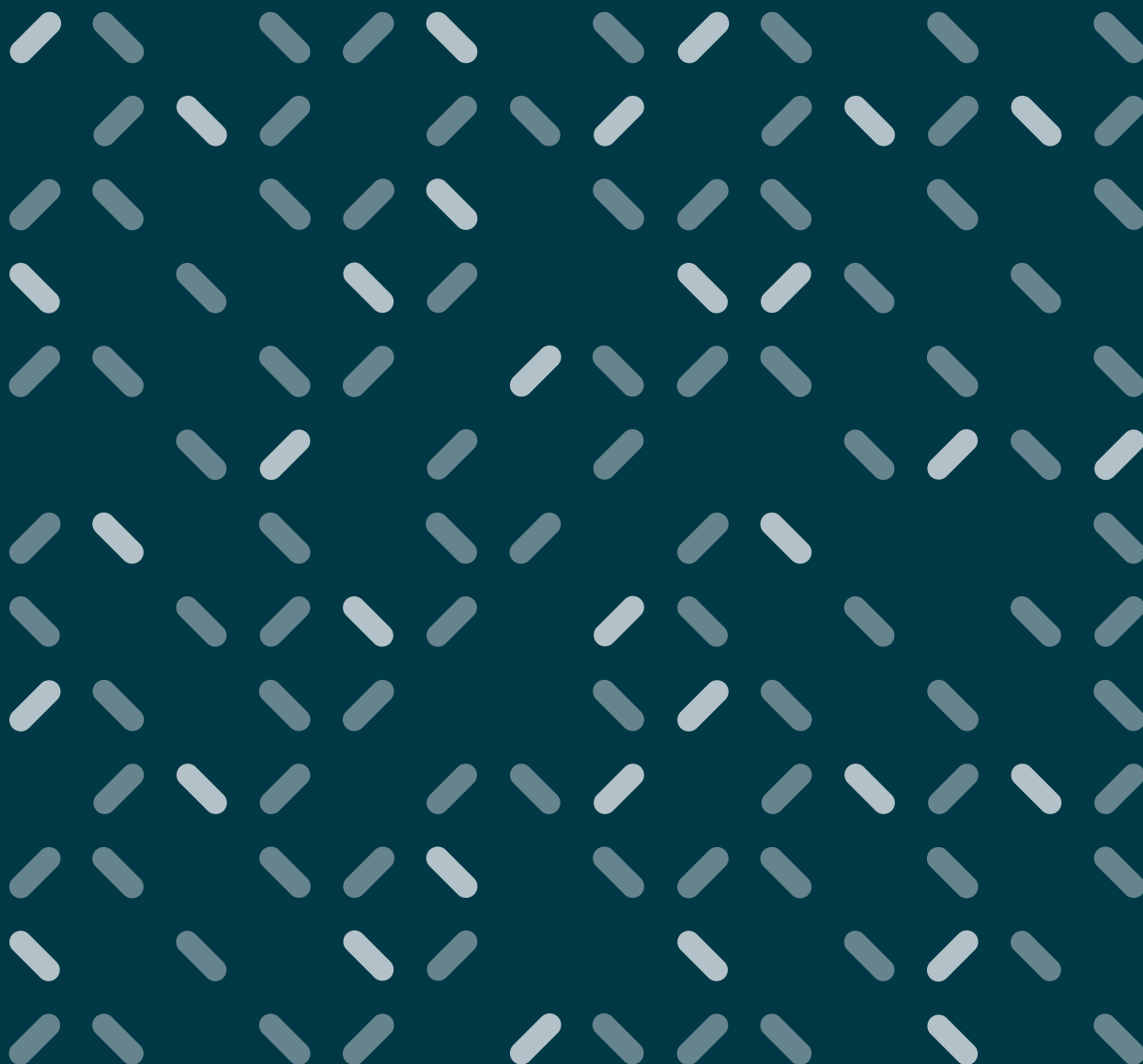


# Evaluering av samarbeid med Pasientsentrert Helsetjenesteteteam (PSHT)

---

Nordheim E.S., Berntsen G.





# Evaluering av samarbeid med Pasient-sentrert Helsetjenesteteteam (PSHT)

## Rapportnummer

01-2024

## Prosjektleder

Gro Berntsen

## Forfattere

Espen S Nordheim og Gro Berntsen

## ISBN

ISBN 978-82-8242-110-2

## Dato

07.06.2024

## Antall sider

16

## Emneord

PSHT, personsentrerte helsetjenester, samarbeid, helhetlige pasientforløp, digital støtte.

## Oppsummering

**Bakgrunn:** Det er behov for modige og innovative tiltak i møte med økningen av multi-morbide pasienter med sammensatte og langvarige Behov (SLB). Helsetjenesteinnovasjonen Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) søker å støtte de ordinære tjenestene i sykehus og kommune i det felles arbeidet med å skape helhetlige pasientforløp for pasienter som har SLB. Etter 10 år er det behov for en evaluering av PSHTs rolle i samarbeid med øvrige tjenester.

**Målsettingen** med denne rapporten er å:

- Undersøke hvilken forståelse PSHT og de øvrige tjenestene har av PSHTs rolle
- Kartlegge erfaringer som helsetjenesteytere har med henvisning til og samarbeid med PSHT
- Identifisere områder for forbedring i samarbeidet

**Metode:** Vi avholdt fire fokusgruppeintervju med til sammen 32 deltakere fra sykehus, kommuner i UNNs opptaksområde og PSHT. Vi brukte ChatGPT til å oppsummere maskinelt transkriberte intervjuer. Sammenstillingen bygger på en sortering og redigering av ChatGPT-materialet i tillegg til tekst vi selv har lagt til.

**Funn:** Blant de helsearbeiderne som har direkte samarbeidserfaring med PSHT, er det overveldende, entydige og godt beskrevne positive tilbakemeldinger. PSHT responderer

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for e-helseforskning og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på [www.ehealthresearch.no](http://www.ehealthresearch.no).

© 2024 Nasjonalt senter for e-helseforskning

raskt på henvendelser. Pasientforløpene blir bedre, pasientene kommer raskere hjem, og de ansatte ser at PSHT klarer å redusere re-innleggelser.

Det tydeligste forbedringspotensial er at det er uklart for ansatte i spesialisthelsetjenesten hvem som er PSHT pasienten. Når målgruppen er uklar, blir det også uklart for henviser på sykehus når de skal henviser til PSHT, og hvilken rolle PSHT forventes å ha. Deltakerne fra spesialisthelsetjenesten ønsket en sterkere synliggjøring av PSHT, gjennom plakater, deltakelse i previsit og tavlemøter, foredrag, deltidstillinger, hospitering, etc.

Kommunale helsearbeidere kjenner godt igjen den typiske «PSHT-pasienten». Kommunalt ansatte ønsker fortsatt tett dialog med PSHT slik at PSHT kompletterer det kommunale tilbudet med tydelig rollefordeling og grenseoppgang.

Egenandel for PSHT-pasienter er en barriere for henvisning til PSHT, spesielt innen rus-psykiatri.

PSHT-ansatte ønsker en mer systematisk kartlegging av risikopasienter som bor hjemme, og vil gjerne bli involvert tidligere i sammensatte og langvarige forløp, for om mulig, forebygge flere innleggelser.

**Konklusjon:** I det videre arbeidet anbefaler vi at UNN bruker dette som grunnlag for en dialog med alle relevante aktører til å utvikle svar på de utfordringene som er identifisert. Formodentlig er det aller viktigste at man søker å støtte og ivareta det gode arbeidet som allerede gjøres i samarbeid mellom PSHT og de øvrige tjenesteyterne for pasienter med sammensatte og langvarige behov.

#### **Utgiver**

Nasjonalt senter for e-helseforskning  
Postboks 35  
9038 Tromsø  
E-post: [mail@ehealthresearch.no](mailto:mail@ehealthresearch.no)  
Internett: [www.ehealthresearch.no](http://www.ehealthresearch.no)

---



# Innhold

<b>1</b>	<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>6</b>
	2.1.1 Målsetting.....	6
	2.1.2 Struktur på Rapporten.....	6
	2.1.3 Teori.....	6
<b>3</b>	<b>Metode</b> .....	<b>7</b>
	3.1.1 Kontekst.....	7
	3.1.2 Utvalg.....	7
	3.1.3 Fokusgruppeintervju.....	8
	3.1.4 Analysemetode.....	8
	3.1.5 Etikk.....	8
<b>4</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>9</b>
	4.1.1 Forståelsen av PSHT s rolle og formål.....	9
	4.1.2 Opplevelse av PSHTs Rolle.....	9
	4.1.3 Kjennskap til PSHT.....	9
	4.1.4 Hvem er PSHT pasienten?.....	9
	4.1.5 Erfaringer med PSHT.....	10
	4.1.6 Overordnet tilbakemelding.....	10
	4.1.7 PSHT en bro mellom sykehus og kommune.....	10
	4.1.8 Digital støtte - Tilgangen til hverandres journalsystem.....	11
	4.1.9 Samarbeid med geriatrisk avdeling.....	11
	4.1.10 Grenseoppgang mot andre.....	11
	4.1.11 Rask respons og serviceinnstilling fra PSHT.....	12
	4.1.12 Effektive utskrivelser og reduksjon av reinnleggelser.....	12
	4.1.13 Forbedringspunkter.....	12
	4.1.14 Synliggjøring av PSHT.....	12
	4.1.15 Behov for lokale tilpasninger.....	13
	4.1.16 Egenandeler som barriere.....	13
	4.1.17 Identifikasjon og henvisning av pasienter.....	13
<b>5</b>	<b>Begrensninger</b> .....	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>14</b>
	6.1.1 Erfaringer med PSHT.....	14
	6.1.2 Identifisering av PSHT-pasienten.....	14
	6.1.3 Forslag til forbedring:.....	14
<b>7</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>15</b>

8	Appendix: Intervjuguide for Evaluering av Pasientsentrert Helsetjenestetteam (PSHT) .....	16
---	---	----

## Figurliste

Figure 1: Donabedians kvalitets teori .....	7
---	---



# Evaluering av samarbeid med Pasientsentrert Helsetjenesteteam (PSHT)

Dette arbeidet er gjort av medarbeidere ved Nasjonalt Senter for e-helseforskning (NSE) på oppdrag for Senter for e-helse, Samhandling og Innovasjon ved M Rumpsfeld.

**Leseveiledning:** Sitater fra intervjuene er markert med anførselstegn og kursiv. Tekst merket med ha-keparenteser [ ] er kontekstuell informasjon lagt til av forfatterne.

## 1 Sammendrag

**Bakgrunn:** Det er behov for modige og innovative tiltak i møte med økningen av multi-morbide pasienter med sammensatte og langvarige Behov (SLB). Helsetjenesteinnovasjonen Pasientsentrert helse-tjenesteteam (PSHT) søker å støtte de ordinære tjenestene i sykehus og kommune i det felles arbeidet med å skape helhetlige pasientforløp for pasienter som har SLB. Etter 10 år er det behov for en evaluering av PSHTs rolle i samarbeid med øvrige tjenester.

**Målsettingen** med denne rapporten er å:

- Undersøke hvilken forståelse PSHT og de øvrige tjenestene har av PSHTs rolle
- Kartlegge erfaringer som helsetjenesteytere har med henvisning til og samarbeid med PSHT
- Identifisere områder for forbedring i samarbeidet

**Metode:** Vi avholdt fire fokusgruppeintervju med til sammen 32 deltakere fra sykehus, kommuner i UNNs opptaksområde og PSHT. Vi brukte ChatGPT til å oppsummere maskinelt transkriberte intervjuer. Sammenstillingen bygger på en sortering og redigering av ChatGPT-materialet i tillegg til tekst vi selv har lagt til.

**Funn:** Blant de helsearbeiderne som har direkte samarbeidserfaring med PSHT, er det overveldende, entydige og godt beskrevne positive tilbakemeldinger. PSHT responderer raskt på henvendelser. Pasientforløpene blir bedre, pasientene kommer raskere hjem, og de ansatte ser at PSHT klarer å redusere re-innleggelser.

Det tydeligste forbedringspotensial er at det er uklart for ansatte i spesialisthelsetjenesten hvem som er PSHT pasienten. Når målgruppen er uklar, blir det også uklart for henviser på sykehus når de skal hen-vise til PSHT, og hvilken rolle PSHT forventes å ha. Deltakerne fra spesialisthelsetjenesten ønsket en sterkere synliggjøring av PSHT, gjennom plakater, deltakelse i previsit og tavlemøter, foredrag, del-tidsstillinger, hospitering, etc.

Kommunale helsearbeidere kjenner godt igjen den typiske «PSHT-pasienten». Kommunalt ansatte ønsker fortsatt tett dialog med PSHT slik at PSHT kompletterer det kommunale tilbudet med tydelig rollefordeling og grenseoppgang.

Egenandel for PSHT-pasienter er en barriere for henvisning til PSHT, spesielt innen rus-psykiatri.

PSHT-ansatte ønsker en mer systematisk kartlegging av risikopasienter som bor hjemme, og vil gjerne bli involvert tidligere i sammensatte og langvarige forløp, for om mulig, forebygge flere innleggelser.

**Konklusjon:** I det videre arbeidet anbefaler vi at UNN bruker dette som grunnlag for en dialog med alle relevante aktører til å utvikle svar på de utfordringene som er identifisert. Formodentlig er det aller viktigste at man søker å støtte og ivareta det gode arbeidet som allerede gjøres i samarbeid mellom PSHT og de øvrige tjenesteyterne for pasienter med sammensatte og langvarige behov.

## 2 Innledning

Det er behov for modige og innovative tiltak i møte med økningen av multi-morbide pasienter med sammensatte og langvarige behov (SLB). På grunn av de demografiske endringene forventer vi at behovet for helsetjenester i denne gruppen vil øke kraftig framover. I tillegg til de eldste, så er det også utfordrende for den diagnoseorienterte tjenesten å møte yngre grupper med sammensatte behov på en god måte. Dette gjelder pasienter med kombinerte rus, psykiatri og somatiske tilstander, unge med multi-funksjonshemminger og voksne med flere alvorlige langvarige tilstander. Om vi fortsetter å levere tjenestene som i dag, så er bærekraften i både helsetjenestene og velferdsstaten truet(1). Selv om de er en minoritet i antall (3-5 % av alle personer > 65 år)(2), dominerer pasientgruppen de 10 % som har behov for 2/3 av budsjettet i spesialisthelsetjenesten (3). Disse pasientene har behov for kontakt med mange ulike profesjonelle, i ulike organisasjoner, på alle nivå i tjenestene over lengre perioder (4). Dette gir risiko for suboptimale omsorgsprosesser og resultater(5), noe som igjen driver kostnadene.

En rekke internasjonale helseorganisasjoner anbefaler endringer for å øke bærekraften i helsevesenet i møte med de demografiske endringene i tråd med "The Chronic Care Model" (CCM)(6) og Quintuple Aim-rammeverket(7-9). Selv om det ikke finnes noe standard terminologi for innovasjoner som utgår fra CCM og Quintuple Aim, ser vi at disse intervensjonene har mange fellestrekk både når det gjelder målgrupper og innhold (10). For enkelhets skyld bruker vi her "helhetlig pasientforløp" som vår paraplybetegnelse. Dette begrepet fremhever den personsentrerte og helhetlige tilnærmingen disse pasientene trenger. Pasientsentrert helsetjenesteteam (PSHT) er utviklet med utgangspunkt i de ovenstående rammeverkene. PSHT søker å støtte de ordinære tjenestene i sykehus og kommune i det felles arbeidet med å skape helhetlige pasientforløp for pasienter med SLB.

Det er nå 10 år siden det første PSHT-pasientforløpet ble levert. Det er dokumentert gode effekter av PSHT(11). Det er naturlig at en innovasjon som PSHT må evalueres og videreutvikles. Dette initiativet er en del av et større oppdrag fra direktøren ved UNN for å evaluere samhandlingen mellom ulike helsetjenester og PSHT teamene. Fokus er på å evaluere og forbedre samarbeidet mellom henvissende enheter, som sengeposter ved sykehus, og kommunale helsetjenester.

### 2.1.1 Målsetting

Målsettingen med denne erfaringsutvekslingen er flerdelt:

- Undersøke hvilken forståelse deltakerne har av PSHTs rolle
- Kartlegge erfaringer som helsetjenesteytere har med henvisning til og samarbeid med PSHT
- Identifisere evt. områder for forbedring i samarbeidet

### 2.1.2 Struktur på Rapporten

Rapporten er strukturert i fem hoveddeler: 1) En kort bakgrunn for innovasjonen PSHT. 2) Kort om teori og metode. 3) Deretter presenteres resultatene fra fokusgruppeintervjuene. 4) Vi omtaler begrensningene studien, før rapporten avsluttes med 5) konklusjoner. Siden dette er en «hurtigrapport» er det ikke inkludert en diskusjon av funnene sett opp mot annen teori/ forskning. Vi kommer heller ikke med anbefalinger utover det deltakerne selv bidrar med i intervjuene.

### 2.1.3 Teori

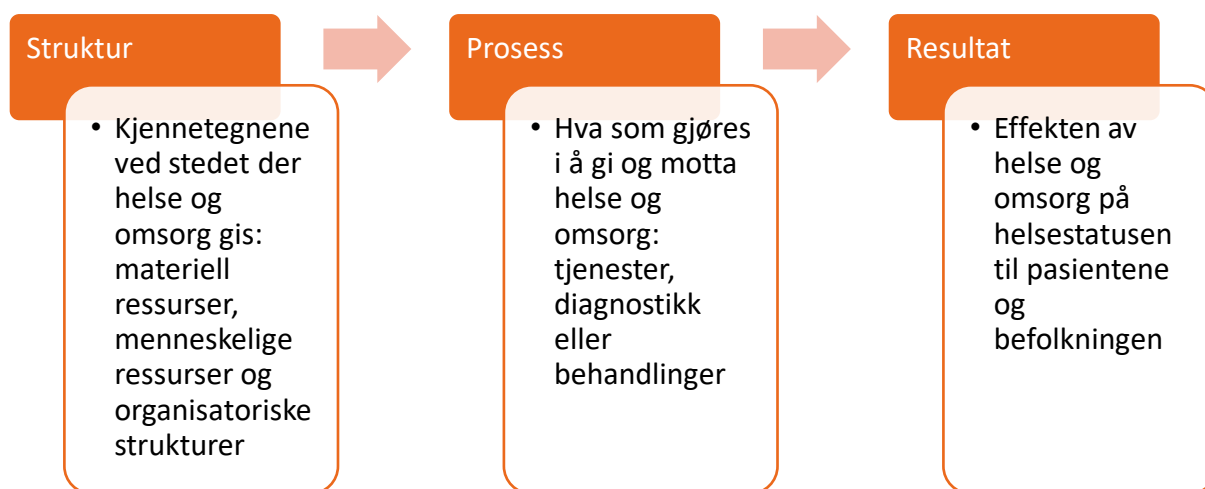
Oppdraget var å undersøke om det finnes forbedringspunkter i samarbeidet mellom PSHT og de øvrige tjenesteyterne rundt pasienter med SLB. I dette arbeidet har vi tatt utgangspunkt i Donabedians kvalitetsteori som sier at kvalitet er et resultat av interaksjonen mellom strukturer og prosesser. Det



vil si at resultatene eller effektene vi ser av PSHTs arbeid, er en refleksjon av de prosessene PSHT deltar i. Prosessene som PSHT inngår i, er igjen en refleksjon av de strukturene som er tilgjengelige for prosessen(12). See fig nedenfor.

I følge Donabedian er det nødvendig å ha en felles forståelse av hva som er det ønskede resultat før man kan evaluere om tilgjengelige prosesser og strukturer bidrar til et forventet resultat. Intervjuguiden starter derfor med et spørsmål om hvordan man forstår formålet med PSHT, og deres rolle i pasientforløpet. Deretter søker vi å belyse erfaringene med prosessene – her pasientforløpene – som er skapt i samarbeid med PSHT. Til sist fokuserer vi på evt. forbedringspunkter. Vi har i dette arbeidet ikke stilt spørsmål ved strukturelle forhold.

Figure 1: Donabedians kvalitets teori



## 3 Metode

### 3.1.1 Kontekst

Organiseringen PSHT i Troms og Nordland består av fem forskjellige vertsløkasjoner i Tromsø, Harstad, Narvik, Finnsnes og Nordreisa. De bistår kommunene rundt seg slik at alle kommunene i Troms og Ofoten er dekket. Det er forskjell på lokalisasjonene når det kommer til størrelse på teamene, antall henvisninger og avtaler med kommunene. Tromsø, Midt-Troms og Nord-Troms har avtale/ samarbeid med kommunene slik at teammedlemmene gjør oppgaver i begge organisasjoner, og de har tilgang til både sykehus og kommunal elektronisk pasientjournal. Harstad og Narvik har team som inneholder bare ansatte fra spesialisthelsetjenesten, og som samarbeider tett med de kommunene de har ansvar for.

### 3.1.2 Utvalg

**Målgruppe:** Målgruppen for studien var klinikere med praktisk erfaring med samarbeid med Pasient-sentrert helsetjenesteteam (PSHT), samt representanter for PSHT.

**Rekruttering:** For å rekruttere deltakere ble hovedhenvisere i klinikkene og kommunene identifisert i samarbeid med PSHT-lederne i Tromsø, Harstad og Narvik. M Rumpsfeld sendte invitasjoner til lederne i de foreslåtte enhetene og avdelingene med ønske om at lederne «*inviterer en ansatt fra deres enheter, som har erfaring med å henvise og samarbeide om pasienter med PSHT Teamet*» fra UNN (alle lokasjoner) og de største kommunene i UNNs nedslagsfelt, samt de fem PSHT teamene. PSHT utarbeidet en liste med forslag på personer som de har samarbeidet mye med. Lederne var ikke bundet av denne listen, og kunne sende hvem de ønsket.



**Sammensetning:** Antall deltakere per intervju:

- Intervju 1: 10 deltakere
- Intervju 2: 7 deltakere
- Intervju 3: 6 deltakere
- Intervju 4: 9 deltakere
- Totalt: 32 helsearbeidere, hvorav 10 er fra PSHT

**Klinisk personell:** Totalt 24 deltakere, inkludert sykepleiere, psykologer, behandlere, forskningssykepleiere og leger.

**Ledere:** Totalt 8 deltakere, inkludert seksjonsledere, enhetsledere og avdelingsledere.

### 3.1.3 Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført som video-konferanser. De ble ledet av to personer: en moderator og en fasilitator. Espen S. Nordheim (ESN) fungerte som moderator, mens Gro Berntsen (GB) og Per Erlend Hasvold (PEH) var tilrettelegger på to intervjuer hver. Det ble gjennomført fire fokusgruppeintervju. Deltakerne satt vanligvis på egen skjerm under intervjuene, men noen delte også skjerm.

**Intervjuguiden:** Intervjuguiden ble utarbeidet av ESN og ble kommentert av PSHT-ledere for å sikre at alle relevante forbedringspunkter ble inkludert. Intervjuguiden, som ligger som vedlegg, dekket hovedtemaene: forståelse av PSHTs tilbud, identifisering av PSHT-pasienter, erfaringer med PSHT, og forbedringsforslag.

### 3.1.4 Analysemetode

Intervjuene ble maskinelt transkribert. Etter intervjuene oppsummerte vi de umiddelbare læringspunktene og loggførte de. De transkriberte intervjuene ble oppsummert ved hjelp av ChatGPT, OpenAI (GPT-4, Juni 2023). Bruk av ChatGPT på denne måte er nytt for begge forfatterne. Dette er ikke en analyse med teoretisk forankring og generaliserbar kunnskap. Temaene i ChatGPT-oppsummeringene ble gruppert etter målsettingen til rapporten.

Rapporten inneholder klipp fra Chat GPT oppsummeringene, sammen med egen tekst som gjenspeiler våre egen logg av temaene som ble diskutert i fokusgruppene. En oppsummering av empiriske data på denne måten gir et blikk inn i den lokale situasjonen.

### 3.1.5 Etikk

**Samtykke og Anonymitet:** Alle deltakere ga muntlig samtykke. De ble informert om at de ikke skulle diskutere gjenkjennbare pasienter eller personlige forhold slik at vi kunne laste opp dataene i ChatGPT. Dersom noen likevel omtalte informasjon av sensitiv karakter ble deltakerne informert om at vi enten ville anonymisere eller fjerne de delene som ikke kunne lastes opp for bearbeiding av ChatGPT. Det var ikke behov for slik anonymisering.

**Interessekonflikter:** Oppdraget ble gitt av UNN - ESI. Oppdragsgiver har ikke hatt mulighet til å påvirke resultatene som kommer frem. Rapportforfatterne jobber ved Nasjonalt senter for e-helseforskning, også ved UNN. De har ingen fordel eller ulempe knyttet til evalueringsresultatet. Gro Berntsen har forsket på PSHT siden 2014. Espen S. Nordheim og har tidligere jobbet som forskningsassistent for GB i PSHT. ESN har et familiemedlem som jobber i PSHT. Dette medlemmet deltok ikke i fokusgruppeintervjuene.



## 4 Resultater

### 4.1.1 Forståelsen av PSHT s rolle og formål

#### 4.1.2 Opplevelse av PSHTs Rolle

PSHT oppleves som en verdifull ressurs i arbeidet med pasienter med sammensatte og langvarige behov, spesielt i overgangene mellom sykehus og kommunale tjenester. De klinisk ansatte har erfart at PSHT kan hjelpe med å stabilisere pasienter med SLB, som eldre med både somatiske og psykiske lidelser, gjennom strukturert oppfølging og koordinering. De erfarer at PSHT bidrar til ryddigere pasientforløp, tydeligere rollefordeling og mer robuste oppfølgingsplaner utarbeidet i samarbeid med de vanlige tjenestene.

#### 4.1.3 Kjennskap til PSHT

Det er betydelige variasjoner i kjennskap og forståelse av PSHTs rolle blant de ansatte på sykehusene. Mens noen er godt kjent med teamet og deres arbeid, ser andre PSHT som en "godt bevart hemmelighet" og er usikre på hvordan og når de skal involvere teamet. Deltakerne mente at dette fører til underutnyttelse av PSHT på enkelte lokalisasjoner. Behovet for økt opplæring om, og synlighet av PSHT fremheves for å forbedre teamets integrasjon i det daglige arbeidet på sykehuset.

En annen felles erfaring er at enkelte nøkkelpersoner bidrar med mesteparten av henvisningene. Dette kan gjøre identifiseringen av pasienter sårbar når nøkkelpersoner slutter eller endrer rolle. Det ble påpekt at disse nøkkelpersonene også bidro med å spre kunnskapen om PSHT, og vise mindre erfarne ansatte når det var nyttig å ta kontakt med PSHT.

En leder fra sykehus hadde ikke selv egen erfaring med samarbeid med PSHT. Hen hadde samsnakket med sine ansatte om PSHT-erfaringer i forkant av intervjuet. Hen rapporterte at det var uklart for de ansatte når de skulle ta i bruk PSHT. Videre at de oppfattet at PSHT hadde lite å gjøre, og at de ikke hadde opplevd at man klarte å redusere re-innleggelser. «*Sånn som vi kanskje hadde trodd vi skulle se med at vi får færre innleggelser eller sånn. Jeg synes. De sier tvertimot at de mener at vi har økt antall innleggelser på funksjonssvikt for eksempel.*» Dette setter lederen i sammenheng med at det nå er flere eldre og at helsetjenesten både i første og andre linje er overveldet.

#### 4.1.4 Hvem er PSHT pasienten?

De kommunalt ansatte var godt kjent med PSHTs rolle og syntes det var uproblematisk å identifisere pasienter som kunne ha nytte av PSHT. Det er litt ulikt mellom kommunene om de selv henviste egne pasienter til PSHT, eller om de bare samarbeidet om de pasientene som skulle ut fra sykehuset.

En gjennomgående utfordring i intervjuene med sykehusansatte var mangelen på klare henvisningskriterier for PSHT. Denne uklarheten kan komme av at det er vanskelig å identifisere PSHT pasienten, som igjen kan skape forvirring både blant henvisere og innenfor PSHT-teamene selv. En ansatt fra PSHT uttrykte dette: "Det er ikke klare kriterier for henvisning. Det gjør at det blir litt ullent." En annen PSHT ansatt sier: «*Fordi at det er ikke en klar definert PSHT pasient. [PSHT pasienten] er de som ikke kan defineres på en måte.*» For et par år siden så ønsket man å utvide PSHTs arbeidsmetodikk til nye pasientgrupper i tråd med nasjonal helse og sykehusplan. Det kan ha bidratt til uklarhet om hvem PSHT-pasienten er, både internt og eksternt: PSHT ansatt: «*Det var mest geriatriske pasienter som ble henvist [tidligere]. Og så utvidet vi målgruppa. Og da tror jeg kanskje det har blitt litt mer forvirring. Blant samarbeidspartnerne.*»

Samtidig skaper for tydelig henvisningskriterier barrierer for tilbudet. En ansatt i PSHT fremhevet dette behovet: "Hvordan kan vi sikre oss at vi får de riktige pasientene henvist til oss." PSHT ønsket en systematisk screening av høyrisiko pasienter og vurdering av pasienter som kan bidra til å sikre at nødvendige hjelp gis før problemene eskalerer: «*Og vi har jo sett at noen pasienter som har hatt stort funksjonsfall, hadde de vært henvist til PSHT tidligere så kunne vi ha forebygget mye av det*

*funksjonsfallet og mange av de sykehusinnleggelsene som de blir utsatt for. (...) Og da går det jo kanskje mer ut mot kommuner og fastleger, for eksempel en skrøpelig eldre person får hyppige innleggelser, om de kan prøve å være i forkant og si at det her er en person i risiko.»*

Det er når ansatte opplever at de sitter fast at de henviser til PSHT. De ser at det trengs at noen går i dybden på historikk og kontekst at PSHT kontaktes. En leder i UNN sier «*de [ansatte] sier at det er veldig fint å kunne ta kontakt med PSHT med de sammensatte pasientene som man helt ikke kommer i mål med. For å hjelpe dem at de kan gå inn i det og gå litt mer i dybden. Og få hjelp*». Eller når det er usikkerhetsmomenter som gjør det risikabelt å sende pasienter hjem. En sykepleier ved UNN sier dette om når de vil involvere PSHT «*Ja, jeg opplever i hvert fall, litt sånn som de andre sier, at det der man kanskje står litt fast og ikke vet helt, om pasienten klarer seg hjemme. Kanskje spesielt i situasjoner der vi ser at de trenger mer hjelp, men de selv er veldig giret på å komme seg hjem*».

Intervjuene viser at det er forskjell mellom PSHT-teamene og deres utfordringer. De må ofte vise seg frem før de får henvisninger, noe som innebærer at de tar imot det meste for å demonstrere sin nytteverdi. For eksempel har Tromsøteamet lengst fartstid og mottar flest henvisninger. Her er utfordringen å få de rette pasientene, ikke nødvendigvis flere. I kontrast jobber Nord-Troms teamet, som er kun to eller tre år gammelt, fortsatt med å få nok henvisninger. De ulike teamene bruker ulike strategier for å markedsføre tilbudet. Noen deltar på pre-visitter, eller andre møter hvor pasientene til en avdeling eller enhet gjennomgås. Deltidsstillinger er en annen strategi: «*Personene her i teamet jobber jo 50% her og 50% på korttidsenheten. 50% her 50% fysioterapeut i kommunen. (...) Så det er på en måte en måte også å få inn henvisninger da via de andre*». Et PSHT team hadde vært regelmessig med på tavlemøter, men opplevde at dette samarbeidet ble avsluttet pga. frykt for at man brøt taushetsplikten: «*Vi hadde deltakelse på medisiner i større grad før. Men så fikk de for seg at vi kunne ikke delta på grunn av taushetsplikt. Det var en drøyt år siden jeg kom. Frem til da så fløt ting veldig ok. (...) Men vi avklarte det med jurister og det var ikke noen hindring*.»

Det ser ut til å være en felles erfaring i alle teamene at tilbudet må markedsføres kontinuerlig hos potensielle henviser, spesielt i oppstartsfasen.

#### **4.1.5 Erfaringer med PSHT**

##### **4.1.6 Overordnet tilbakemelding**

I alle intervjuene rapporterte deltakerne om positive erfaringer med PSHT. Deltakerne fremhevet PSHTs tilgjengelighet, raske respons på henvisninger, og evne til å gi verdifulle råd og veiledning. Samarbeidet mellom PSHT og andre helsetjenester ble også beskrevet som effektivt, noe som bidro til å forbedre pasientforløpene og redusere behovet for reinnleggelse. Både sykehus og kommunalt ansatte som hadde samarbeidet direkte med PSHT framhevet at PSHT ikke kom istedenfor de eksisterende tilbudet, men i tillegg til. Videre førte PSHTs bidrag til at pasientforløpene ble kvalitetsmessig bedre

##### **4.1.7 PSHT en bro mellom sykehus og kommune**

Effektiv kommunikasjon mellom PSHT og kommunale tjenester sikrer at forebyggende tiltak blir iverksatt i tide, noe som reduserer risikoen for komplikasjoner: "*Det er den samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, og det mangler noe i midten. Og PSHT synes jeg fungerer som en veldig fin bro imellom der.*"

Utvexling av kunnskap mellom sykehusets spesialisthelsetjeneste og den kommunale helsetjenesten er en viktig del av samarbeidet. PSHT spiller en sentral rolle i å lette denne kommunikasjonen, noe som gir en mer effektiv behandling for pasientene. Lege beskriver hvordan PSHT bidrar med kunnskap om kommunal helsetjeneste: "*For jeg opplever at PSHT sitter med mye mer tilgang og kunnskap på det som skjer fra kommunal helsetjeneste.*"



Et hovedtema i intervjuene var hvordan PSHT-teamene samarbeider med fastleger og kommuner for å forebygge sykehusinnleggelse. Dette inkluderer både formelle og uformelle samarbeidsformer og viktigheten av å være synlig og tilgjengelig. En PSHT-ansatt sa: *"Vi samarbeider faktisk veldig godt med hjemmetjenesten og fastlege og sånn i (navn på) kommune."*

#### 4.1.8 Digital støtte - Tilgangen til hverandres journalsystem.

I Tromsø har PSHT tilgang til ansatte fra både sykehus og kommune, og tilgang til den elektroniske pasientjournal i begge enheter. PSHT i andre områder mangler slik tilgang til journalsystemer, noe som ble identifisert som en stor utfordring. For eksempel hvor de ansatte sier at det gjør samarbeidet med kommunene rundt PSHT lokalisasjon [verts-kommune] vanskeligere. Dette fører også til at PSHT blir mindre synlig når deres notater ikke er i de kommunale journalsystemene i samarbeidskommuner.

De kommunalt ansatte i kommuner hvor journalen ikke var delt, savnet imidlertid ikke tilgang til en delt journal. De var opptatt av ved en deling av journalen kunne det bli «kluss» ved at PSHT jobbet i de samme dokumentene som kommunen. *«vi har våre områder å ivareta, og også våre systemer hvor enkelte ting man gjør i journalen betyr at ok, dette er gyldig, men dette er ikke gyldig, og så videre. Slik at jeg tror at det vil bli kluss, fordi at vi er nødt til å lære seg to systemer, og vi er nødt til å vite hva det er man faktisk kan gå ut og si, og hva kan man ikke gå ut og si [i hver organisasjon].»*

De kommunale aktørene formidlet at det er viktig at den enheten som til enhver tid hadde ansvar for å yte et tilbud til pasienten gjør seg ferdig med all dokumentasjon slik at det kunne betraktes som et stabilt grunnlag for neste aktør i forløpet.

#### 4.1.9 Samarbeid med geriatrisk avdeling

Samarbeidet mellom PSHT og geriatrisk avdeling ble trukket frem som svært verdifullt. Dette samarbeidet muliggjør en helhetlig tilnærming til pasientbehandlingen og bidrar til raskere utskrivelser: *"Vi jobber jo tett i lag, ville sagt flere ganger i uka, og er involvert egentlig ofte daglig med pasientkontakt eller pasienter som PSHT har vært borte i, eller som vi følger opp eller ber om hjelp til."*

Tett kontakt både digitalt og fysisk bidrar til et godt samarbeidsklima. Lege fra UNN sier: *"Når PSHT er innom er det er lettere å ha kontakt. Diskutere ansikt til ansikt. Ha en faglig utveksling. Også unngår man ofte mye dobbelt kartlegging. Dobbelt arbeid."* Dette sikrer kontinuitet og kvalitet i pasientbehandlingen og reduserer risikoen for komplikasjoner

Flere avdelinger på UNN jobber tverrfaglige i team som PSHT samarbeider tett med. Det bidrar til å gi en helhetlig behandling. Dette innebærer en utveksling av kunnskap mellom teamene, som igjen forbedrer pasientbehandlingen. En lege ved UNN nevnte at det å ha helsepersonell som jobber både i PSHT og på avdelingene, er svært nyttig: *"Jeg må bare også si at det her med å ha helsepersonell som jobber delt, både på PSHT men også inn på de ulike avdelingene, det er gull." I tillegg har PSHT tilgang til relevant informasjon som kan deles: PSHT sin rolle gir geriatrisk avdeling tilgang til kommunal helsetjenesteinformasjon."* Detaljert dokumentasjon fra PSHT gir verdifull innsikt i pasientens hjemmesituasjon, som er essensiell for å planlegge videre behandling og oppfølging: *"Da får vi veldig gode tilleggsopplysninger, og så prater vi samme språk."*

På spørsmål om ansatte i PSHT opplever at det er noen som ikke ønsker å samarbeide med de svarer de: *"... min oppfatning er at det gjelder enkeltpersoner. Og ikke en avdeling eller en hjemmetjeneste. Da er det enkeltmennesker som ikke ønsker å samarbeide med oss. Og det er heller ikke så mange"*.

#### 4.1.10 Grenseoppgang mot andre

Til tross for godt samarbeid med mange aktører er det noen overlappende roller mellom PSHT og andre spesialisthelsetjeneste team (Eks. palliativt team). Dette gjør at flere blir involvert, og kan føre til forvirring om ansvar. En ansatt bemerket: *"Vi har kanskje henvist til PSHT og så har vi henvist til, ja, for eksempel palliativ team også da."* Dette kan potensielt unngås med bedre koordinering. Bedre

koordinering mellom teamene kan forhindre dobbeltarbeid og sikre effektiv oppfølging: *"Og at det kan bli, der vi ser kanskje PSHT kan følge opp med det, palliativt team kan ha det, men så ender det med at, ja, det er ett av de teamene som tar alle oppfølgingene."*

Videre er det behov for forventningsavklaring mellom PSHT, kommunen og sykehuset for å sikre at kommune og PSHT ikke gjør dobbelt opp: *"Så det er som du hørte, litt vanskelig noen ganger, litt dif-just noen ganger akkurat hvilken gruppe, hvilket område skal følges opp av kommunen."* De kommunalt ansatte forklarte at de hadde sammen med PSHT utarbeidet retningslinjer for hvem som gjør hva, slik at dette var et mye mindre problem nå. De kommunalt ansatte ønsket at når PSHT er samarbeider med en pasient som også har kommunale tjenester, så bør de varsle de kommunale tjenesten. *"Gi beskjed når dere går inn og jobber med en pasient som har kommunale tjenester."*

#### 4.1.11 Rask respons og serviceinnstilling fra PSHT

Det ble trukket frem at det var lett å kontakte PSHT, og at de er kjappe med å ta kontakt og bistå med aktuelle pasienter. En leder i kommunen sa: *"De er jo lett å få tak i. Det er jo ikke sånn tungvinstsystem at du er nødt til å sende en søknad hit eller dit. De svarer på telefon, de svarer på mail. Ja, man får tak i dem når man føler at det brenner litt."* Dette sikrer at pasientene får nødvendig oppfølging uten forsinkelser: *"Jeg opplever at de er veldig kjapt med å enten besvare ved at de har skrevet et notat, at de for eksempel allerede er inne i bildet, at de nettopp har vært på et kartleggingsbesøk, eller at de kommer opp på avdelingen og at man får kommunisert ansikt til ansikt da."*

PSHT blir beskrevet som en ressurs med fokus på å levere koordinerte og personsentrerte helsetjenester. Modellens struktur med et tverrfaglig team bestående av sykepleier, fysio- og ergoterapeut samt lege, blir anerkjent som svært nyttig. Dette sikrer en effektiv og smidig koordinering mellom sykehus og kommunale tjenester. En annen ansatt i kommunen sa *"De er gull i den form av at når pasientene er inkludert, så er det kommunikasjon alle veier. Det ses på det meste. De er fantastisk flinke i det de gjør, og tverrfaglig."*

#### 4.1.12 Effektive utskrivelser og reduksjon av reinnleggelser

PSHT bidrar til raskere utskrivelser ved å koordinere nødvendige tjenester og sikre at pasientene får den omsorgen de trenger hjemme. Dette forbedrer både pasientenes opplevelse og ressursbruken i helsetjenesten: *"Ofte kan vi få til en utskrivelse raskere ved at vi samarbeider med PSHT."*

PSHTs involvering etter utskrivelse har vist seg å redusere antall reinnleggelser ved å sikre kontinuerlig oppfølging og støtte til pasientene hjemme: *"Vi har jo sett det ganske klart og tydelig også at det har jo forebygget innleggelser."*

#### 4.1.13 Forbedringspunkter

##### 4.1.14 Synliggjøring av PSHT

Deltakerne foreslo flere tiltak for å forbedre samarbeidet med PSHT. Det ble fremhevet at det er behov for et kontinuerlig opplysningsarbeid både om hvilken rolle PSHT skal og kan ha og hvilken pasientgruppe PSHT retter seg mot. Spesialisthelsetjenesten og PSHT selv ser behovet for en kvalitativ og kanskje også en formell beskrivelse av pasientgruppen, i form av funksjon, diagnoser og hvilke behov PSHT kan bistå å løse. PSHT ansatt sier: *«At det også kan jo kanskje ha en beskrivelse av inklusjonskriterier og i den grad man klarer å få det, men at det var gjenkjennbart og var omforent og ens. Det ville vært, jeg tror man ville ha tjent på at man hadde mer samordnet info om PSHT i UNN som helhet.»*

Kontinuerlig markedsføring av PSHT er nødvendig på grunn av høy turnover blant helsepersonell. Økt synlighet gjennom plakater, presentasjon på fagdager, holde foredrag, besøke avdelinger/ kommuner/ fastleger, tilstedeværelse på previsitt og tavlemøter på sykehuset. Regelmessige påminnelser om PSHTs tilbud kan bidra til å sikre at flere ansatte husker å benytte seg av tjenesten. *"Plakater og*



*regelmessige fagdager kan hjelpe med å holde PSHT i bevisstheten til alle ansatte." "Synliggjøring av PSHT ute i hele avdelingen kan bidra til at flere husker på å bruke tjenesten."*

Det må imidlertid være en balanse mellom det oppsøkende arbeidet og sikring av kapasitet til å følge opp henvisninger. *"Det er en balansegang mellom dette med å være ute og markedsføre tjenester ..., og det å faktisk være og ha kapasitet og følge opp i forløpet."*

#### 4.1.15 Behov for lokale tilpasninger

For å møte endrede behov og utfordringer, må teamene kontinuerlig tilpasse og justere sine samarbeidsformer og rutiner mot andre aktører.

Det er lokale forskjeller som bør tas hensyn til, og det kan være nødvendig å gjøre tilpasninger ut fra hvordan de respektive kommunene og sykehusavdelingene jobber. Det var flere beskrivelser av hvordan den lokale kommune/ sykehusavdeling hadde gått i dialog med PSHT for å klargjøre ansvar og roller i forløpene, og for å tilpasse PSHTs tilbud til de lokale strukturene. I en kommune har man et tverrfaglig innsatsteam som jobber tett med PSHT, mens en annen kommune har kanskje ikke et slikt team og bruker PSHT til å gjøre den kommunale kartleggingen. Det betyr at PSHTs tjenester må tilpasses den enkelte kommune/ avdeling.

Teamene deler erfaringer og lærdommer på tvers av de geografiske lokalisasjonene. Dette hjelper de yngste PSHT-teamene å etablere seg og forbedre sitt arbeid. *"Senest i går faktisk, så hadde vi koordinator med oss. Der møttes vi koordinatoren på tvers av teamene."*

#### 4.1.16 Egenandeler som barriere

Egenandeler knyttet til PSHT-tjenester utgjør en betydelig barriere for henvisning både fra kommune og sykehus. Flere ansatte påpeker at de selv henviser heller til et gratis tilbud som er kommunalt enn å henviser til PSHT pga. egenandelen. De rapporterer også at pasientene er motvillige til å benytte seg av PSHT på grunn av kostnadene, noe som reduserer PSHTs potensial. *"Det ser vi jo der at det er. Pasienter som sliter med å ta imot et nødvendig tilbud. På grunn av egenandelsbruk."* Dette gjelder spesielt for pasienter som har utfordringer både innen rus, mental helse og somatikk.

Det kan være nødvendig å gjøre en re-vurdering av egenandelsstrukturen for å gjøre tjenestene mer tilgjengelige for pasientene.

#### 4.1.17 Identifikasjon og henvisning av pasienter

PSHT ansatte er opptatt av at de kunne gjort en enda bedre jobb om de kom tidligere inn i forløpene. De ønsker seg flere henvisninger fra kommunen, fastlegene og at pasienter blir identifisert allerede i mottakelsen på sykehusene: *«Jeg skulle jo ønske at det var litt mer sånn automatisk identifisering av pasientene i type screening i akuttmottak og kanskje fastleger hadde noen sånne punkter i forhold til å tenke et forsterket team rundt pasienten. Og så tenker jeg jo at at PSHT (...) ville tjent på at PSHT i UNN gikk ut med felles info om alle teamene til alle sånn.»*

Prosedyren på når man skal henviser til PSHT gjennom journalsystemet kan oppleves som komplisert og det for noen er det et behov for bedre veiledning og opplæring. *"Vi fikk en oppskrift på mail, men flere kunne ha nytte av en lett tilgjengelig guide."* En standardisert og lett tilgjengelig guide for henvisningsprosessen kan bidra til å redusere usikkerhet og forbedre frekvensen og kvaliteten på henvisningene til PSHT.

## 5 Begrensninger

På grunn av korte tidsfrister så er det mange aktører som vi ikke har hatt intervju med. Vi har ikke snakket med representanter for små og mellomstore kommuner. Vi har ikke hatt intervju med

fastleger. Vi har imidlertid snakket med 24 helsearbeidere og ledere som samarbeider med PSHT, samt 10 PSHT-medarbeidere. I en kvalitativ studie så regnes dette som et relativt stort og bredt utvalg.

Fokusgruppeintervju ble, igjen pga. korte tidsfrister og lite ressurser, gjennomført som en videokonferanse. Vår erfaring er at video-formatet gjør møtet mer formelt, at deltakerne ikke tar ordet så lett, og at samtalen blir mer formell. Det kan tenkes at fokusgrupper som er ansikt-til ansikt ville gitt rikere intervju med litt mer spontanitet i dialogen. Vi mener imidlertid at funnene som kom fram er gyldige og relevante.

Dette arbeidet er gjort med støtte av ChatGPT. Dette var en ny arbeidsform for forfatterne. Vi erfarer at ChatGPT fort gjentar samme poeng og sier det samme med litt andre ord i flere omganger. Maskinell transkribering bidrar også til en del skrivefeil i gjengivelsen av det deltakerne sier som vi har rettet opp. Vi har klippet og limt fra ChatGPTs oppsummeringer, men det er vi forfattere som har strukturert rapporten og vi har også skrevet store deler av teksten selv.

Dette arbeidet gir ingen analyse av bakenforliggende årsaker, det er ingen analyse i lys av teoretiske rammeverk, ingen sammenlikning med andre tilsvarende studier, og vi foreslår heller ikke tiltak utover det som er foreslått av intervjudeltakerne. Således må rapporten forstås som en presentasjon av bakgrunn, metodikk, og en oppsummering av deltakernes oppfatninger av PSHTs arbeid.

## 6 Konklusjon

### 6.1.1 Erfaringer med PSHT

Blant de helsearbeiderne som har direkte samarbeidserfaring med PSHT, er det positive tilbakemeldinger. PSHT er lette å ta kontakt med, og raske til å ta tak i en henvisning. De beskrives som løsningsorienterte, og kan ofte gi råd og bistand også til saker hvor de selv ikke er involvert. Pasientforløpene blir bedre, pasientene kommer raskere hjem, og de ansatte ser at man klarer å redusere re-innleggelse.

### 6.1.2 Identifisering av PSHT-pasienten

Det er uklart for ansatte i spesialisthelsetjenesten hvem som er PSHT-pasienten. Når målgruppen er uklar, så blir det også uklart for henviser på sykehus, når de skal henvide til PSHT, og hvilken rolle PSHT forventes å ha. Denne forståelsen deles av PSHT. Det er et behov for å drøfte om tydeligere henvisningskriterier er nødvendig. Kan flagging av pasienter med spesielt komplekse behov være et tiltak? Det er ønskelig med økt kunnskap om og høyere synlighet av PSHT i spesialisthelsetjenesten.

De kommunale tjenesteyterne har ikke problemer med å identifisere aktuelle pasienter for PSHT.

### 6.1.3 Forslag til forbedring:

Synliggjøring av PSHT. Alle PSHT-teamene erfarer at de må markedsføre tjenestene sine, spesielt i en oppstartsfase. PSHT ønsker selv å bli involvert tidligere i forløpene, ved at risikopasienter blir identifisert mer systematisk både i kommuner og sykehus. Det er gjennomgående fra alle deltakerne at man kan fort glemme at et tilbud som PSHT finnes. Deltakerne ønsket en sterkere synliggjøring, gjennom plakater, deltakelse i previsitt og tavlemøter, tilby foredrag, deltidsstillinger, hospitering etc. Dette må gjentas med jevne mellomrom, ettersom det er stort personalutskifting av helsearbeidere noen steder, slik at når nøkkelpersonell slutter, så synker henvisningsraten.

Samarbeidet lettes av at man utarbeider tydelig rollefordeling og grenseoppgang mellom PSHT og andre tverrfaglige team i både spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Slike grenseoppganger må gjøres med hver samarbeidspartner, etter lokale behov og utfordringer.



PSHT-ansatte ønsker en mer systematisk kartlegging av risikopasienter og vil gjerne bli involvert tidligere i sammensatte og langvarige forløp, for om mulig, forebygge flere innleggelser.

Egenandel for PSHT pasienter er en barriere for både henviser og pasient, spesielt i rus-psykiatri feltet.

I det videre arbeidet med rapporten anbefaler vi at UNN bruker dette som grunnlag for en dialog med alle relevante aktører til å utvikle svar på de utfordringene som er identifisert. Samtidig er det kanskje aller viktigst at man søker å støtte og ivareta det gode arbeidet som allerede gjøres i samarbeid mellom PSHT og de øvrige tjenesteyterne for pasienter med sammensatte og langvarige behov.

## 7 Referanser

1. Thuemmler C, Bai C. Health 4.0: How virtualization and big data are revolutionizing healthcare: Springer; 2017.
2. Clegg A, Bates C, Young J, Ryan R, Nichols L, Ann Teale E, et al. Development and validation of an electronic frailty index using routine primary care electronic health record data. *Age & Ageing*. 2016;45(3):353-60.
3. Wang L, Si L, Cocker F, Palmer AJ, Sanderson K. A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Applied health economics and health policy*. 2017;16:15-29.
4. Tinetti ME, Fried T, Boyd C. Designing health care for the most common chronic condition—multimorbidity. *JAMA: the journal of the American Medical Association* [Internet]. 2012; 307(23):[2493-4 pp.]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2012.5265>  
[http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/24244/jvp120020\\_2493\\_2494.pdf](http://jama.jamanetwork.com/data/Journals/JAMA/24244/jvp120020_2493_2494.pdf).
5. Berntsen GR, Høyem A, Lettrem I, Ruland C, Rumpsfeld M, Gammon DB. A person-centered integrated care quality framework. A qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health services research* 2018( 18):1-15.
6. Wagner E, Davis C, Schaefer J, Von Korff M, Austin B. A Survey of Leading Chronic Disease Management Programs: Are They Consistent with the Literature? [Article]. *Journal of Nursing Care Quality*. 2002;16(2):67-80.
7. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*. 2008;27(3):759-69.
8. Bodenheimer T, Sinsky CJTAoFM. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. 2014;12(6):573-6.
9. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*. 2022;327(6):521-2.
10. de Bruin SR, Versnel N, Lemmens LC, Molema CCM, Schellevis FG, Nijpels G, et al. Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: A systematic literature review. *Health Policy*. 2012;107(2-3):108-45.
11. Berntsen G, Dalbakk M, Hurley JS, Bergmo T, Solbakken B, Spansvoll L, et al. Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: a propensity score-matched controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2019(19):682.
12. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care: Oxford University Press; 2002.



## 8 Appendix: Intervjuguide for Evaluering av Pasient-sentrert Helsetjenestetteam (PSHT)

### Introduksjonsspørsmål:

- Navn:
- Rolle i organisasjonen:
- Samtykke
- Hvordan ble du først kjent med PSHT og hvor ofte er dere i kontakt med PSHT

### Hovedspørsmål:

#### 1. Felles mål: Er det etablert en klar forståelse av PSHTs tilbud (blant henviserne)

- Hva er deres generelle erfaringer med PSHT?
- Hva er deres opplevelse av PSHTs rolle og funksjon i pasientforløpet?
- Hvem er PSHT pasienten?

#### 2. Erfaringer med bruk av PSHT

Ta utgangspunkt i de siste pasientene dere har henvist.

- Fortell om deres seneste erfaringer med å henvise til PSHT - Ta oss gjennom hvordan prosessen gikk
- Hva er det som får dere til å vurdere å henvise pasienter til PSHT? (Er det f.eks. Formelle rutiner, kjennskap til tilbudet, flere forslag?)
- Hvordan identifiserer dere pasientene som dere henviser til PSHT
- Hva var formålet med henvisningen
- Hvordan opplever dere samarbeidet etter at pasienten er blitt henvist til PSHT?
- Hvordan vurderer kriteriene for å henvise pasienter til PSHT-teamet?
- Får dere til å samarbeide på tvers?
- Er metodikken relevant?

#### 3. Forbedringsmuligheter i PSHT-prosessen

- Hva synes dere om PSHT tilbudet?
- Hvilke forbedringspunkter ser du i samarbeidet og prosessen med PSHT?
- Er det aspekter ved prosessen som fungerer spesielt godt eller dårlig?
- Har du forslag til hvordan disse forbedringspunktene kan adresseres?
- Hvilken endring ville ha størst positiv effekt, og hvorfor?

#### Avsluttende spørsmål:

- Er det andre aspekter ved samarbeidet med PSHT som du ønsker å diskutere eller som vi ikke har dekket gjennom intervjuet?