

Pasientsentrert helse

– en samarbeidsmodell mellom

■ MONIKA M. DALBAKK • Prosjektleder, UNN

■ ANNE GRETHE OLSEN • Overlege i pasientsentrert helsetjenestetteam UNN og Utviklingssjef FIN HF

■ TRINE S. BERGMO • Seniorforsker, NST/UNN

Samhandlingsreformen hadde som intensjon å etablere helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, styrke forebyggingen og forbedre folkehelsen. Formelle strukturer som samarbeidsavtaler, tjenesteavtaler og diverse møteforma er etablert, men få konkrete endringer av selve helsetjenesten, og organiseringen av denne, er gjort.

Dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell, oppstykkede pasientforløp, feil i medikamentlister og manglende informasjon ved utskrivning fra sykehus, er bare noen av de samhandlingsutfordringer sykehus og kommune fortsatt strever med. Dette blir spesielt synlig når det handler om pasienter med sammensatte problemstillinger, som har behov for bistand fra flere instanser.

I Troms-Ofoten regionen har man, i en pasientforløpsstudie, kartlagt og identifisert sju områder der helsetjenesten har et betydelig forbedringspotensiale når det gjelder tjenester til pasienter med sammensatte og kroniske lidelser (1):

- 1 Identifikasjon av den komplekse pasient
- 2 Systematisk identifikasjon av den enkeltes behov
- 3 Støtte til den aktive informerte pasient
- 4 Valg av hensiktsmessige behandlings- og oppfølgningstiltak
- 5 Teamorganisering og logistikkstøtte
- 6 Endring fra reaktiv til proaktiv oppfølging
- 7 Evaluering av måloppnåelse for behandlingsmål

Helse Nord RHF ga allerede i 2013 helsefor-etakene i oppdrag å styrke kunnskapen om «The Chronic Care Model», en pasientsen-



Teammøte i pasientsentrert helsetjenestetteam

trert helsetjenestemodell, og å legge prinsippene for denne modellen til grunn for behandlingen av pasienter med sammensatte og kroniske lidelser (2).

Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN), ved Medisinsk klinikk og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, tok i 2013 initiativ til et samhandlingsprosjekt mellom UNN og kommunene, som skulle lede til forbedring av helsetjenesten til denne pasientgruppen. Pasientsentrerte helsetjenestetteam ble etablert på tvers av sykehus og kommune for å bidra til tidlig vurdering av hjemmeboende og tidlig støttet utskrivning og oppfølging etter en sykehusinnleggelse. Dette prosjektet representerer en langsiktig endring i måten UNN og kommunehelsetjenesten utøver helsetjenester på. Tromsø og Harstad kommuner deltar i prosjektet og samarbeider med UNN om pilotering i respektive vertskommune. Etter gjennomført pilotering, planlegges innføring av lokale tilpasninger av modellen i samarbeid med øvrige kommuner i Troms-Ofoten regionen.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrapelige eldre og pasienter med sam-

mensatte og kroniske sykdommer. Samtidig har man en intensjon om at dette prosjektet også skal styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune ytterligere, med henblikk på å raskere kunne iverksette utredning, behandling av og tiltak for denne pasientgruppen.

Prosjektet fikk i oppdrag å etablere tverrfaglige team med ansatte både fra sykehus og kommune som sammen skal bidra til:

- Tidlig vurdering og diagnostikk
- Tidlig støttet utskrivning og oppfølging
- Godt planlagte og helhetlige pasientforløp der pasient og pårørende involveres aktivt.

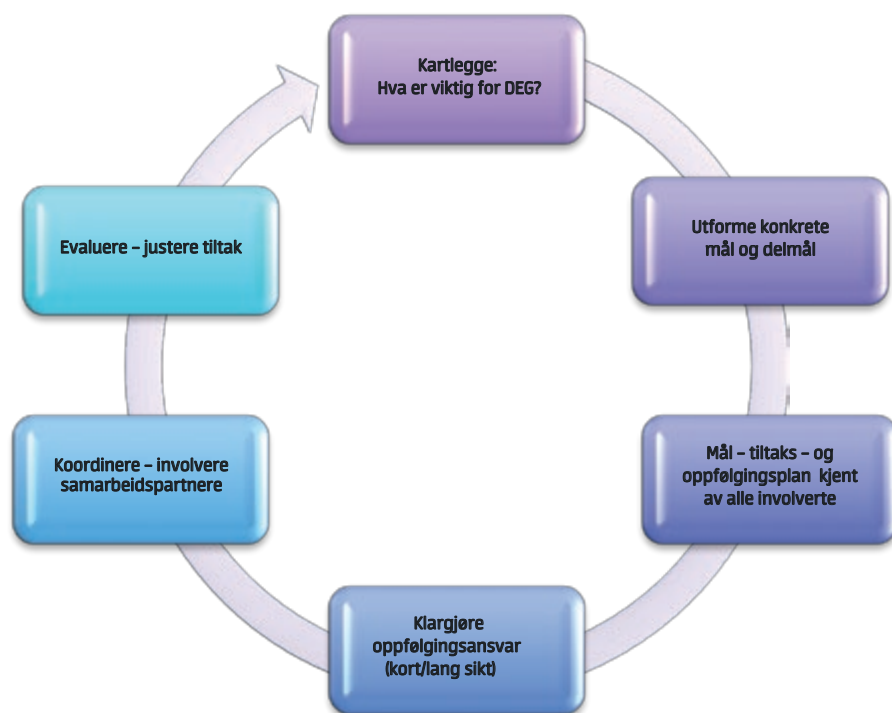
Modell

Organisering

Modellen, utviklet i dette prosjektet, er unik i den forstand at man har valgt å organisere et felles tverrfaglig team på tvers av organisasjonene, hvor ansatte både fra sykehus og kommune arbeider tett sammen i et felles team. Teamet har base i sykehuset, men ambulerer og møter pasienter både i hjemmet, sykehjem og sykehus. Flere av de ansatte i teamet har også en fot i sine «moderavdelinger», de jobber deler av sin stilling i for eksempel geriatrisk avdeling, nevrologi, terapeutavdelingen etc. Den tjeneste-

tjenesteteam

kommune og helseforetak



FIGUR 1: Pasientsentrert arbeidsmetode – dialog med pasienten og med involverte aktører.

modellen som er utviklet, har også medført at teamet har tilgang til begge organisasjoners datasystemer (UNN og kommunene). Teamdeltakerne kan dermed, etter samtykke fra pasient, raskt innhente nødvendig informasjon for den behandling teamet skal gi til pasienten, både fra kommunens og sykehusets journalsystem.

Finansiering

UNN og kommunen bidrar med stillinger i teamet. Driften av teamet deles likt mellom partene. I UNN er det fire klinikker som bidrar økonomisk inn i teamet, ut fra en fordelingsnøkkel. I oppstarten for utvikling av helsetjenestemodellen var prosjektet finansiert gjennom kvalitetsmidler fra Helse Nord RHF.

Tjeneste

Pasientsentrert team ivaretar i hovedsak tre funksjoner; kontakt og koordinering, tidlig vurdering og tidlig støttet utskrivning. Teamet fungerer som ett kontaktpunkt for henvendelser, uavhengig av om pasienten er hjemme eller på sykehus. Dermed kan teamet også bidra forebyggende

for pasienter med gradvis funksjonssvikt i hjemmet. To pasientkoordinatorer i teamet, en fra sykehuset og en fra kommunen, samarbeider tett om å følge opp henvisninger til teamet. Den koordineringsfunksjonen som teamet ivaretar innebærer koordinering utover organisatoriske grenser, både internt i sykehuset og mellom tjenester i kommunehelsetjenesten. Dette er en koordineringsfunksjon, som ingen annen instans ivaretar for denne pasientgruppen i dag.

Det tverrfaglige teamet bistår med tidlig vurdering og diagnostikk etter henvisning fra fastlege. Ved å følge opp pasienter ut fra sykehuset, etter en nøye planlagt utskrivning, samarbeider teamet også tett med hjemmetjenesten med tidlig støttet utskrivning og oppfølging.

Pasientsentrerte arbeidsmetoder

En forutsetning i dette prosjektet har fra start vært at pasientens rolle som aktør og ressurs når det gjelder egen helse skal være synlig, og at helsetjenestens ansvar for støtte til egenmestring skal vektlegges. Teamets arbeidsmetoder baserer seg på en

pasientsentrert tilnærming, hvilket innebærer en systematisk innhenting av pasientens personlige mål, tett dialog med involverte parter, planlegging og samkjøring av planer fra de ulike instansene som pasienten har vært i kontakt med.

Tilleggsfunksjoner

Pasientsentrert team får et unikt innblikk i de enkelte pasienters pasientforløp gjennom å følge pasienten både i hjemmet og på sykehus. Dette har medført at teamet også får god oversikt over hvor i pasientforløpene ting stadig svikter. Det er i løpet av prosjektperioden blitt en tilleggsfunksjon til teamet ikke bare å følge opp enkelt-pasienter men også å følge opp samhandlingsutfordringer på systemnivå. Prosjektet har hatt en god overordnet forankring, og teamet har hatt anledning å melde problemstillinger til ledelsen i både sykehus og de kommunale helsetjenestene. Pasientsentrert team har tatt initiativ til og bidratt i arbeidsgrupper angående for eksempel utskrivingspraksis for skrøpelige eldre med hoftebrudd, tidlig planlegging av korttidsopphold, plan- og dokumentasjon i hjemmetjenesten. Pasientsentrert team som tjeneste er også skrevet inn i enkelte diagnosespesifikke pasientforløp, som for eksempel pasientforløp for akutt hjerne-slag. Dette teamet har dermed en god forutsetning for å bistå i kvalitetsforbedringsarbeid som pågår både i sykehus og kommune.

Inklusjonskriterier

Pasienter som henvises til pasientsentrert team er enten hjemme og nylig utskrevet fra sykehus, hjemme med uavklart tilstand i gradvis forverring, i sykehjem eller i sykehus. Inklusjonskriteriene er

- Bosted Tromsø og Harstad (i prosjektperioden)
- Over 60 år, skrøpelig med sammensatt sykdomsbilde (kan også være yngre)
- To til tre diagnoser eller flere (multimorbiditet)
- En eller flere sykehusinnleggelse siste år
- Har eller har behov for tjenester fra kommunehelsetjenesten
- Geriatrike problemstillinger (subakutt)
- I risiko for å utvikle akutt sykdom

HENVISER	ANTALL (%)
Sykehus (UNN)	61 (62.2)
Fastlege	19 (19.4)
Andre kommunale instanser	18 (18.4)

TABELL 1: Henvisende instanser til pasient-sentrert helsetjenestetteam (n=98).

Hva har vi funnet ut så langt?

Tallmateriale

Vi har sett på data for de 98 første pasientene. Dette for allerede nå å prøve å se om vi går i riktig retning. Teamets arbeid inngår i et stort forskningsprosjekt, som skal pågå over flere år, og vi ønsket å gjøre enkle oppsummeringer av de 100 første registreringene, for å få en pekepinn på om det vi gjør i teamet kan utgjøre en forskjell for pasientene. De fleste pasientene ble henvist internt fra sykehuset 62 prosent, mens resten ble henvist fra instanser utenfor sykehuset (TABELL 1).

58.2 prosent av pasientene som ble henvist til teamet var kvinner. Gjennomsnittsalder var 79.9 år og omtrent halvparten av pasienten hadde flere enn fire diagnoser når de ble henvist til teamet. Foreløpige tall viser at over to tredjedeler av pasientene som ble henvist til teamet måtte ha økte kommunale tjenester og en fjerdedel av disse fikk tilbud om hverdagsrehabilitering. Vi fant også at bare 3.1 prosent av pasientene ble reinnlagt innen 30 dager. Til sammenligning var andelen pasienter over 67 år som ble reinnlagt innen 30 dager

etter utskrivning på UNN i 2013 13.1 prosent (3).

I våre egne registreringer kan det se ut til at teamet bidro til forkorting av sykehusoppholdet for ca. 15 prosent av pasientene og at man også klarte å unngå en sykehusinnleggelse for ca. 15 prosent av pasientene. Det kan også se ut til at forbruket av kommunale helsetjenester for disse pasientene, så som korttidsopphold i sykehjem og rehabiliteringsopphold, ble redusert hos ca. 20 prosent av pasientene. Disse tallene er tall som teamet selv angir etter vurdering og registrering av hver enkelt pasient, og de må sees på som foreløpige tall som ikke er validert. Prosjektet inngår i et forskningsprosjekt som skal gå over to år, og teamets arbeid skal både forskes på og evalueres, med forskningsmidler fra Helse Nord RHF.

Tallene for utskrivningsklare døgn for pasienter fra Tromsø kommune innlagt i UNN gikk jevnt og trutt nedover etter at pasientsentrert team startet sin virksomhet i januar 2015 (FIGUR 2). De 98 pasientene i den foreløpige statistikken vår er hentet fra perioden januar til mai 2015. Høsten 2015 så vi at antall utskrivningsklare døgn steg igjen, men ikke til det nivået som man så i 2014. Statistikken for november og desember 2015 har vi ennå ikke fått.

Teamets erfaringer

Positive erfaringer

Vi har gjort oss mange positive erfaringer i prosjektet, og på mange områder ser vi



klare fordeler med å jobbe i et tverrfaglig team med åpne dører mellom kommunen og sykehuset. Vi kan følge pasientforløpet i detalj både i og utenfor sykehus. Det er komplementær kompetanse i teamet hvor vi utfyller og lærer av hverandre og hvor vi også kan bidra til kompetanseoverføring både til og fra kommunens helsepersonell.

Vi har fått en unik kjennskap til de to kulturene: sykehus og kommune, og opparbeider oss et bredt kontaktnett og en fot inn i mange enheter. I vårt team er det også satt av tid til å gå grundig og helhetlig inn i pasientforløpene. Det er også en stor fordel å ha sykehusets journalsystem (DIPS) og kommunens journalsystem (Profil) i samme rom. Teamet har også en påvirkningsmulighet til ledelsen både i sykehuset og i kommunen, og vi får delta i kvalitets- og forbedringsarbeid sammen med begge partene.

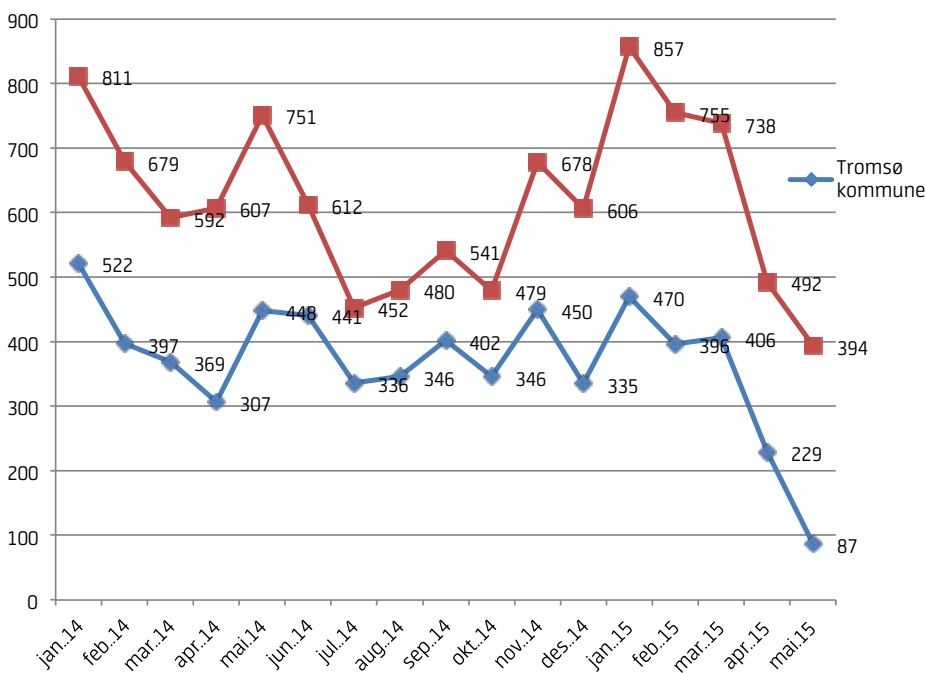
Teamet samarbeider godt med både hjemmetjenesten, fastlegene og sykehjemmene. Det ble før prosjektet startet påstått at det ville være vanskelig å få fastlegene på banen, men det har det ikke vært. Fastlegene i Tromsø kommune har både stilt opp på hjemmebesøk og i samarbeidsmøter etter ønske fra pasientsentrert team, og de henviser pasienter til oss hvis hjemmetjenesten ber om det. Det virker som om flere av fastlegene i kommunen har en praksis med å dra på hjemmebesøk til de gamle og skrøpelige pasientene, og det har vært en positiv erfaring for oss i teamet.

Negative erfaringer og forbedringspotensiale

Vi har også gjort oss noen negative erfaringer og funnet forbedringspotensialer både

FIGUR 2: Utskrivningsklare pasienter (døgn) Tromsø kommune og UNN totalt januar–mai 2015.

KILDE: [HTTPS://HELSEIDIREKTORATET.NO/STATISTIKK-OG-ANALYSE/SAMHANDLINGSSTATISTIKK](https://helsesidirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk)





Pasientsentrert helsetjenestetteam ved (f.v.) sykepleier Veronika Sørensen, ergoterapeut Elisabeth Kollnes, fysioterapeut Johanne Aasen, fysioterapeut Monika Eriksen, overlege Anne Grethe Olsen, farmasøyt Stine Haustreis, sykepleier/koordinator Birgitte Åbotsvik, sykepleier Hege Mathisen, prosjektleder Monika M. Dalbakk og sykepleier Stian Kristoffersen.

i sykehus og kommune. Vi jobber i to organisasjoner og to kulturer, som har ulikt pasientfokus og ulik kompetanse. Det er naturlig at spesialisthelsetjenesten jobber mer diagnosefokuserert mens kommunehelsetjenesten må jobbe med hele pasienten og omgivelsene, men dialog og kommunikasjon mellom behandlingsnivåene er derfor viktig og avgjørende for at pasienten skal føle seg vel ivaretatt. Denne kommunikasjonen må det kontinuerlig jobbes med både hva gjelder samarbeidsmøter, henvisninger, epikriser, dialogmeldinger og andre tekniske kommunikasjonsløsninger.

Sykehus og kommune er forskjellige hva gjelder dokumentasjon. I sykehusets journalsystem (DIPS) dokumenteres det meste, og ved gjennomgang av journalen er det lett å se hva som har foregått mens pasienten var innlagt. I kommunen ser vi det motsatte. Selv om pasientene har hjemmetjeneste flere ganger i døgnet, kan det gå dager uten at det er notert noe i journalen (Profil). Det er bekymringsfullt, da det dreier seg om alvorlig syke pasienter, som er i behov av observasjon og behandling også etter at de er kommet hjem.

Vi ser at noen pasienter ikke får god nok hjelp fordi det ikke er avklart hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er kommunehelsetjenestens ansvar. Pasientene som blir henvist til pasientsen-

trert team er ofte de skrøpelige eldre pasientene med mange diagnoser, og det er viktig at man i dialog mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten blir enige om hvem som gjør hva for pasienten. Hver pasient bør ha en behandlingsplan hvor ansvar er plassert. Mange pasienter har sik-

Pasienten i sentrum?



kert slike «planer», men de er ofte ikke skriftliggjort.

Feil i legemiddellistene er av de vanligste feilene teamet avdekker. Vi har en farmasøyt som gjør legemiddelgjennomganger og legemiddelsamstemming, ofte i samarbeid med sykepleier og lege i teamet, og hun finner feil i rundt 70 prosent av listene. Dette stemmer overens med de nasjonale tallene for feil i legemiddellister, som ligger mellom 60 og 80 prosent. Det er alvorlig og krever tiltak både i kommunen og i sykehuset. Kommunen må sikre at riktig legemiddelliste følger pasienten inn i sykehuset og sykehuset må påse at denne oppdaterte legemiddellisten kommer inn i pasientjournalen og at endringer i listen følger med når pasienten skrives ut igjen. Det er også viktig at sykehuset gir beskjed om endringer i multidoser både til apoteket og til hjemmetjenesten, hvis pasienten er i et multidosesystem.

Pasientsentrert team har ikke hatt noen organisatorisk tilhørighet til et fagmiljø i UNN eller i kommunen. Fordelen med dette er at man kan bistå alle avdelinger ute og inne, men ulempen er en følelse av å mangle fotfeste og tilholdssted. En overordnet organisering må veies opp mot fagpersonellens ønske om tilhørighet til og kontakt med eget fagmiljø og egen profesjon. Å jobbe i et team krever at hver enkelt oppdaterer seg faglig for å bidra med nødvendig kompetanse inn i teamet, og det krever tilknytning til et fagmiljø eller et faglig nettverk.

Oppsummering

Pasientsentrert helsetjenestetteam er et samarbeidsprosjekt mellom UNN og Tromsø kommune, og etter hvert Harstad kommune, om et pasientsentrert helsetjenestetilbud. Teamet jobber både i sykehus, hjemme hos pasienten og i kommunale behandlingstilbud etter henvisning fra sykehus, sykehjemslege eller fastlege. Målet er å ta godt vare på «gamle og skrøpelige» pasienter i overgangsfasene mellom sykehus og kommune og å fange opp pasienter utenfor sykehus som er i behov av raske avklaringer av sin helse-tilstand, for å slippe sykehusinnleggelse eller for å framskynde sykehusinnleggelse der dette ansees for nødvendig.

Prosjektet skal foreløpig gå over to år, og teamet har sett på de 98 første pasientene som ble henvist, for å gjøre en foreløpig oppsummering av resultater og erfaringer. Det kan se ut til at teamets arbeid har bidratt til å redusere antall utskrivningsklare døgn i UNN for Tromsø kommune, å redusere antall reinnleggelser, å forkorte sykehusoppholdene og å forkorte oppholdene i kommunale korttidsplasser for pasientene i målgruppen. Teamet har også gjort seg mange positive og negative erfaringer, som allerede nå kan brukes til å planlegge og forbedre tjenester for eldre pasienter med flere diagnoser, og som kan brukes til å planlegge hvordan man organiserer helsetjenester i behandlingsteam. Både Nasjonal helse- og sykehusplan (4) og Primærhelsetjenestemeldingen (5) omtaler teamorganisering av helsetjenestetilbud, og pasientsentrert helsetjenestetteam har kommet dette i møte.

REFERANSER:

1. Høyem A., Gammon D., Berntsen G. Person-centered coordination in hospitals: A review at the crossroads of research and policy, *International journal of integrated care*, 2015, volume 15
2. Opdragsdokument fra Helse Nord RHF til helseforetakene 2013
3. https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=sannsynlighet_for_reinnleggelse_av_eldre
4. Meld.St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
5. Meld.St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

■ MONIKA.MARIE.DALBAKK@UNN.NO
■ ANGR-OLS@ONLINE.NO
■ TRINE.BERGMO@TELEMED.NO

Huttiheita

■ ALEXANDER WAHL • Redaktør primærhelse Helsebiblioteket.no

Turnustiden spredte oss for alle vinder. De fleste hadde aldri vært der før – vi skulle til Huttiheita og lo over hvert fjerne navn vi kom over. Så ankom vi da, åpne og sårbare. Vi måtte tilpasse oss og bearbeide følelsene rundt sykdom, død og stress så godt vi kunne. For av og til var det skikkelig stress. Ensomt stress. Men så hadde vi også fritid. Fritid frikoblet fra samfunn, venner og familie. Så vi fant hverandre. Vi klynget oss sammen med de andre tilflyttede unge legene og kjærestene – og dro på tur.

Turen gikk til Talstadhesten i april. Og Hesten måtte bestiges med ski spent uten på sekken i et bratt sildrende terreng, med svett panne og et bankende hjerte. Pernille og Christian hadde en engelsk setter med seg. Stegg het han. Det var speideren vår, opp mot vinden med vibrerende nesevingespill, sitrende i profil med lett flagring i ørene. Stegg strøk fordi leggen min på smale stier og jeg kunne flyktig stryke den silkeglatte pelsen før han var forbi. Oppover gikk det, helt til vi kom opp på Sadelen-et platå med en såle av vinter gammel snø. Nå var det skitid, nå lå det foran oss en hvit flate mot blå himmel. Vi satte avtrykk i snøen, vi var på jomfruelig grunn og Stegg hadde nytt land å forske ut. På kryss og tvers hadde han los mot molekyler i vinden og han, som oss, trakk stadig ut mot utsikten, og travet av gårde mot kanten, mot kanten av en stor overhengende snøskavl – på kanten av kanten. Så sto han der i profil og var konge på haugen med femhundre frie høydemeter under sine friske poter. Vi holdt pusten, turte ikke rope av

frykt for at lydbølgene kunne utløse snøras. Han var et fantastisk syn, men likevel var dette for dumt, for tragisk, for idiotisk at dette kjøtt hue av en hund ikke hadde forstand på enkle fjellvettregler. Christian trakk forsiktig nærmere og kalte på han, innsmigrende, igjen og igjen. Tiden utvidet seg til en evighet. Stegg var sta, den var fri, den hadde hele verden under seg. Til slutt hadde den drukket nok fjelluft og ble fanget inn med et velsignet bånd.

Ennå hadde vi noen klyv igjen før vi endelig kunne stå på toppunktet, løfte armene over hodet og se ut over havet og peile inn sju prestegjeld. For det er slik når man kommer frem etter et langt slit: Man kan løfte armene over hodet – over at man har nådd toppen, at man har klart alle eksamener og alle prøvelser og passert alle snublesteiner, at man fungerer som en del av samfunnet, at man er verdsatt arbeidskraft, nesten omfavnet. Og det er da med brusert i blodet boblende på topp at noe helt enestående hender – for vi er sju sjeler på tur som uventet får besøk av sju glidende havørn. De kommer nedenfra, vi ser på dem ovenfra. De ligger på linje i formasjon og spiller kun med vinden med styrefjærene som fallskjerm og ror. Det er ettårs gamle unggørner som binder den forrevne kysten sammen til ett ørnerike. Et sus og et blunk senere seiler de rett over hodene våre, nesten som om vi kan kaste oss på for å seile med dem. Så hva skulle vi si til hverandre etter dette?

Takk og pris for turnustjeneste og Huttiheita.

