



Pasientsentrert helsetjenesteteteam - PSHT:

Kort beskrivelse av teamet, målgruppe og arbeidsmetode



Koordinator/sykepleier

birgitte.forsaa.abotsvik@tromso.kommune.no

Juni 2021



PSHT etablert som prosjekt i 2014, fast drift fra 2019

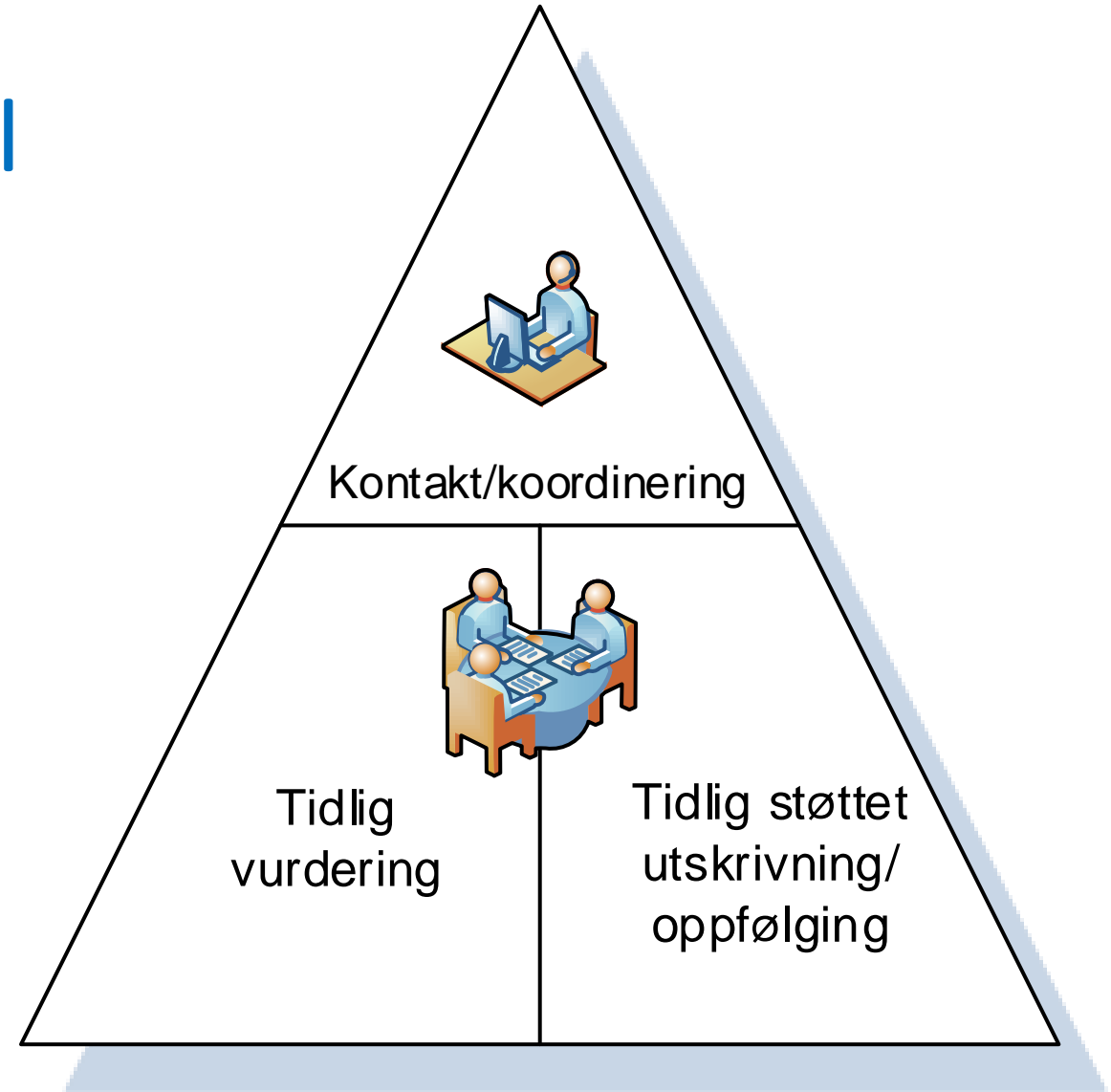
- **Formål**
- Gjennom etablering av felles tverrfaglige team:
 - Styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer
 - Styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og tiltak



PSHT helsetjenestemodell

Struktur

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



De to funksjonene

Tidlig vurdering og intervensjon

Redusere behov for innleggelse i sykehus og forebygge ytterligere funksjonstap

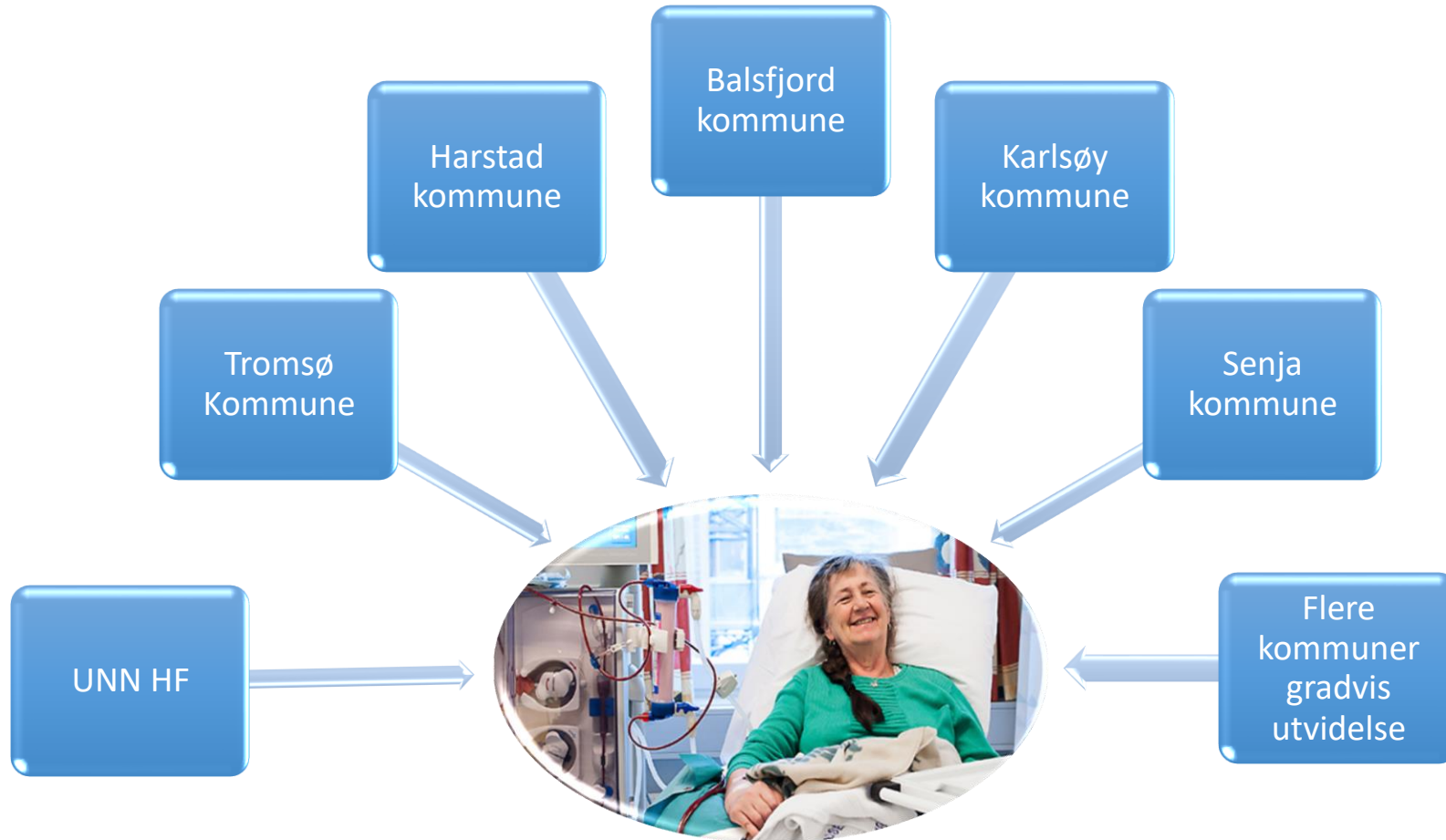
- Rask tilgang til høykompetente helsetjenester
- Rask tilgang til nødvendig veiledning
- Rask avklaring av pasienters behov for tjenester
- Rask intervensjon
- «Det utadvendte sykehuset»

Tidlig støttet utskriving

Legge til rette for raskere utskriving fra sykehus og oppfølging i pasientens nærmiljø

- Trygge og sømløse overføringer til hjemmet
- Oppfølging og videreføring av behandling og rehab. etter sykdom i pasientens nærmiljø
- Videreføring behandling
- Tett samarbeid med kommunale aktører

Pasientsentrert helsetjenesteteteam - nettverk



PSHT Tromsø

Kontor D1.609



- Driftsleder Tromsø: Monika Dalbakk
- UNN: E-helse, samhandlings- og innovasjonssenteret v/sentersjef Markus Rumpfeld
- Tromsø kommune: Seksjon for hjemmetjenester v/seksjonsleder Roar Evjen

UNN Tromsø

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

Tromsø kommune

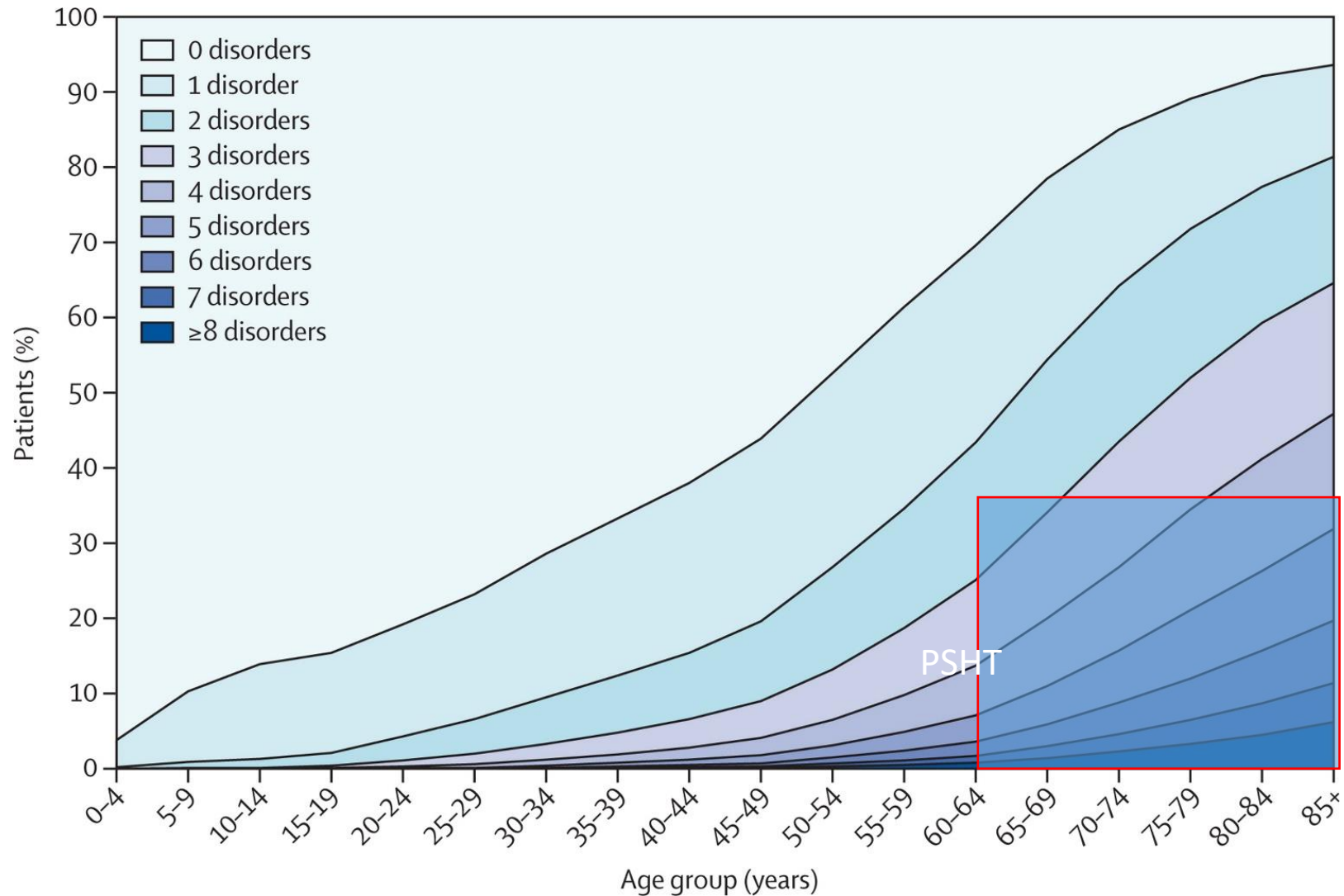
- Pasientkoordinator
- Spes.sykepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut

Teamet jobber som en enhet og er lokalisert på plan 6, D-fløya.

Teamet samarbeider tett med sengeposter i UNN, fastleger, forvaltningskontoret, hjemmetjeneste, sykehjem, Helsehuset etc.

Teamet erstatter ikke eksisterende tilbud, men har en støttefunksjon til disse for pasienter som i en periode trenger et styrket tilbud.

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**

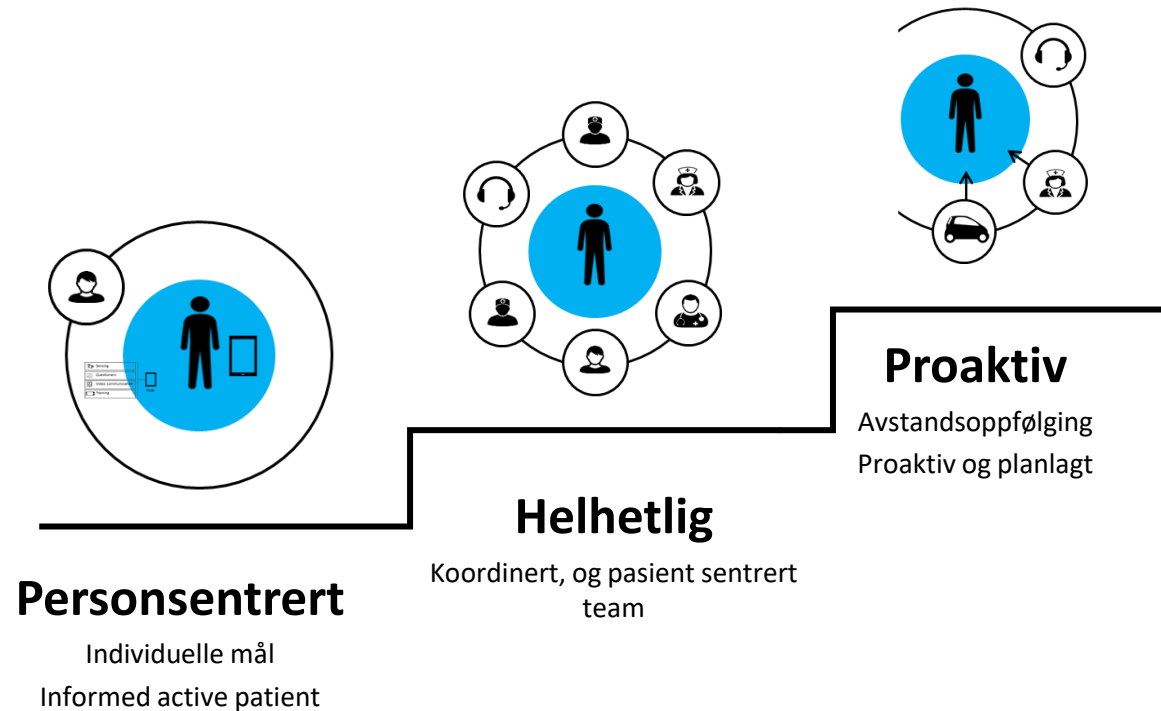
dårlig, lite eller slitent nettverk, uegnet bolig, ensomhet, økonomiske problemer, alkohol og rus

Typiske PSHT-pasienter

- Fall (brudd)
- Ernæringssvikt/dehydrering
- Mange medikamenter
- Svimmelhet
- Smerter
- Kognitiv svikt
- Angst/depresjon/ensomhet
- Mange diagnoser

= Skrøpelighet, nedsatt allmenntilstand, funksjonssvikt, økt hjelpebehov

PSHT – har utviklet arbeidsmetode som er:



Personsentrert

«Hva er viktig for deg?»



- Helsepersonellets oppgave: omforme pasientens mål til helserelaterte tiltak:
 - hva må helsetjenestene bidra med for at målet skal kunne nås?
 - Helhetlig tilnærming
 - Dreining fra «What is the matter?» til «What matters to you?»



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

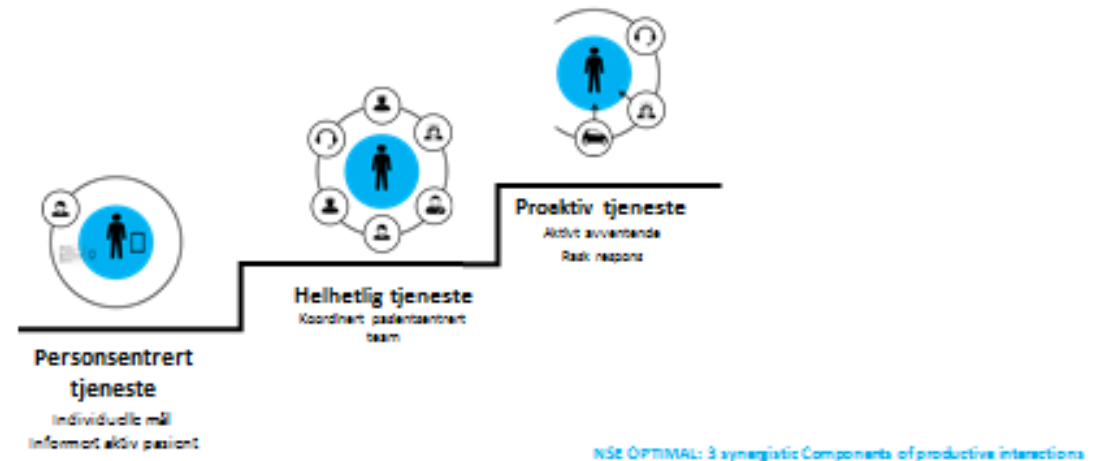
En personsentrert og helhetlig kartlegging med risikoanalyse gjør det mulig å etablere en proaktiv tjeneste

- 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

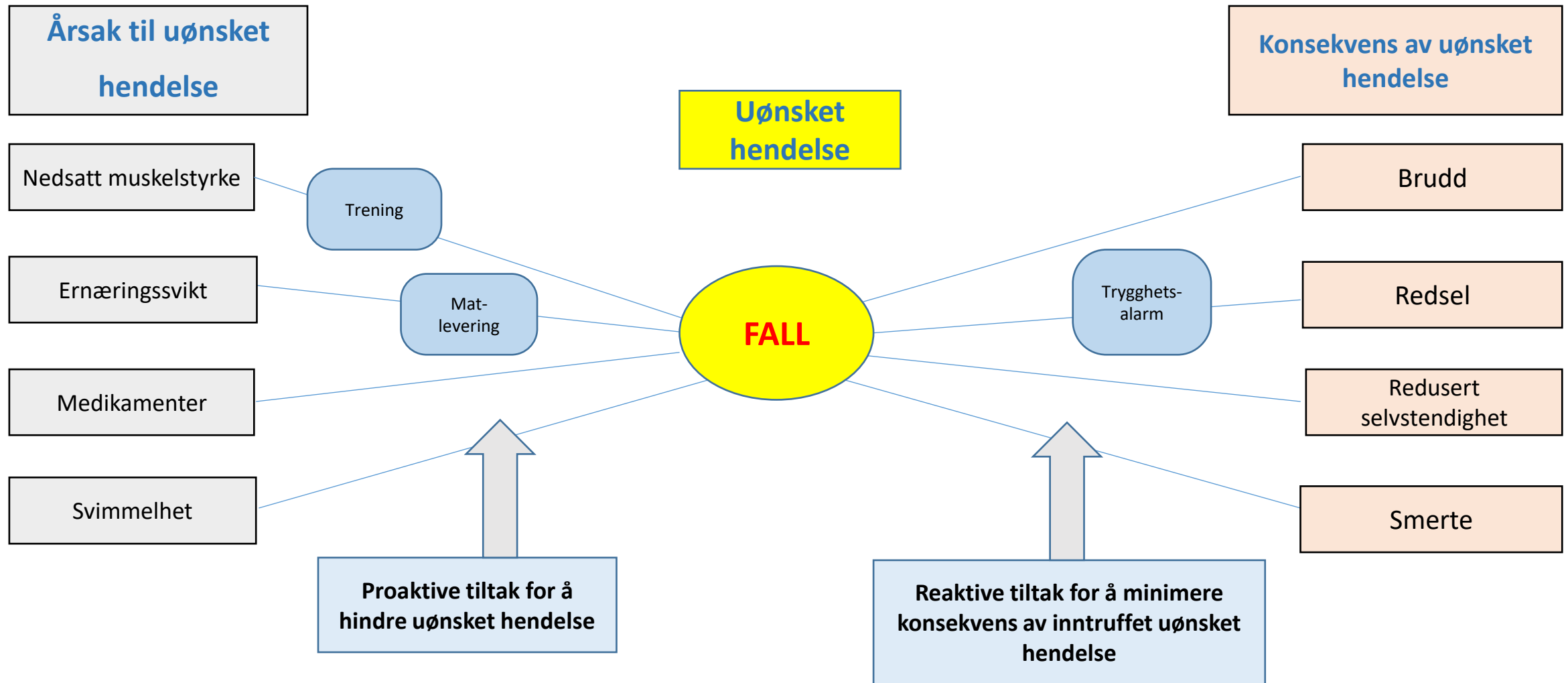
Kartlegging – identifisering av risikoområder

Tverrfaglig kartlegging ->
felles forståelse av
risikoområder

Hva er de kritiske
områdene i oppfølginga?



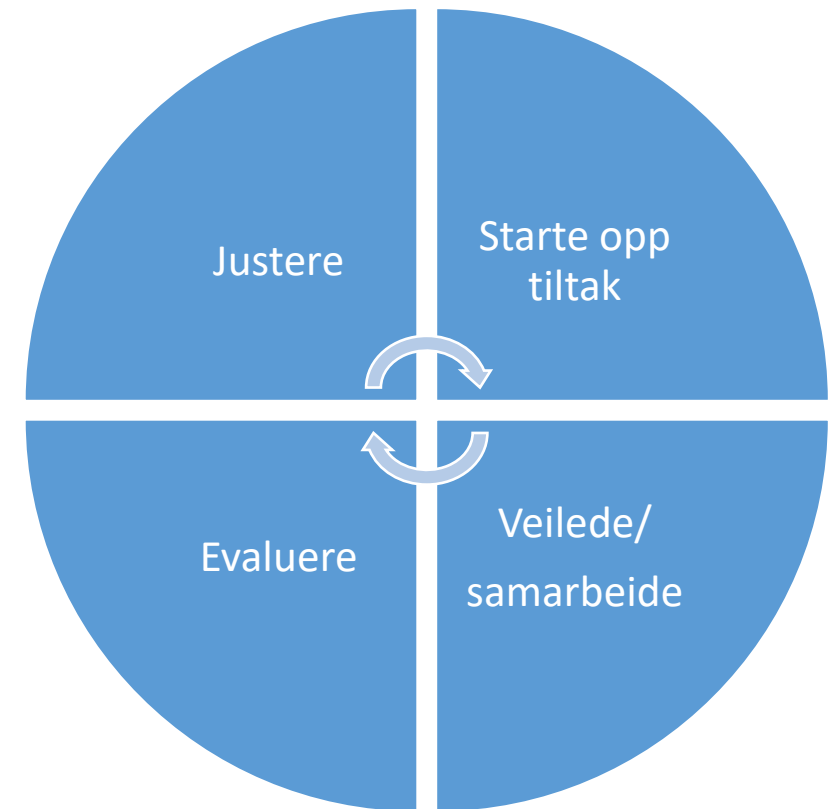
Risikoanalyse: Eksempel på sløyfemodellen



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

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

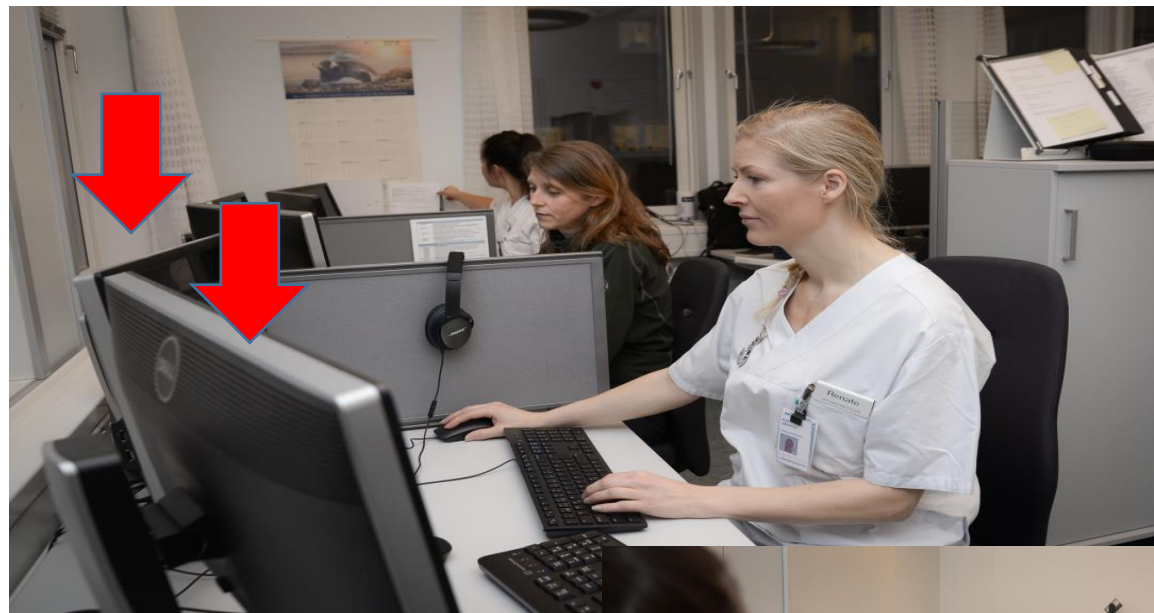


Faglige effekter og erfaringer

- 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
- **Forskningsresultater**

PSHT – 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

