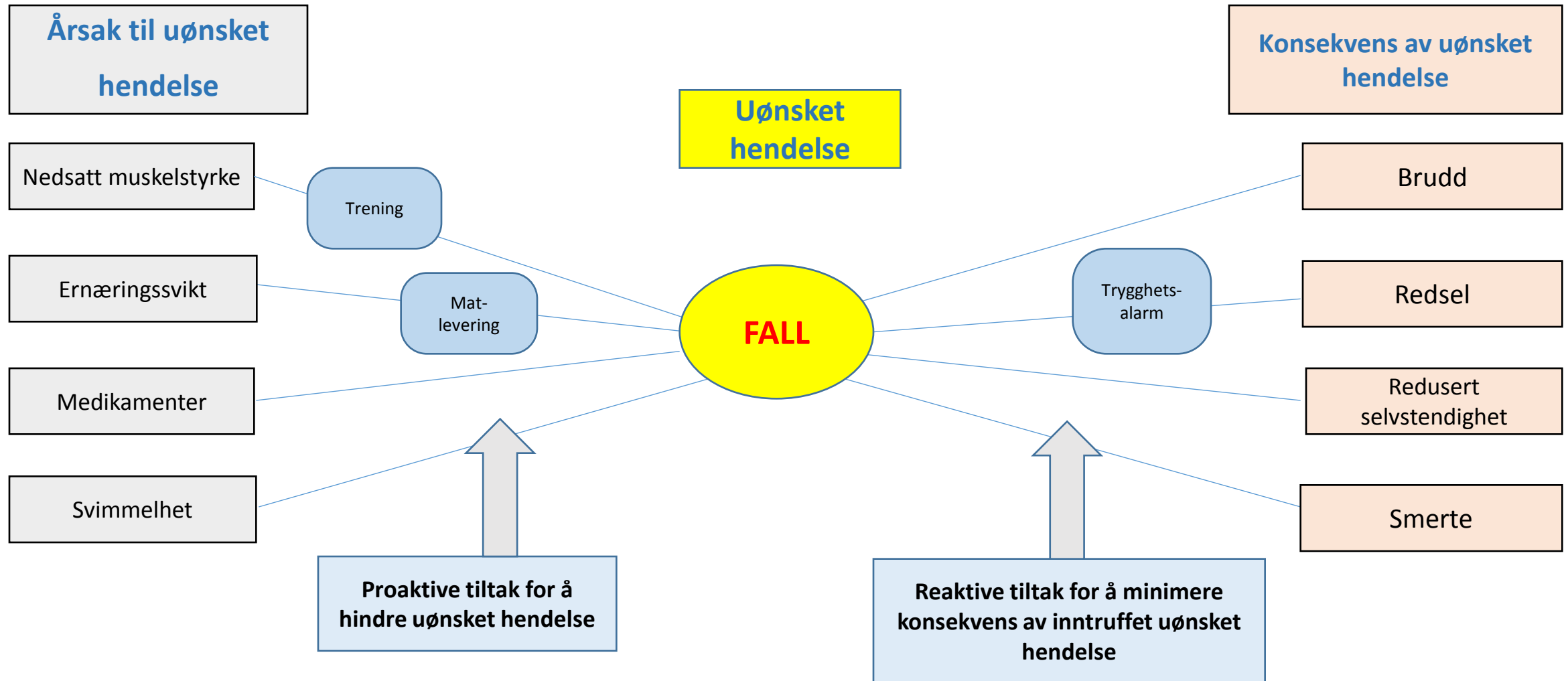
(Hva må vi ha stålkontroll på og hva kan  
vi slappe litt mer av med)



# Risikoanalyse

- **En proaktiv tjeneste gjør risikovurderinger FØR den uønskede hendelsen har inntruffet, for å forhindre at den skjer!**
  - Risikoanalyse innebærer å finne årsaker til at de uønskede symptomene/tilstandene har oppstått, slik at vi kan gjøre noe med årsakene og forebygge nye hendelser.
  - Hos en skrøpelig pasient vil det ofte være flere uønskede tilstander og det som er konsekvens av en tilstand kan være årsaken til en annen, og motsatt.

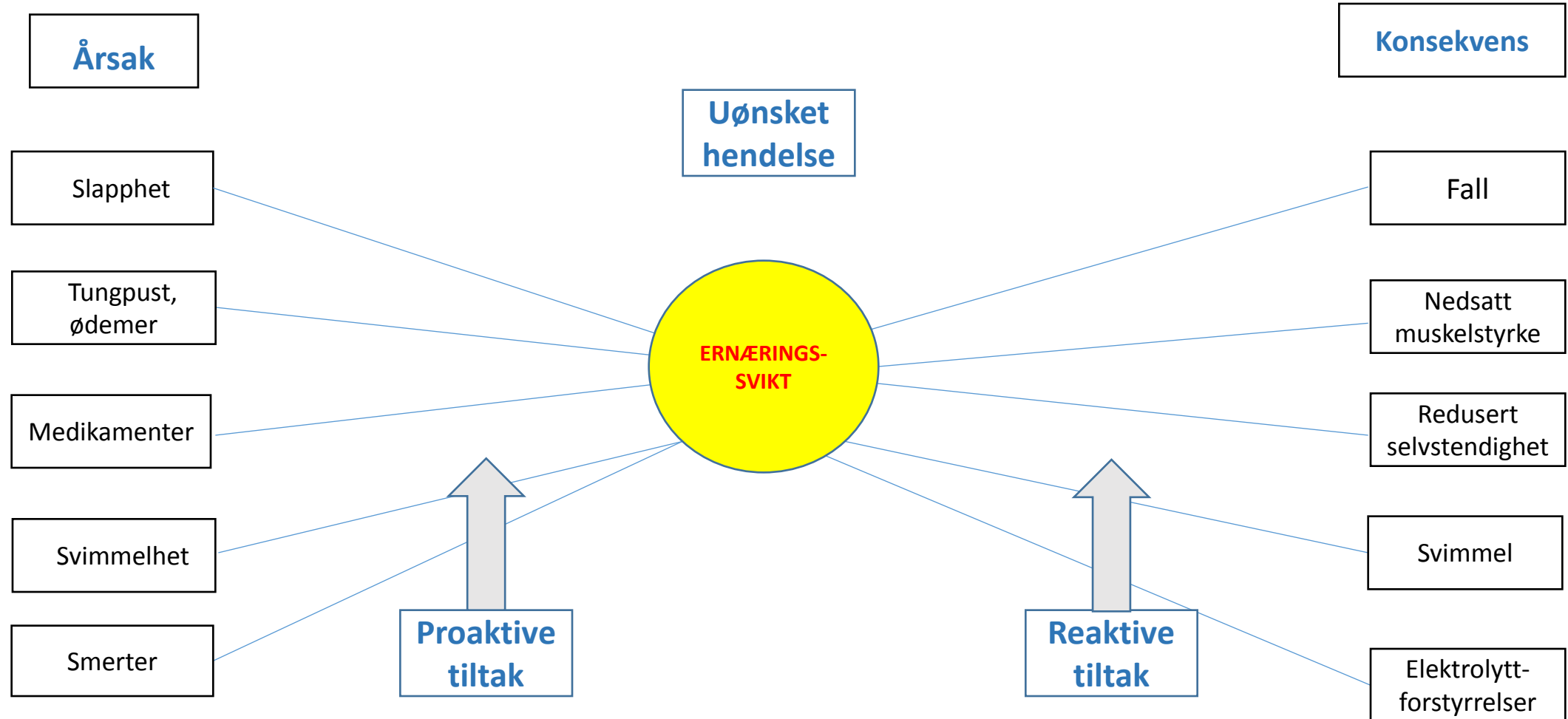
# Risikoanalyse: Eksempel på sløyfemodellen



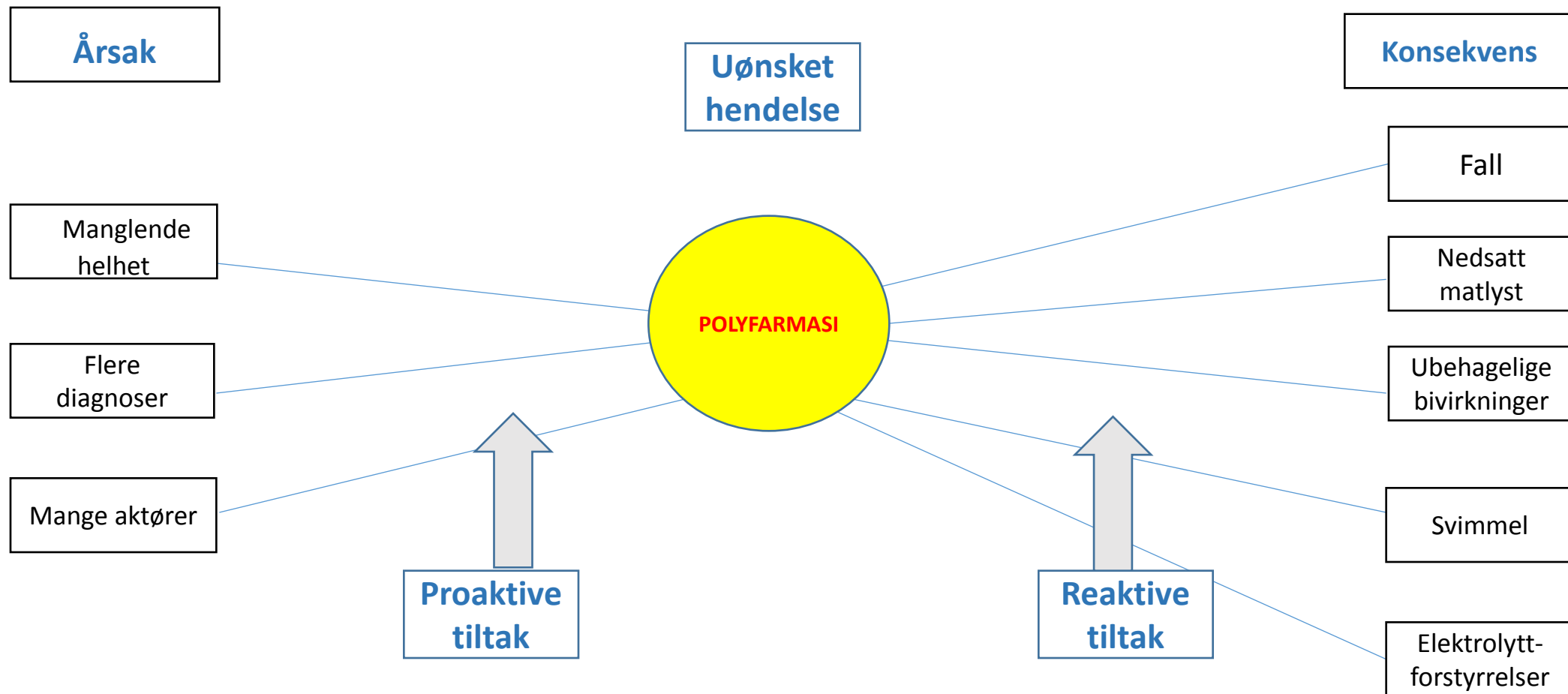
*Innsatsen vår bør i større grad skje her.  
Mer forebygging = mindre reparering*



# Risikoanalyse: Sløyfemodellen

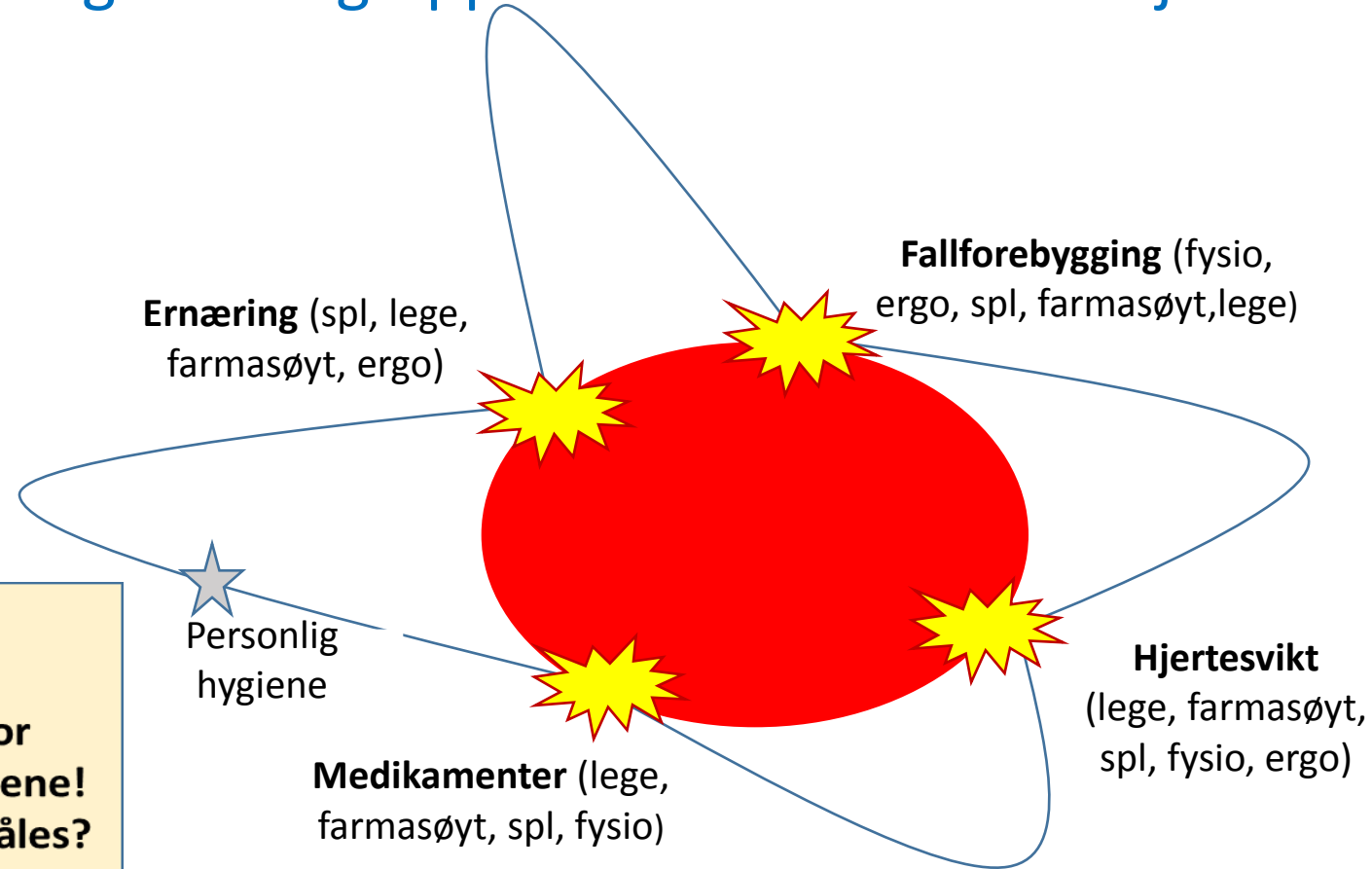


# Risikoanalyse: Sløvfemodellen



# Planlegging: Hva er de kritiske områdene?

Hvilke områder trenger særlig oppmerksomhet av helsetjenesten?

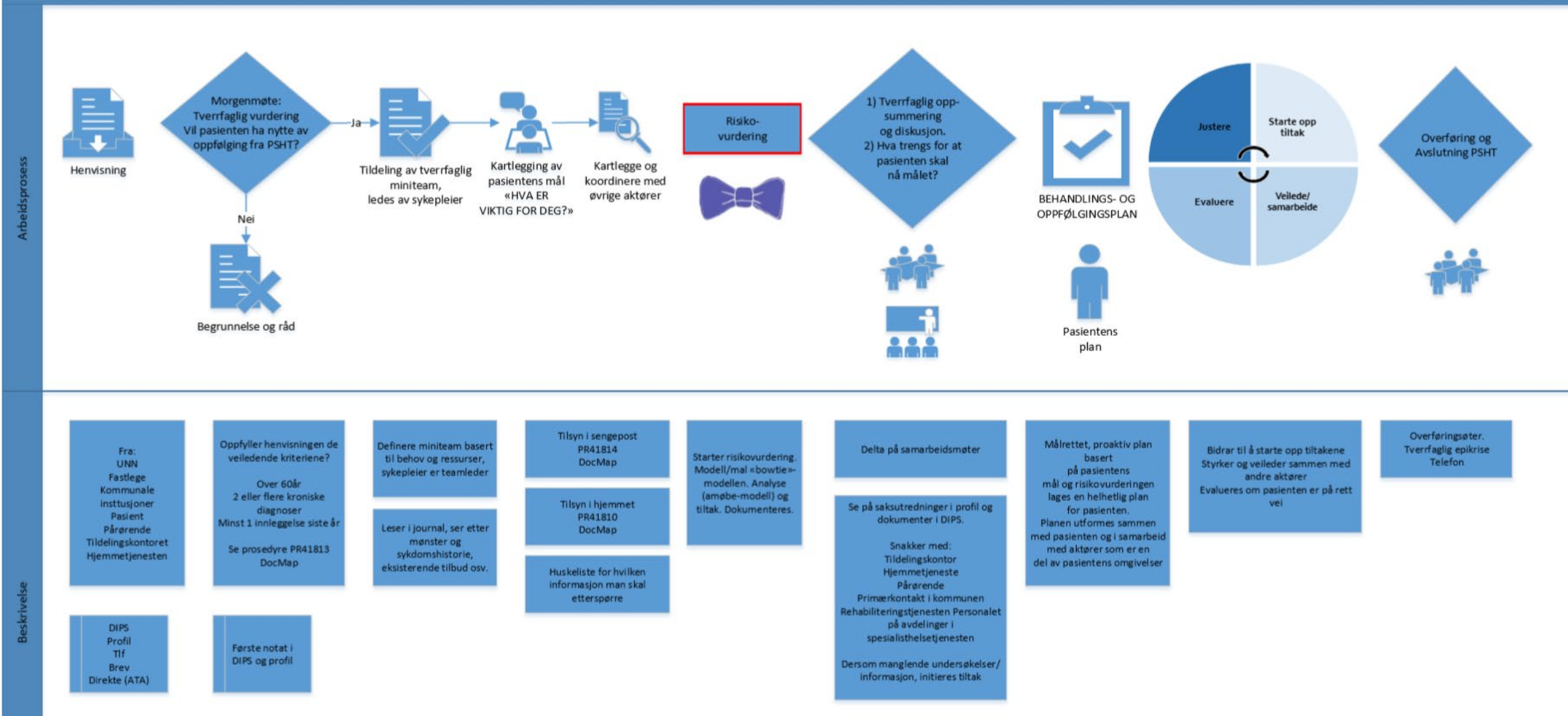


## Konkret oppfølgingsplan for hvert av de kritiske områdene!

- Hva skal observeres/måles?
- Hvilke tiltak? Plan A, plan B
- Hvem kan kontaktes? Når?

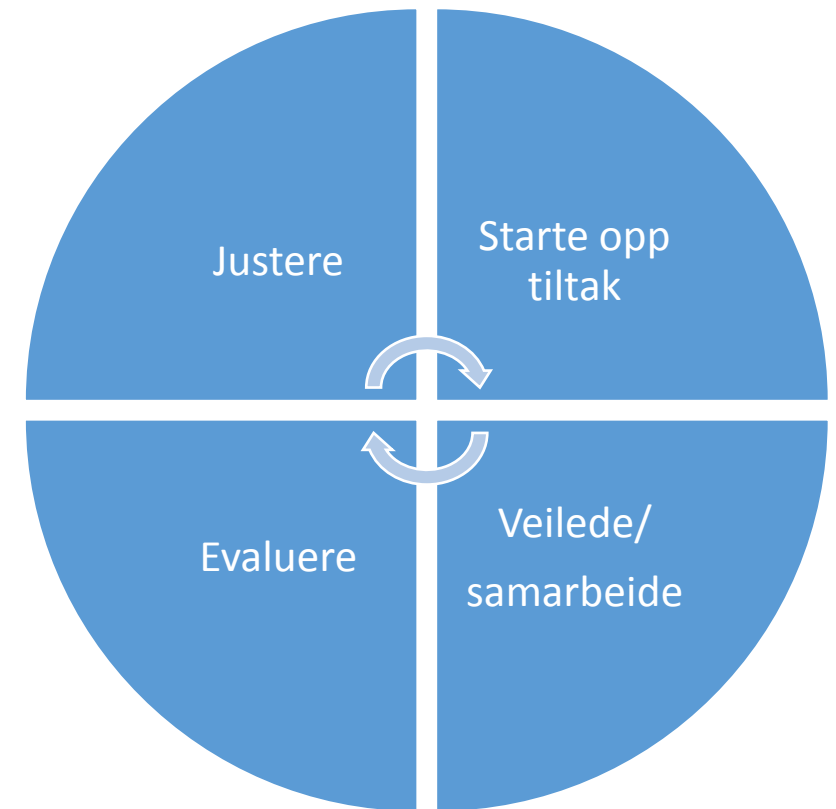
# Flytdiagram PSHT

## PSHT flytdiagram m/beskrivelse



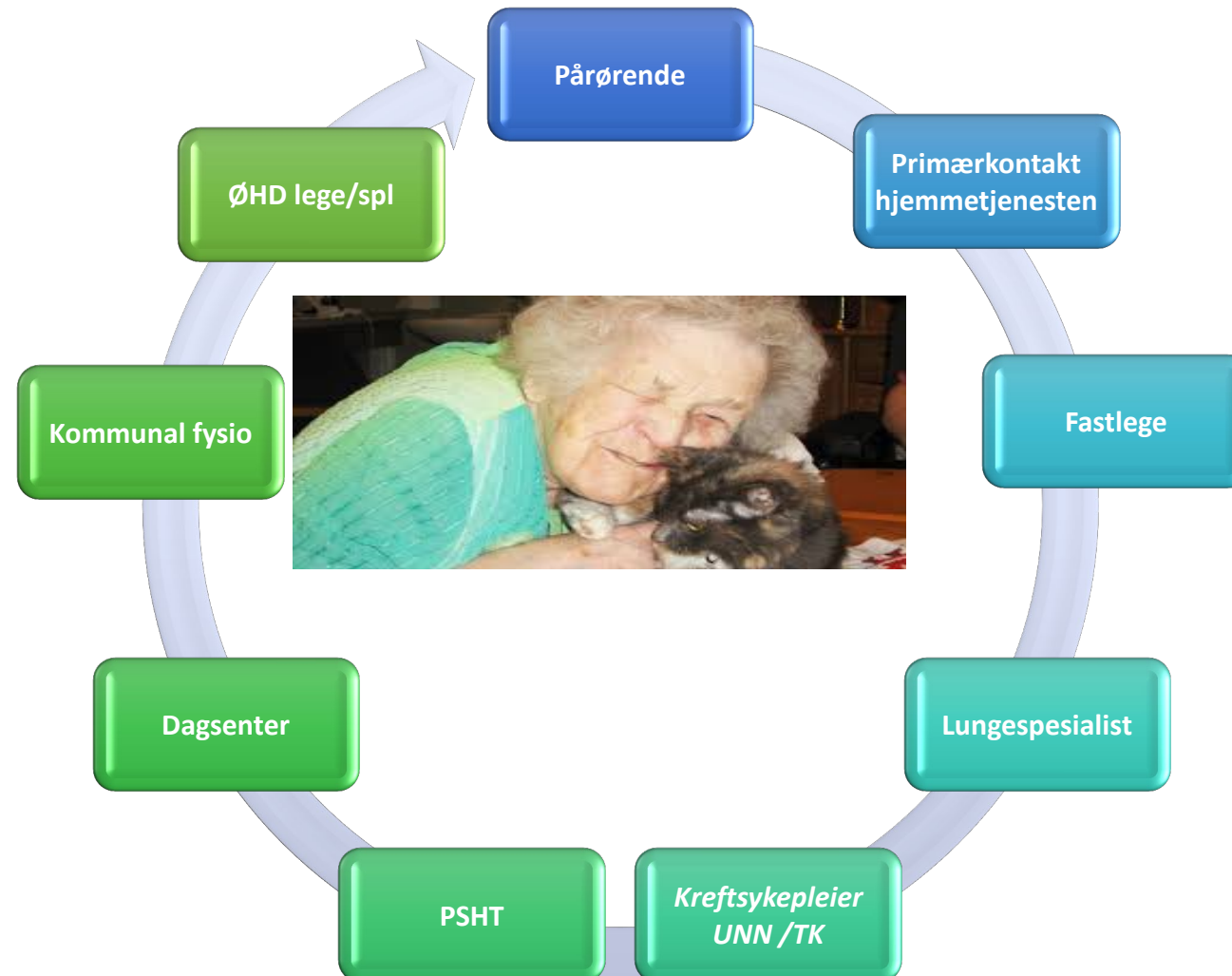
# Igangsetting av oppfølgingstiltak i hjemmet utfra avklart, helhetlig plan

- Det tilstrebes at neste tjenesteledd overtar oppfølgingen så snart som mulig
- Ideelt sett: få til godt samarbeid i oppstarten slik at overlappingen skjer sømløst og uten opphold
- PSHT kan bistå med oppstart av tiltak, vurderinger, evaluering men også veiledning og kompetanseoverføring
- Tett samarbeid med fastlege, sengepost i sykehus, hjemmetjeneste og tildelingskontoret



# Pasientens team: mange aktører

## Behov for koordinering, men hvem skal gjøre det?



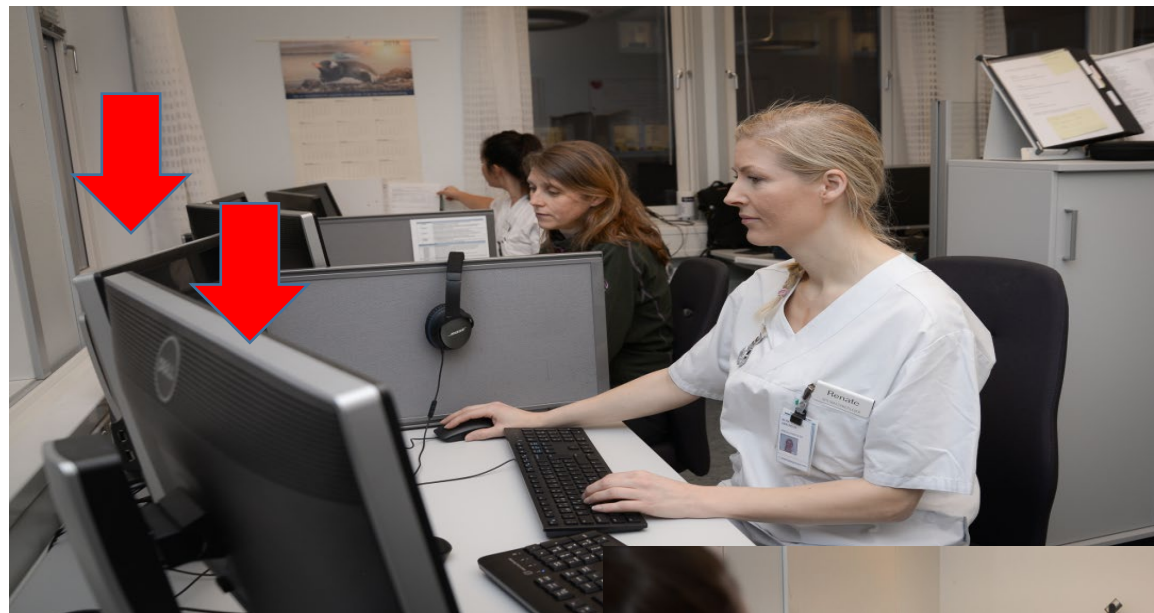


# Faglige effekter og erfaringer

- Lokalt utformede og tilpassede team
- Tryggere overganger for pasienter
- God involvering av brukere og pårørende i planleggingen – bl.a. gjennom bruk av vk
- Fanger opp svikt i tidligere fase – unngår utvikling til alvorlig akutt sykdom og behov for sykehusinnleggelse pga. tidlige tiltak
  - PSHT lager i samarbeid med sengepost og/eller hjemmetjeneste en plan for oppfølging før/etter/i stedet for sykehusinnleggelse
  - Kvalitetssikre tjenestene ved overgang og oppstart av tjenester i pasientens hjem etter utskriving
- Hjemmetjenesten har en plan å forholde seg til
- **Forskningsresultater**

# PSHT- team som virker – aktive ingredienser

- Sammensatt fra begge helsetjenestenivåer
- Tilgang til begge dokumentasjonssystemer
- Enkle henvisningsrutiner
- Ikke diagnoseavhengig
- Kort responstid
- Reell tverrfaglighet
- Helhetlig, tid til «dypdykk»
- Aktiv involvering av og samarbeid med aktuelle aktører



- **Tidlig vurderings- og oppfølgingsteam**
- **Utøvende koordinerende team**
- **Samhandling- og kvalitetssikringsteam**



# Obs!

- Forankring i alle ledd
  - Sengeposter
  - Hjemmesykepleie – utøvende + koordinerende enhet/tildelingskontor/bestillerkontor/saksbehandler
  - Fastlege
- Bevisst på å ikke bli et ekstra nivå mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Identifisering av pasienter - hvordan vet vi at vi jobber med de riktige pasientene?

Har vi

- Vilje til endring?
- Mot til å tenke nytt?
- Mage til å stå i usikkerhet?
- Tillit til hverandre?









Lytt til Sigurd Stenersen 80 år, fra Harstad

Han forteller om hvordan det er å være pasient med behov for hjelp fra flere aktører

<https://ehealthresearch.no/videoer/pasientsentrert-helsetjeneste>

# Takk for oss!

