

# Årsrapport Prosjekt Pasientsentrert helsetjenestetteam 2016

20.02.2017

v/ Monika Dalbakk, Lisbeth Spansvoll og Gro Berntsen

---

## 1. Sammendrag

Denne rapporten presenterer erfaringer fra prosjekt Pasientsentrert helsetjenestetteam (PSHT) etter drøyt to års pilotering. Rapporten omfatter erfaringer både fra utviklingen av de enkelte teamene i Tromsø og Harstad og fra teamenes samarbeid med helsetjenesten for øvrig for aktuell pasientgruppe; eldre med sammensatte og kroniske sykdommer.

Forskning som evaluerer effektene av PSHT pågår, og i løpet av kort tid vil første forskningsanalyser offentliggjøres. Disse vil bli presentert i egne artikler ved leder av forskningsgruppen, Gro Berntsen og helsetjenesteforsker Trine Bergmo, og er dermed ikke del av denne rapporten.

PSHTs styringsgruppe har utfordret prosjektledelsen i PSHT til å komme med konkrete anbefalinger om videre utvikling og styrking av helsetjenesten for pasienter med sammensatte sykdommer og helsetjenestebehov, ut erfaringer og forskningsresultater i prosjektet PSHT. Her oppsummeres forslagene i punktform og begrunnes videre i årsrapporten. Prosjektet anbefaler ledelsen i UNN og kommunene å:

1. Samarbeide om etablering av tverrfaglige, pasientsentrerte helsetjenestetteam i alle tre lokalsykehus og DMS-ene i Midt-Troms og Nord-Troms.
2. Implementere pasientsentrerte arbeidsmetoder i alle ledd av helsetjenesten som ivaretar helsetjenester til pasienter med sammensatte sykdommer.
3. Sette etablerte og nyetablerte koordinatorfunksjoner i stand til å koordinere på individnivå, også over organisatoriske grenser. Dette innbefatter også etablering av en felles, helhetlig oppfølgingsplan.
4. Identifisere pasienter i risiko for rask utvikling av sykdom og funksjonssvikt, det vil si pasienter som har behov for helhetlig oppfølging og koordinering av helsetjenester. De som har behov tildeles en koordinator.
5. Samarbeide om styrking av observasjonskompetansen blant ansatte som arbeider med pasienter med sammensatte, kroniske sykdommer.
6. Tydeliggjøre anbefalinger for videre oppfølging og observasjoner etter utskrivelse/poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten.

## 2. Bakgrunn

Prosjektet Pasientsentrert helsetjenestetteam startet opp i oktober 2013. UNN, Tromsø kommune og Harstad kommune etablerte tverrfaglige team på tvers av sykehus og kommune, med plan om gradvis utvidelse til flere kommuner etter gjennomførte pilotprosjekter. Teamene består av ansatte både fra sykehus og kommune, og arbeider sammen som en felles enhet. Formålet med prosjektet er

å styrke helsetjenesten for eldre med sammensatte og kroniske sykdommer, spesielt i overgangene mellom sykehus og kommune. Pasientene blir fulgt opp av teamene i sine hjem, kommunale institusjoner og i sykehus. Teamet arbeider ut fra en pasientsentrert, helhetlig og proaktiv tilnærming, og koordinerer helsetjenestene på tvers av organisasjonene, gjør tidlig vurdering og tidlig støttet utskrivning. Teamene i Tromsø og Harstad har pilotert i drøyt to, respektive et år. Prosjektet utvides nå til en ny pilot; Pasientsentrert team på distanse i Balsfjord kommune. Ytterligere utvidelse av prosjektet er under planlegging.

### 3. Utfordringsbilde

Pasientsentrert team har i pilotperioden erfart at koordinering av helsetjenestene til pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer ikke fungerer tilfredsstillende i dagens helsetjeneste. Det er PSHTs oppfatning at hverken primærkontakter, fastleger, saksbehandlere i tildelingskontor eller ansatte i sykehus gis mulighet til å ivareta en så helhetlig koordinering eller rask igangsetting av oppfølgingstiltak som denne pasientgruppen har behov for. Disse pasientene prioriteres heller ikke pr. i dag når det gjelder etablerte koordineringsordninger som koordinator i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten, individuell plan eller kontaktlege i sykehus. PSHT har her fått en betydelig rolle og koordineringsoppgave, spesielt når det gjelder pasienter som har hyppig og stort behov for helsetjenester både fra sykehus og kommune.

Denne pasientgruppen trenger rask avklaring av sin situasjon, tidlig oppstart av behandling og kompetent oppfølging i etterkant, for å unngå ytterligere funksjonssvikt og utvikling av sykdom. Erfaringene tilsier at det ofte tar for lang tid å få nødvendige tiltak igangsatt i pasientens hjem, for eksempel etter et sykehusopphold. Fravær av primærkontakter kan føre til forsinkelser og ansvarsfraskrivelse med konsekvens at pasienten raskt får behov for ny sykehusinnleggelse.

Utskrivingspraksis fra sykehuset varierer stort blant sengepostene i UNN. PSHT erfarer altfor ofte at utskrivinger planlegges for dårlig, og kommunene som skal overta oppfølgingen av helsetjenesten kommer for sent på banen. Flere pasienter gir uttrykk for mangel på informasjon i forbindelse med hjemreise, og sykehusets anbefalinger til neste helsetjenesteledd (fastlege, hjemmetjeneste, rehabilitering etc.) er for lite konkrete når det gjelder hvilken behandling som skal videreføres, observasjoner som bør gjøres og hvilke oppfølgingstiltak som anbefales etter sykehusopphold.

PSHT erfarer at det å få til et godt samarbeid på tvers av organisasjoner for å sikre gode og trygge pasientforløp for enkeltpasienter, ofte er personavhengig. Kulturen i de forskjellige enhetene har innvirkning og påvirker hva de involverte partene sammen kan oppnå. Noen personalgrupper har tilsynelatende en mer løsningsfokustert kultur enn andre. Dette gjenspeiler seg både i samhandling vedrørende pasienter, og i hvor snart enhetene er klar til å overta oppfølgingen av pasienten når PSHT trekker seg ut. Når PSHT møter helsepersonell som viser interesse, tar ansvar, ser nytten av å arbeide pasientsentrert og ser verdien av en planlagt og målrettet helsetjeneste, blir pasientforløpet ofte helhetlig og godt ivaretatt.

### 4. Aktive ingredienser i PSHT

PSHT tar først og fremst utgangspunkt i hva som er viktig for pasienten. I neste omgang får teamet fram hva som er realistiske, hensiktsmessige og nødvendige tiltak som kan bidra til at pasienten nærmere når sine mål. Teamet spør pasienten og pårørende. Pasientens målsettinger blir synliggjort, dokumentert og fulgt opp. Teamet går igjennom tilgjengelig dokumentasjon i journalsystemene både i sykehus (DIPS) og kommune (Profil). Etter bare få møter med pasienten, med de rette spørsmålene

og det rette fokuset skaffer teamet seg raskt et helhetlig bilde av situasjonen. At teamet representerer både sykehus og kommune, men likevel fungerer som et felles team, bidrar til å holde fokus på hva som er viktig for pasienten. Teamets vurderinger og arbeidsmetode verken styres eller begrenses av rigide rammer og etablert praksis i helsetjenesten i dag. Forhold som kan utgjøre en direkte risiko for denne pasientgruppen (saksbehandlingstid, vedtakspraksis, ventelister, prioriteringer etc.). Teamet agerer raskt, arbeider proaktivt og helhetlig uansett hvor pasienten befinner seg i systemet.

Pasientsentrert team spiller på sin tverrfaglighet, brede erfaring og tilhørighet både i sykehus og kommune. Med faglig tyngde gjør teamet grundige vurderinger som gir bred aksept i systemet for øvrig, selv om teamet ikke har noen myndighet overfor samarbeidspartnere.

Resultater oppnås gjennom godt tverrfaglig og tverretatlig arbeid med pasientens målsettinger som utgangspunkt, og gjennom en tett og likeverdig dialog med alle involverte parter. «Sammen får vi det til!»

### Pasientsikkerhet og koordinering

PSHT erfarer at primærkontakter i kommunehelsetjenesten har en avgjørende funksjon for denne pasientgruppen da de kjenner pasienten godt og har gode muligheter for å få til trygg, helhetlig oppfølging av pasienten. Dette forutsatt at primærkontakten får frigjort tid til å koordinere og samhandle med øvrig involvert helsepersonell.

PSHT utfører koordinering på individnivå, noe som inkluderer å få øvrige parter til å samarbeide, evt. møtes ved behov. Pasientsentrert team følger pasienten tett gjennom hele sykdomsforløpet, fra hjemmet til sykehus og tilbake til hjemmet. Man kartlegger, planlegger, behandler, observerer og setter i gang tiltak raskt. Dette i tett samarbeid med ordinær helsetjeneste. Risikoområder og uønskede hendelser avdekkes og PSHT er dermed med på å sikre nødvendig og riktig helsetjeneste. Teamet er også pådrivere for at oppfølgings tiltak man er blitt enige om, faktisk blir satt i gang og blir fulgt opp videre.

Alle eldre trenger ikke oppfølging av pasientsentrerte, tverrfaglige team. Men eldre med sammensatt problematikk, flere diagnoser og hyppige sykehusinnleggelse er i risiko for rask utvikling av sykdom og funksjonssvikt. Disse trenger et tverrfaglig helsetjenestetilbud som er godt koordinert. Det er behov for at flere enn PSHT arbeider proaktivt, helhetlig og pasientsentrert hvis full effekt skal kunne oppnås.

### Risikoområder og svikt i dagens helsetjeneste for pasienter med sammensatt helsetjenestebehov

Gjennom to års pilotering har PSHT avdekket flere uønskede hendelser, mangler i systemet og avvik gjennom pasienters sykdomsforløp. Hvis tidlig nok avdekket har PSHT kunnet bidra til å avverge at avvik har oppstått. PSHT har erfart følgende risikoområder og svikt i helsetjenesten hyppig:

- Mangelfull informasjonsoverføring mellom sykehus og kommunehelsetjenesten
- Manglende kontinuitet i daglig oppfølging i hjemmet
- Tynn fagdekning. Mange ufaglærte i tjenesten gir behov for detaljerte oppfølgingsplaner
- Manglende samsvar mellom vedtak og de helsetjenester pasienten får
- Helsepersonell som er «vedtaksstyrt» og gjør for få egne skjønnsmessige vurderinger
- Mangelfull dokumentasjon – enten manglende eller begrenset til dokumentasjon på det som er utført – ikke vurderinger/endringer i pasientens funksjonsnivå

- Feil i medisinerlister ved overflyttinger til/fra sykehus
- Manglende helhetsoversikt ved sammensatte utfordringer, både i sykehus og kommune

## 5. Pilotering av team - Tromsø og Harstad

Teamdeltakerne både i Tromsø og Harstad opplever at teamene bidrar etter intensjonene i prosjektet. Det vil si PSHT bidrar til en mer pasientsentrert, helhetlig, og proaktiv helsetjeneste til pasienter som blir henvist til teamet. PSHT er med på å trygge overgangen fra sykehus til pasientens hjem gjennom å sikre riktig informasjon, gode oppfølgingsplaner og igangsetting av oppfølgingstiltak etter utskrivelse. Effekter av PSHT oppnås gjennom at teamet samarbeider tett med pasient, pårørende og eksisterende helsetjeneste, og dermed bidrar til å forebygge funksjonssvikt hos enkeltpasienter, redusere risikoen for re-innleggelser og bidrar til at pasienter kan bli boende lengre i eget hjem.

PSHT bidrar til å avklare og trygge omsorgssituasjoner der pårørende har et særlig tyngende omsorgsansvar. Teamet bidrar også til økt livskvalitet i pasientens siste fase av livet. Når oppfølgingsplaner følges, trygges også helsepersonell og kontinuiteten i behandlingen kan ivaretas. Teamene erfarer at langtidsoppfølgingen av pasientene til tider svikter. Dersom effekten av PSHT skal vedvare over tid er det behov for enten å utvide oppfølgingstiden fra PSHT eller å tilpasse ordinær helsetjeneste slik at helhetlig oppfølging over tid ivaretas.

### 5.1 Pasientsentrert team Tromsø

I Tromsø startet piloteringen av teamet i oktober 2014, med et fulltallig team fra januar 2015. PSHT Tromsø anses nå forholdsvis godt implementert som del av ordinær helsetjeneste i både UNN og Tromsø kommune. Fortsatt får teamet flest henvisninger fra sengepostene i UNN, men henvisninger fra fastleger og hjemmetjeneste er økende. Teamet har etablert godt samarbeid med de fleste enheter og sengeposter. Helt fra oppstart har teamet fått gode tilbakemeldinger både fra pasienter og pårørende og får nå stadig også anerkjennelse fra kollegaer både i sykehus og kommune for arbeidet teamet gjør for den enkelte pasient.

#### Statistikk PSHT Tromsø

PSHT Tromsø: henvisninger			
	2016	2015	2014
Antall henvisninger	382**	304*	17
Alder (gj.snitt)	77 år	78 år	79 år
Andel menn/kvinner	44/56%	23/77%	58/42%
Antall kroniske diagnoser (gj.snitt)	Hentes ut i forskn.data	3,5	3,6
Antall innleggelser siste år	2,2	1,8	1,4

\*2015: 18 pasienter henvist to ganger

\*\*2016: 27 pasienter henvist to ganger. 3 pasienter henvist 3 ganger

PSHT Tromsø 2016: henvisninger fra			
Kommunehelsetjenesten	Antall	Sykehus	Antall

Fastlege	25	Ortopedisk	66
Sykehjem	16	Geriatrisk	54
Hjemmetjenesten	14	Nevro/Hud/Reuma	34
Seminaret	11	Lungemedisin	27
Tildelingskontoret	8	Gastro/Nyre	19
Heracleum	3	Infeksjon	17
Mellomveien	1	Kreft	16
Dagrehabiliteringen	1	Nevrokir.	11
KAD	1	Hjertemed	10
Pasienten selv	2	Urologisk	9
Pårørende	2	Gastrokir	8
Ikke registrert	5	Hjertekar kir	7
		Hematologen	5
		Geriatrisk poliklinikk	3
		Obspost	1
		Områdegeriatrisk Midt-Troms	1
		Ikke registrert*	5
<b>Totalt</b>	<b>89</b>		<b>293</b>
% av totalt 382 henvisninger	23%		77%

\*manuell registrering

### Erfaringer PSHT Tromsø

PSHT erfarer store variasjoner i UNN Tromsø når det gjelder sengepostenes utskrivingspraksis og i hvor stor grad man involverer eller tar kontakt med kommunehelsetjenesten før utskrivelse. Det er også variasjoner i kommunehelsetjenesten når det gjelder hvor tett og raskt enhetene kan følge opp og overta ansvaret for langtidsoppfølgingen som PSHT har vært med og satt i gang. Dette får konsekvenser for hvor snart PSHT kan «gi slipp» og få overført oppfølgingen til neste ledd i helsetjenesten, for at PSHT skal kunne bistå flere pasienter.

I 2016 har det vært en økning i antall henvisninger fra fastlegene til PSHT Tromsø. Dette skyldes blant annet flere informasjonsrunder til legekantorene om PSHT, og en utvidet ambulerende virksomhet av teamets lege. Dialogen mellom PSHT-lege og fastlegene er intensivert, gjennom telefonkontakt og dialogmeldinger, sendt mellom kommunens EPJ (Profil) og fastlegen. Det har også forekommet at teamlegen og pasientens fastlege har avtalt hjemmebesøk hos pasienten samtidig.

Samarbeid er nå også etablert mellom PSHT lege og KAD-lege. Her ser vi et stort utviklingspotensial når det gjelder samarbeid mellom enhetene, noe som vil bli videreutviklet i 2017. PSHT Tromsø har også en rolle når det gjelder Diagnostisk KAD-sløyfe i samarbeid med KAD, akuttinntak og fastlege/legevakt (arbeidsgruppe pågår).

### 5.2 Pasientsentrert team Harstad

For PSHT Harstad har det tatt lang tid å komme i drift som tverretattlig team. Teamets første år har vært preget av avklaring og stabilisering av personellressurser, hovedsakelig fra kommunen, men også fra UNN.

## Statistikk PSHT Harstad

PSHT Harstad: henviste pasienter*		
	2016	2015 (oppstart 01.09.2015)
Antall henvisninger	99	17
Alder (gj.snitt)	77,3 Herav 9 under 60 år	80,5 år
Andel menn/kvinner	45/54%	53/47%
Antall sykehusinnleggelser siste år (gj.snitt)	3,23	1

\*hentet fra teamets egenregistrering

\*\*Alle henviste pasienter har minst to kroniske sykdommer.

PSHT Harstad 2016: henvisninger fra			
Kommunehelsetjenesten	Antall	Sykehus	Antall
Fastlege	9	Med A	33
Helsehuset	1	Med B	22
		Kir A	7
		Kir ORTO	21
		Rehab	2
		Alderspsyk.	1
		Ger.pol.	1
		Dialysen	1
		Palliasjon	1

### Erfaringer fra Harstadteamet

PSHT Harstad er lite og erfarte tidlig at mange deltidstillinger påvirker oversikt og kontinuitet i pasientforløp. Noen av teamets UNN-stillinger er derfor slått sammen. Legeressurs i PSHT er endret slik at overlege på medisinsk avdeling er medisinsk ansvarlig for PSHT, samt at behandlingsansvarlig lege i UNN følger pasientforløpet gjennom PSHT for pasienter henvist fra UNN. For hjemmeboende pasienter aktiveres fastlege. Det er begrenset antall henvisninger fra kommunen, men i noen få forløp har det lyktes å få fastlege med på både samarbeidsmøte og hjemmebesøk.

For Harstad kommune har det vært ønskelig at PSHT skulle være tett integrert i ordinær tjeneste, for å sikre forankring etter prosjektperioden. Kommunal koordinatorressurs (50%) ble derfor fordelt på tre assisterende ledere i hver sin sone, noe som viste seg ikke fungere godt i praksis. Dette har bedret seg etter at teamet fikk 100% kommunal tilstedereassurs. Nært samarbeid med hjemmetjenesten for å fange opp fallende helsetilstand hos pasientene og koble på PSHT tidlig er ønskelig. Spesielt proaktiv er det mulig å være der hvor pasienter fra før har hjemmesykepleie flere ganger i uka, men likevel gjentatte sykehusinnleggelser.

Antall henvisninger fra medisinske avdelinger i sykehuset som PSHT-Harstad samarbeider tett med, øker. Dette kan ha sammenheng med at teamets lege er overlege for medisinsk avdeling og har fokus på aktuelle pasienter for teamet i dialog med øvrige leger i avdelingen. En ser variasjoner i utskrivingspraksis, og en gjentakende utfordring for pasient og hjemmetjeneste er avklaringer knyttet til oppdatert medikamentliste ved utskrivning fra sykehus. En ser også utfordringer knyttet til stramme tidsrammer i meldingsflyt mellom kommune og sykehus, noe som bidrar til knapp tid for

PSHT til å agere ved for eksempel støttet utskriving, Når primærkontakt er på plass i kommunen erfarer teamet at overføringene går greiest. Hvis det tar tid å få dette avklart, tar også overføring av pasienten lengre tid. For sårbare og marginale pasienter er tilgjengelig primærkontakt svært viktig.

Teamet i Harstad avslutter oppfølging med et enhetlig sluttnotat, en tverrfaglig epikrise, for å sikre overføring og oppfølging av pasienten etter at PSHT trekker seg ut.

Teamets lege er disponibel for hjemmebesøk. Dialog mellom leger i UNN og hjemmeboende pasienter med tjenester fra PSHT, foregår hovedsakelig via telefon, videokonferanse og i epikriser.

### 5.3 Gjør teamene de rette tingene?

Teamene vurderer selv at den måten de arbeider på er viktig for denne pasientgruppen. Det vurderes også riktig at teamet av og til går inn og gjør oppgaver som andre burde ha gjort (men av forskjellige grunner ikke gjør), så lenge ting kommer på plass, og blir fulgt opp av ordinær tjeneste etterpå. Teamet får fortsatt ikke henvist alle aktuelle pasienter til PSHT. Likevel er man nå kommet til et punkt der PSHT, av kapasitetshensyn, må prioritere hvem teamet kan følge opp. Kapasiteten i PSHT henger tett sammen med hvor raskt ordinær helsetjeneste overtar videre oppfølging og hvor snart PSHT kan avslutte sin oppfølging. Erfaringene tilsier at dette ofte tar mye lengre tid enn forventet.

Teamene ser at arbeidet som gjøres av PSHT utgjør en forskjell for pasientene. Noen ganger kommer teamet inn på ansvarsområder som er under press i ordinær helsetjeneste og hvor pasientene strever med å bli hørt. En tverrfaglig vurdering fra PSHT kan bidra til å sikre tjenester til pasientene. Det viktigste for pasientene er at ting kommer på plass og blir fulgt opp av ordinær tjeneste. Det erfares til tider et gap mellom hva pasientene tildeles av tjenester, og hvilke tjenester som av ulike grunner blir mottatt av pasienten i hjemmet, både når det gjelder omfang og kompetanse. PSHT har ved noen anledninger gått inn og sikret dialog om pasienter som har falt mellom ulike behandlings- og ansvarsnivå. Spesielt sårbare blir pasienter som har rus- og psykiatriske lidelser i tillegg til somatisk sykdom.

### 5.4 Utvikling videre – pasientsentrerte helsetjenester

Det gjenstår fortsatt et stykke implementeringsarbeid for begge PSHT teamene, både i sykehus og kommunehelsetjeneste før PSHT fullt ut kan anses som fast del av ordinær helsetjeneste. PSHT erfarer at jevnlig kontakt og erfaringsutveksling mellom parter som samhandler hyppig bidrar til å opprettholde et godt samarbeidsklima og bygger nettverk mellom partene.

PSHT ser store muligheter når det gjelder den gjensidige læringseffekten det tette samarbeidet PSHT og hjemmetjenesten har, når pasienter overføres mellom enheter. For eksempel er fysioterapeutene i PSHT hyppig på hjemmebesøk hos nyopererte pasienter, gjerne sammen med pårørende og hjemmetjenesten. Her kan veiledning av både øvelser og utarbeidelse av oppfølgingsplan foregå i samarbeid, direkte i pasientens hjem. Her er også teamets bindeledd til sykehuset av stor betydning.

PSHT ser behov for at ordinær helsetjeneste kommer rasket på banen for å følge opp oppstartet behandling og rehabilitering, særlig etter et sykehusopphold. PSHT skal styrke ordinær helsetjeneste og sikre oppstart av helsetjenester etter utskriving, men teamet er nå ikke dimensjonert for å følge opp pasienter over lengre tid.

UNN bør bli tydeligere overfor kommunehelsetjenesten hvilken behandling, hvilke observasjoner og hvilke oppfølgingstiltak kommunehelsetjenesten bør følge opp i etterkant av et sykehusopphold.

## 6. Pasientsentrert team på distanse. Balsfjord og øvrige kommuner

Etter oppstartmøter, informasjonsmøter med ulike fagmiljøer og felles workshops mellom Balsfjord kommune, UNN og Tromsø kommune, ble samarbeid etablert mellom partene, og samarbeidsavtale om Pasientsentrerte helsetjenester – pilot Balsfjord, kunne signeres ved årets slutt. Samarbeidet om pasienter fra Balsfjord kommune starter opp på nyåret.

I løpet av 2016 ble det også holdt flere, innledende møter med Karlsøy kommune, Lenvik kommune og DMS Midt-Troms. Hensiktene med møtene var å forankre prosjektidéen og klarlegge forberedelser for lokale piloter, både faglig og finansielt. Kontakten mellom partene bremses opp på slutten av året, da man ventet på avklaring vedrørende ressurser både fra UNN og i de enkelte kommunene. Dialogen tas opp igjen på nyåret.

## 7. Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang i PSHT

En kjent risiko for pasienten er feil i medisinlister, eller at medisinlistene ikke stemmer overens. For hjemmetjenesten bidrar det også til betydelig merarbeid når pasienten kommer hjem med ny medisinliste uten nødvendige resepter og medisiner, med påfølgende merarbeid for sykehuset for avklaring i etterkant av innleggelse. I dette ligger også en risiko for at pasienten må legges inn igjen på sykehus som følge av feil medisinerings.

### 7.1. PSHT Harstad

Teamet i Harstad har 30 % farmasøytressurs, og i 2016 har 32 (ca 30%) PSHT-pasienter fått farmasøytisk tilsyn. Farmasøyttoppgavene har i hovedsak vært å gjøre legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomganger og ha legemiddelsamtaler. I tillegg har farmasøyt svart på legemiddelrelaterte spørsmål fra teamet, samt spørsmål rundt resepter og refusjon. Det har også vært behov for hjelpemidler i forbindelse med legemiddelbruk (eks. dråpestøtter og spesialdosetter).

Uoverensstemmelser i legemiddellistene oppdaget ved legemiddelsamstemming har blitt tatt opp med ansvarlig lege på aktuelt omsorgsnivå eller hjemmetjenesten. Legemiddelrelaterte problemer som ble avdekket ved legemiddelgjennomgang har blitt diskutert med ansvarlig lege på sykehus eller fastlege. Farmasøyt opplever at legene er positive til farmasøytarbeidet. Hos noen pasienter har man tenkt at det kunne være nyttig med en legemiddelsamtale med farmasøyt. Farmasøyt har da dratt på hjemmebesøk, enten alene, sammen med andre teammedlemmer eller primærkontakten til pasienten. Påfølgende har i noen tilfeller vært tilstede under disse samtalene. Det erfarer at pasientene som har hatt samtale med farmasøyt har vært takknemlige og syntes det var nyttig. Noen har også takket nei til tilbudet.

I forhold til undervisning har det innenfor dagens farmasøytressurs vært prioritert til internt i teamet, samt til pasienter. Rolle knyttet til undervisning til hjemmetjeneste/kommune krever tilføring av mer farmasøytressurs. Eventuelt at undervisningsbehov viderefremmes til apoteket som Harstad kommune har avtale om tilsyn og rådgivning med.

### 7.2 PSHT Tromsø

Teamet i Tromsø har 50 % farmasøytressurs. Dagens farmasøytressurs rekker ca. over 40 % av pasientene. I 2016 har 148 av 364 pasienter i PSHT fått farmasøytisk tilsyn. Dette innebærer legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomganger og legemiddelsamtaler. I de fleste tilfellene har dette blitt utført på sykehuset. For pasienter som ikke befinner seg på sykehuset har hjemmebesøk



vært nødvendig. Farmasøyt har da dratt på hjemmebesøk, enten alene eller sammen med andre teammedlemmer, for å utføre en fullstendig legemiddelsamstemming. Det har også vært pasienter henvist til teamet der henvisende lege har spesifikt bedt om en legemiddelsamtale og legemiddelgjennomgang. I tillegg til disse oppgavene har farmasøyten i PSHT Tromsø også blitt inkludert i et fagnettverk om legemidler i kommunen. Dette fagnettverket skal bidra til fokus på legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang i kommunen.

### 7.2.1 Legemiddelsamstemming

I 2016 ble det utført legemiddelsamstemming for 148 pasienter i PSHT Tromsø. Av disse hadde 66 pasienter uoverensstemmelser i deres medisinliste, altså 45 %. Totalt ble det avdekket 177 uoverensstemmelser, gjennomsnittlig 1,7 uoverensstemmelser per pasient. I de fleste tilfellene gjaldt dette pasienter som var innlagt på sykehuset. Det var også tilfeller der medisinlisten hos pasienter med hjelp av hjemmetjenesten eller bor på sykehjem ikke har samsvart med hva pasienten faktisk bruker. I tillegg ble det også avdekket at medisinlisten hos hjemmetjenesten ikke samsvarte med hva fastlegen hadde ordinert.

I tabellen nedenfor er det listet opp type og antall uoverensstemmelser som ble avdekket under legemiddelsamstemming.

#### Type uoverensstemmelser ved legemiddelsamstemming:

Type uoverensstemmelser	Antall
1. Pasient bruker ikke legemiddel lenger	37
2. Pasient bruker et legemiddel i tillegg (fast)	43
3. Pasient bruker et legemiddel i tillegg (behov)	42
4. Pasient bruker et legemiddel i tillegg (kur)	0
5. Pasient bruker en annen styrke	8
6. Pasient bruker en annen adm.form	5
7. Pasient bruker en annen dosering	33
8. Pasient tar legemiddel til et annet tidspunkt	6
9. Annet legemiddel angitt på kurve	3

De fleste uoverensstemmelsene omfattet hovedsakelig om at pasienten brukte et annet legemiddel fast og ved behov i tillegg til det som ble oppgitt.

### 7.2.2 Legemiddelgjennomgang

I løpet av 2016 ble det utført legemiddelgjennomgang for 148 pasienter i PSHT Tromsø. Av disse ble det avdekket legemiddelrelaterte problemer (LRP) hos 117 av pasientene, altså 79%. Totalt ble det avdekket 381 legemiddelrelaterte problemer (LRP), gjennomsnittlig 2,6 LRP per pasient. LRPene ble tatt opp med enten behandlende lege, fastlegen eller sykehjemslegen. I de tilfellene der teamets egen lege var involvert i pasientens behandling, ble disse LRP tatt opp med vedkommende.

I tabellen nedenfor er det listet opp antall LRP som har blitt avdekket og klassifisering av disse.

#### Klassifisering av legemiddelrelaterte problemer (LRP):

LRP	Antall
1. Behov for tillegg av legemiddel	56
2. Unødvendig legemiddel	26

3. Uhensiktsmessig legemiddel	45
4. For høy dose	26
5. For lav dose	7
6. Ikke optimal dose	11
7. Ikke optimal formulering	9
8. Bivirkning	25
9. Interaksjon	94
10. Avvikende legemiddelbruk adm. helsepersonell	6
11. Avvikende legemiddelbruk adm. pasient	29
12. Manglende monitorering av effekt/toksisitet	39
13. Mangelfull føring av kurve/resept	1
14. Annet	7

De fleste legemiddelrelaterte problemer gjaldt interaksjoner og behov for tillegg av legemidler.

## 8. Forskning

Det er etablert en forskningsgruppe der deltakere fra begge teamene er representert. Forskningsgruppen ledes av Gro Berntsen.

Det er to forskningsstudier knyttet til PSHT: Effekt-evaluering av PACT (del 1 og 2), samt 3P – Pasienter og profesjonelle i partnerskap, som er en kvalitativ studie som ser på «mekanismer for bedre tjenester».

### 8.1 PACT – I og II - Effekt-evaluering

På et overordnet nivå testes hypotesen om at PSHT modellen kan bidra til trippelmålet: Bedre helseresultater, bedre pasient-erfaringer og bedret kost-nytte. Trippelmålet er operasjonalisert slik i studien:

- Helse: Det forventes at PSHT-modellen gir en stabil helsesituasjon med redusert behov for øyeblikkelig hjelp, spesielt på dyreste omsorgsnivå (primært endepunkt), og økt bruk av planlagt helsehjelp, spesielt på laveste omsorgsnivå. Dataene hentes ut fra ut fra den elektroniske pasient journal (EPJ). Videre forventer vi en bedring i pasient-rapportert helse-relatert livskvalitet, og uendret risiko for død.
- Pasienterfaringer: PSHT bidrar til høyere måloppnåelse for pasient-definerte helse-problem. Endring i egen-rapportert helse-relatert livskvalitet.
- Helseøkonomisk evaluering: Det skal gjøres en kostnad-effektanalyse av PSHT. Helsetjenestekostnader og kvalitetsjusterte leveår blir analysert i et før/etter design og sammenlignet med matchede kontroller. Alle endringer i ressursbruk både på UNN og i kommunen vil inngå i analysen.

### Studiedesign

Dette er en ikke-randomisert, matchet kontrollert studie. Alle pasienter som inkluderes i PSHT i Tromsø og Harstad matches med en kontroll som har hatt en øyeblikkelig hjelp innleggelse i UNN, vha av en «Propensity skåre» (PS). PS er basert på 17 forskjellige «Matching-variable» registrert i EPJ

som reflekterer: Alder/ kjønn, morbiditet og helsetjenesteforbruk i året før inklusjon i studien. PS beregnes for både intervensjons og kontroll pasienter og gir sannsynligheten for at en gitt person er en intervensjonspasient ut fra det man vet om pasienten gjennom «matching variablene». Intervensjonspasient og kontroller velges slik at de har omtrent samme PS.

## Datfangst

- Uttrekk fra journalen: I 2016 er det etablert et fleksibelt og repeterbart uttrekk, i tråd med tillatelser gitt av Regional Etisk komite (REK) og Personvernombudet ved UNN, (PVO), av de relevante data fra EPJ vha SNOW-systemet. SNOW systemet åpner for gjenbruk av kvalitetssikret datauttrekk.
- Datfangst fra pasientene: Informasjons- samtykke og datfangstskjema er på plass. Det er etablert rutiner for datfangst som ivaretar krav fra studien, personvernombudet og etiske retningslinjer. Start av pasientrekruttering sommeren 2016. Forskningsteamet har møtt på betydelige utfordringer, idet denne pasientgruppen har høy morbiditet ofte i kombinasjon med kognitiv svikt, noe som gir en meget krevende datfangstsituasjon for både forskningspersonell og pasient. Prosjektledelsen søker nå å styrke dette arbeidet ved å identifisere mer ressurser.

## 8.2 3P – pasienter og profesjonelle i partnerskap

Her er det 5 arbeidspakker (AP) som jobber med problemstillinger knyttet til å forstå hva som er de aktive ingrediensene i en pasientsentrert, helhetlig og proaktiv tjeneste:

- 6) Digitalt støttede team - > Helse SØ
- 7) Digitale individuelle planer -> Danmark
- 8) Implementering -> NSE
- 9) Pasienterfaringer -> NSE
- 10) Pasientsikkerhet - > Helse Vest

Det er bare AP 8 og 10 som er kommet i gang med datfangst. GS Braut har besøkt teamet og lært opp PSHT teamet i noen enkle pasientsikkerhets-strategier og analyser. Kari Dyb ved NSE anvender «normalization process theory» for å se på hvordan de overordnede ideene operasjonaliseres og implementeres til tjenester. AP 7 og 9 lyser ut en postdok stilling nå i januar.

AP 6 samordner seg med AP 7 og 9.

Forskningsresultater vil offentliggjøres i løpet av 2017 i egne forskningsartikler av Gro Berntsen og Trine Bergmo og er dermed ikke presentert i denne årsrapporten.

## 9. Teknologiutvikling

Det ligger store muligheter i å få utviklet teknologi som støtter samhandling over organisatoriske grenser, for eksempel utvikling av felles, digital samhandlingsarena. Det at PSHT jobber i begge EPJ (DIPS og Profil) er tungvint, men vurderes som nødvendig og kanskje en av suksessfaktorene for raskt å kunne skaffe et helhetlig bilde av pasientens historikk, samt status på helsetjenestene som gis. Med en felles plattform for samhandlingen rundt enkeltpasienter vil samhandlingen kunne effektiviseres, samkjøres og sikres, slik at alle involverte til enhver tid kan være kjent med hvilke målsettinger og aktuelle planer som foreligger og hvilke evalueringer som er gjort.

## RemoAge

Pasientsentrert helsetjenesteteteam har siden 2015 deltatt i det tre-årige EU-prosjektet RemoAge ([www.remoage.eu](http://www.remoage.eu)). Målet for prosjektet er å bruke hyllewareteknologi til å støtte eldre til å bo hjemme lengst mulig. I samarbeid med Nasjonalt senter for e-helseforskning har teamet tatt i bruk iPads for å bedre informasjonsflyten og samhandlingen innad i teamet, med eksternt helsepersonell og med pasientene. Videokonferanse over helsenettet blir brukt til direkte kommunikasjon, mens både filmer og bilder brukes for å konsultere helsepersonell som ikke er til stede hos pasienten, for å vise pasienten hvordan for eksempel øvelser skal gjøres og for å dokumentere utviklingen i pasientens tilstand over tid.

## Samhandlingsarena

En digital samhandlingsarena vil kunne gjøre det mulig å skalere tjenesten for PSHT, og redusere tiden som brukes til å finne historisk informasjon, dobbeltføring og dokumentasjon. Klinikerne ønsker å ha slik funksjonalitet i sin kliniske arbeidsflate og unngå dobbeltføring av dokumentasjonspliktig informasjon.

PSHT ønsker en felles arena som gir bedre muligheter for:

- Samarbeid, planlegging og koordinering (felles behandlings- og oppfølgingsplan) basert på pasientens mål og preferanser
- Felles oversikt, historikk og status i pasientforløpet
- Dynamisk elektronisk og visuell dialog og statusoppdateringer i teamet
- Bedre informasjonsutveksling og kompetanseutvikling/-overføring
- Å understøtte pasientene med egnede verktøy og metoder for egenmestring og selvhjelp

Mange har forsøkt å løse dette problemet, men det finnes ingen løsninger som ivaretar teamfunksjonalitet og behovet teamet har for å koordinere og samarbeide om en felles behandlingsplan. Leverandørene tilbyr fragmenter av identifiserte funksjonelle krav, men ingen har utviklet og leverer totalløsningen som også er integrert med EPJ. Pasienter har gjerne flere tilstander samtidig og diagnose-orienterte løsninger vil derfor ikke ivareta et helhetlig samhandlingsbehov og gi den nødvendige oversikten som teamet trenger.

UNN har i 2016 i samarbeidet med Direktoratet for e-helse og prosjektet Digitale innbyggertjenester i spesialisthelsetjenesten (DIS prosjektet) om konseptutredning for «Samhandlingsarena». Dette arbeidet har bestått i å definere behov, beskrive arbeidsflyt, diskutere funksjonelle krav, utvikle veikart og målbilde for tjenesten. Det er utarbeidet skisser til løsningskonsept og en demo av en mulig fremtidig løsning for dokumentdeling ble presentert under eHIN 2016. Løsningskonseptet tar utgangspunkt i innbyggers og behandleres behov, muligheter for størst mulig gjenbruk av eksisterende løsninger både i regionen og på helsenorger.no. Ambisjonen er å legge et godt grunnlag for å utvikle og pilotere en første versjon av en digital samhandlingsarena i 2017.

## 10. Konklusjoner

Pasientsentrerte helsetjenesteteteam i Tromsø og Harstad bidrar etter intensjonene til en styrking av helsetjenestene til eldre med sammensatte sykdommer. Trygge, helhetlige pasientforløp for denne pasientgruppa er avhengig av tett samarbeid mellom pasient, pårørende, PSHT og øvrige involverte helsearbeidere pasienten møter gjennom sitt sykdomsforløp.

PSHT bidrar til at pasientens målsettinger blir synliggjort gjennom sykdomsforløpet og at helsetjenestene tilpasses til det som er viktig for pasienten.

Gjennom å styrke helsetjenesten første tiden etter utskrivelse fra sykehus er PSHT med på å forebygge re-innleggelser i sykehus.

Forskningsresultater vedr. effekter av PSHT vil bli presentert når resultatene foreligger og kan offentliggjøres.

## Anbefalinger

PSHTs styringsgruppe har utfordret prosjektledelsen til PSHT å komme med konkrete anbefalinger om videre utvikling og styrking av helsetjenesten for pasienter med sammensatte sykdommer, ut fra erfaringer og forskningsresultater i prosjektet PSHT. Prosjektledelsen har i denne rapporten avgrenset anbefalingene til å omhandle tiltak som kan starte opp på kort sikt både i sykehus og kommune.

### **1. Utvidelse av PSHT – team**

Det anbefales at UNN og kommunene samarbeider om en utvidelse av PSHT Tromsø og Harstad, nyetablering av PSHT-team i Narvik og DMS'ene i Midt-Troms og Nord-Troms. De siste to i nær tilknytning til Områdegeriatrisk tjeneste (OGT). Teamene må dimensjoneres slik at de kan utvide samarbeidet om pasientsentrerte helsetjenester til alle kommunene i UNNs opptaksområde.

### **2. Implementering av pasientsentrerte arbeidsmetoder i alle ledd som ivaretar helsetjenester til pasienter med sammensatte sykdommer.**

Å innføre pasientsentrerte arbeidsmetoder i flere ledd i helsetjenesten innebærer et tydelig fokus og dokumentasjon på hva som er viktig for pasienten og en tilpasning av helsetjenestene til pasientens målsettinger i større grad enn i dag. Det innebærer også en dreining av helsetjenesten mot en mer proaktiv tjeneste, der helsetjenesten både i sykehus og kommune ser sin rolle i å forebygge funksjonssvikt, bidra til tidlig vurdering og diagnostikk og forebygging av re-innleggelser i sykehus etter sykehusopphold.

### **3. Koordinering**

Sykehus og kommune bør i fellesskap grundig klargjøre hva koordineringsbehovet for denne pasientgruppen er og hvordan koordineringen skal utføres på individnivå, også på tvers av etater og organisasjonsheter. Pasienter med sammensatte helsetjenestebehov har behov for en helhetlig koordinering og planlegging, dvs. koordinator må ofte trekke sammen aktuelle samarbeidspartnere både fra sykehus og kommune og lage en helhetlig plan. Det er også behov for raskt å kunne justere planene som er lagt, da helsetjenestebehovet for denne pasientgruppen kan svinge raskt.

En bør vurdere om allerede etablerte funksjoner som primærkontakter/primærsykepleiere er ordninger som kan utvikles og tydeliggjøres også når det gjelder koordineringsrollen. Dette pga. den nærhet og kjennskap til den enkelte pasient som allerede er etablert gjennom primærkontaktfunksjonen.

Koordinering i sykehus: implementering av etablerte rutiner som kontaktlege og koordinator i spesialisthelsetjenesten bør intensiveres. Det bør legges til rette for at koordinatorene for aktuelle pasientgrupper har nødvendig kompetanse for samhandling og koordinering på tvers av organisasjoner, samt frigjort tid til å ivareta funksjonen.

#### 4. Proaktiv helsetjeneste

For å utvikle en mer proaktiv helsetjeneste for pasienter med sammensatte behov er det vesentlig at helsetjenesten, både i sykehus og kommune, finner fram til metoder for å identifisere risikopasienter og de pasienter som er i behov for helhetlig oppfølging og koordinering av helsetjenestene.

Det er PSHTs vurdering at det er behov for å øke observasjonskompetansen blant ansatte i flere deler av kommunehelsetjenesten. Dette kan gjøres gjennom utdanning, kurs og veiledning men også gjennom tett samarbeid mellom sykehus og kommune og pasientsentrerte team.

Sykehusene har en viktig rolle når det gjelder å klargjøre hva som anbefales av videre behandling og oppfølging etter utskrivelse og hvilke områder kommunehelsetjenesten bør observere videre. Sykehusets veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten kan med fordel utvides. Frigjøring av kapasitet når det gjelder poliklinisk virksomhet i sykehus vil kunne bidra til raskere diagnostikk til denne pasientgruppen og dermed forebygge utvikling av sykdom og funksjonssvikt.

#### 11. Hovedaktiviteter 2017

- Fortsette implementeringen av PSHT Tromsø, Harstad i ordinær drift. Utvikle tjenesten og teamarbeidet. Ferdigstille prosedyrer for teamenes arbeidsmetoder.
- Bidra til datainnsamling i forskningsprosjektene (PACT-prosjektet og 3P).
- Starte pilotering og utvikle PSHT på distanse mellom PSHT Tromsø og Balsfjord kommune. Utvikle samarbeid som er basert på dialog ved hjelp av teknologi (videokonferanse, dokumentasjon på tvers av enhetene, iPads, elektroniske meldinger, telefon).
- Etablere samarbeid og forberede piloter i Karlsøy og DMS Lenvik.
- Forberede videre utvikling av samarbeid til flere kommuner i takt med tildelte ressurser.
- Fullføre PSHTs bidrag i RemoAge prosjektet.
- Bistå teknologimiljøer i NSE/Kvalut i utviklingen av digital Samhandlingsarena.