

Pasientsentrert helsetjenesteteteam PSHT: Våre beste overganger



Erfaringskonferanse Gode pasientforløp 2019

9. Januar 2019

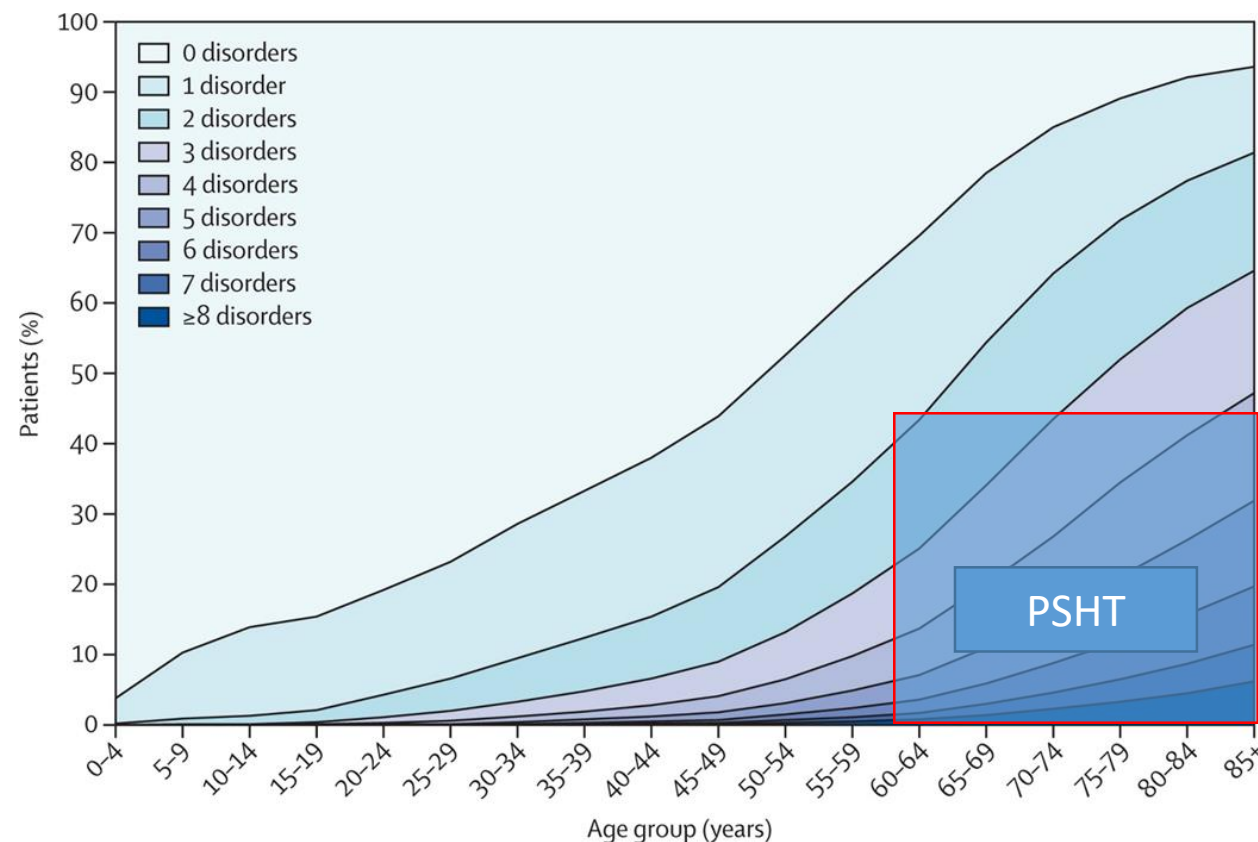
Birgitte Forsaa Åbotsvik, sykepleier/koordinator

2013: Pasientsentrert helsetjenesteteteam PSHT Pilot av ny helsetjenestemodell og metode 2019: Fast drift i Tromsø

Formål og målgruppe

Gjennom etablering av felles tverrfaglig team:

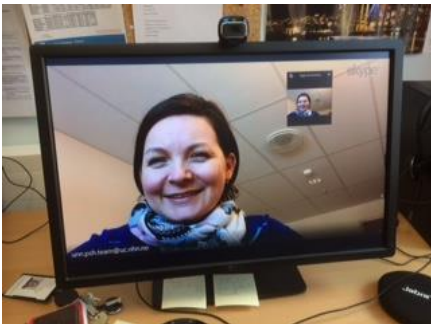
- Styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer
- Styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og tiltak



PSHT på distanse: Balsfjord, Karlsøy og Lenvik

PSHT Balsfjord og Karlsøy

- Lokal koordinator i kommunen
- Frigjort ressurser- 30-50%
- Lokale arbeidsgrupper
- Koordinator UNN
- Lege UNN



PSHT Lenvik

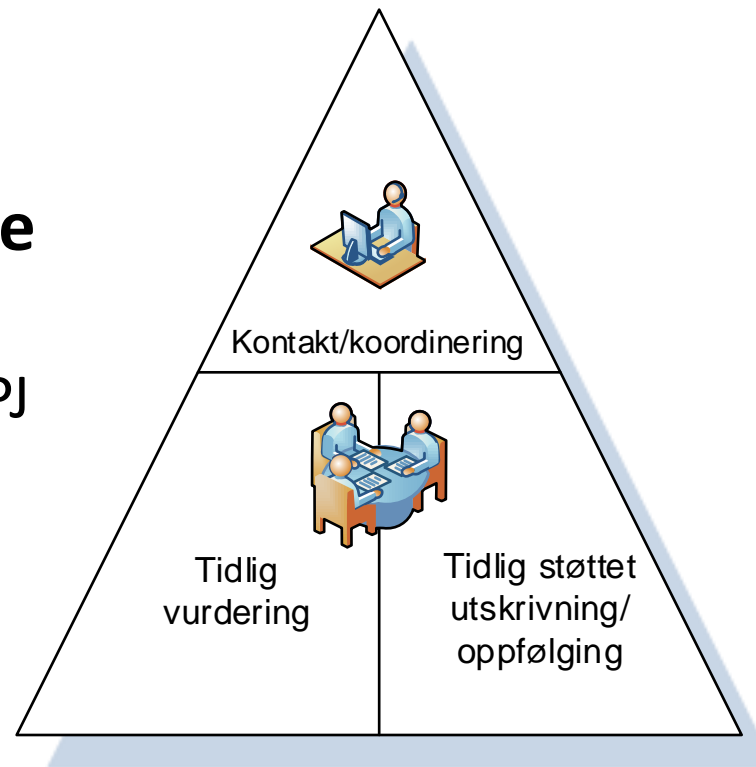
- Pasientkoordinator og sykepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut
- Lege
- Sekretær
- Koordinator UNN
- Lege UNN



PSHT helsetjenestemodell i Tromsø

Struktur

- Tverrfaglig team
- **På tvers av 1. og 2. linje**
 - Sam-finansiering
 - Tilgang til hverandres EPJ
 - Felles prosjektledelse



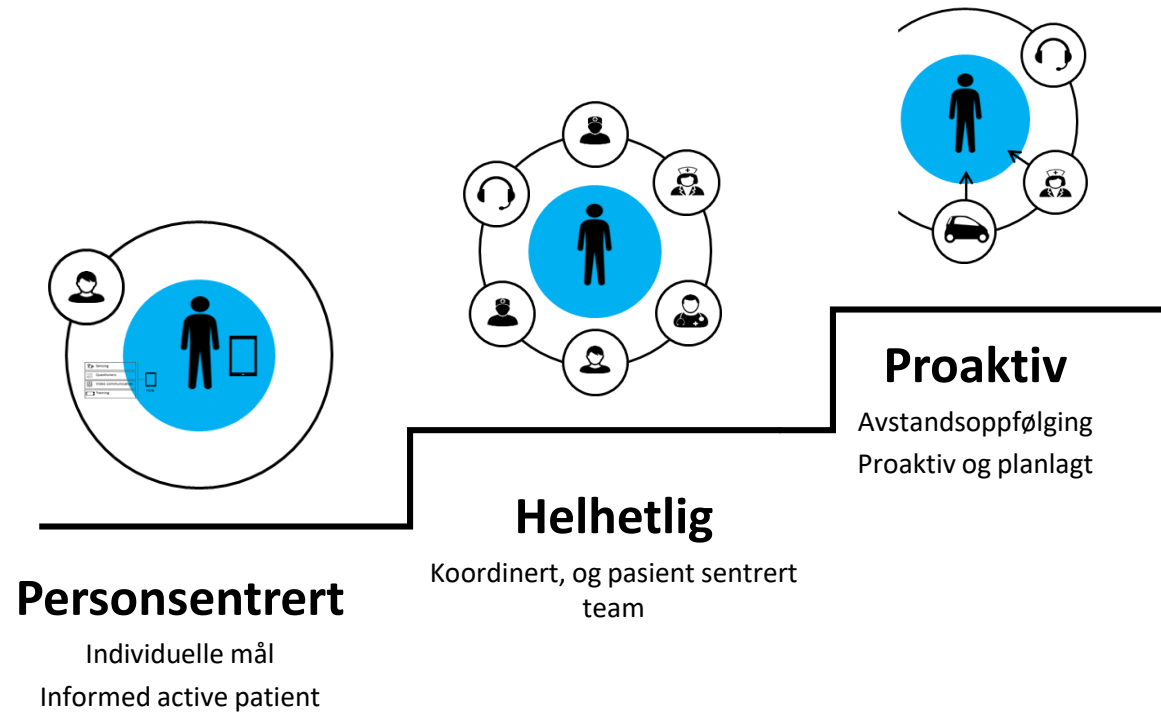
Sykehuset

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

Kommune

- Pasientkoordinator
- Spes.sykepleier
- Ergoterapeut
- Fysioterapeut

PSHT utvikler arbeidsmetode som er:



Personsentrert

«Hva er viktig for deg?»

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



Hva er
viktig
for deg?

Å få fram pasientens mål og preferanser er en prosess

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

Hva er viktig for deg?

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



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

Vår oppgave:

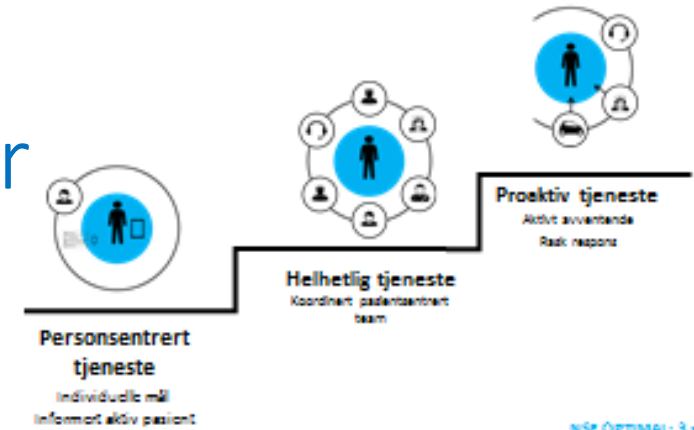
Omforme pasientens målsetting til mål for oppfølginga i helsevesenet. Hva kan helsevesenet bidra med for måloppnåelse? Hvilke helsemessige utfordringer kan potensielt komme i veien for måloppnåelse? Hvordan kan vi minimere disse?

Kartlegging – identifisering av risikoområder

Tverrfaglig kartlegging ->
felles forståelse av
risikoområder

Hva er de kritiske
områdene i oppfølginga?

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

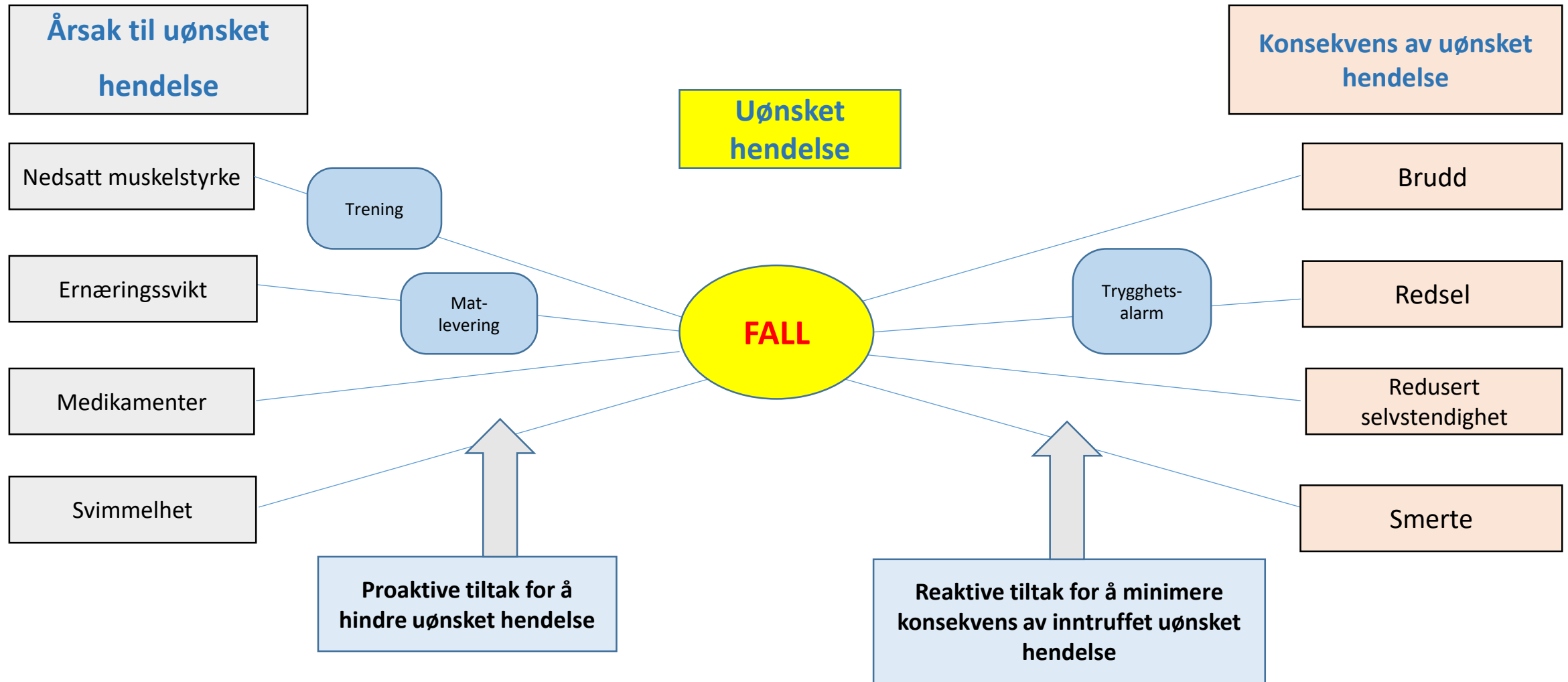


En proaktiv tjeneste gjør risikovurderinger FØR den uønskede hendelsen har inntruffet, for å forhindre at den skjer!

Risikovurdering innebærer å finne årsaker til at de uønskede symptomene/tilstandene har oppstått, slik at vi kan gjøre noe med årsakene og forebygge nye hendelser.

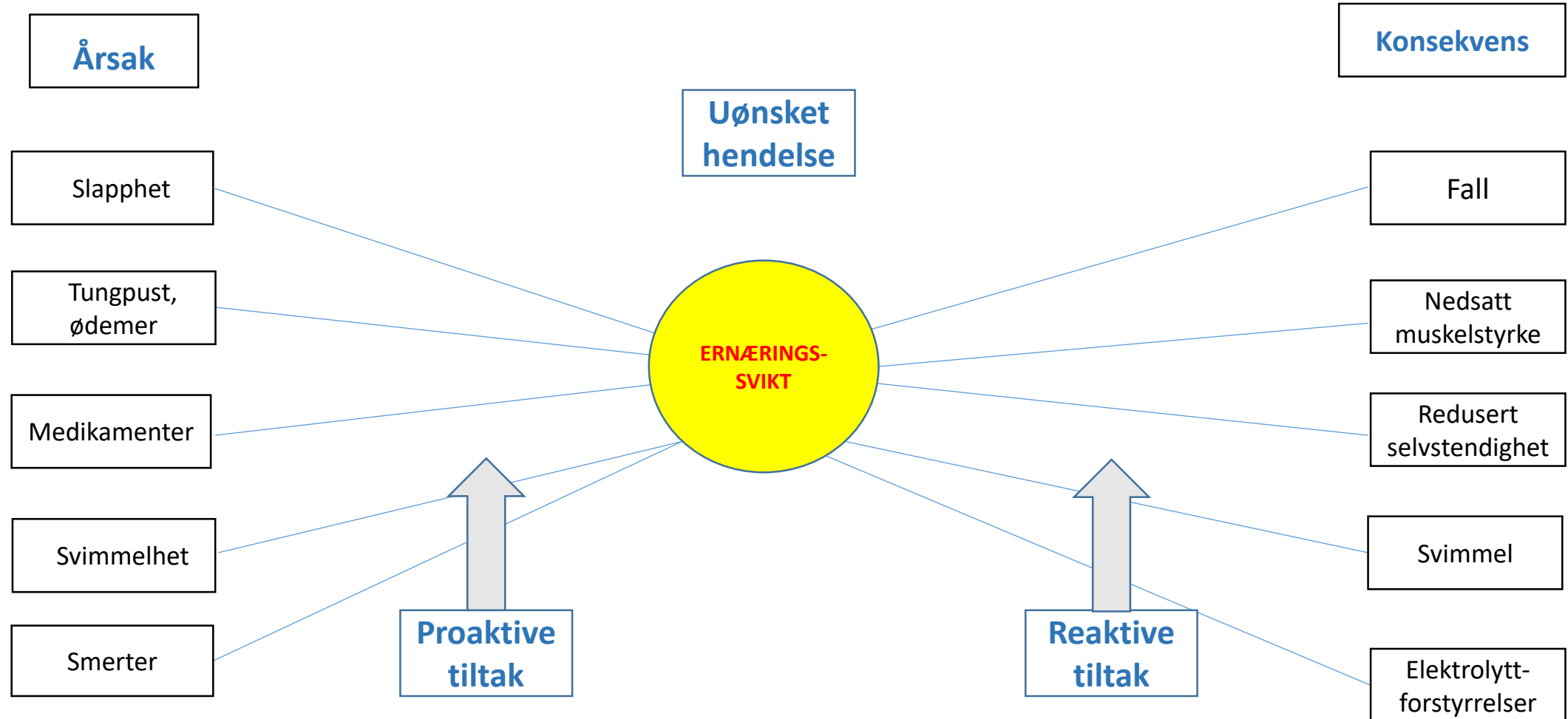
Hos en skrøpelig pasient vil det ofte være flere uønskede tilstander og det som er konsekvens av en tilstand kan være årsaken til en annen, og motsatt.

Risikoanalyse: Eksempel på sløyfemodellen



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

Risikoanalyse: Sløyfemodellen



Må ha pust til det Lege/farmasøyt/spl optimaliserer sviktbeh. Legger plan for videre observasjoner og tiltak:
Hva skal måles og hvor ofte? Hvilke tiltak utløses av observasjonene/målingene?

Må ha krefter til det Sykepleier/ergoterapeut/lege utarbeider ernæringsplan for å oppnå tilstrekkelig
matinntak. Alternativ plan for dårlige dager.

Må ha styrke til det Fysioterapeut/ergoterapeut lager treningsopplegg

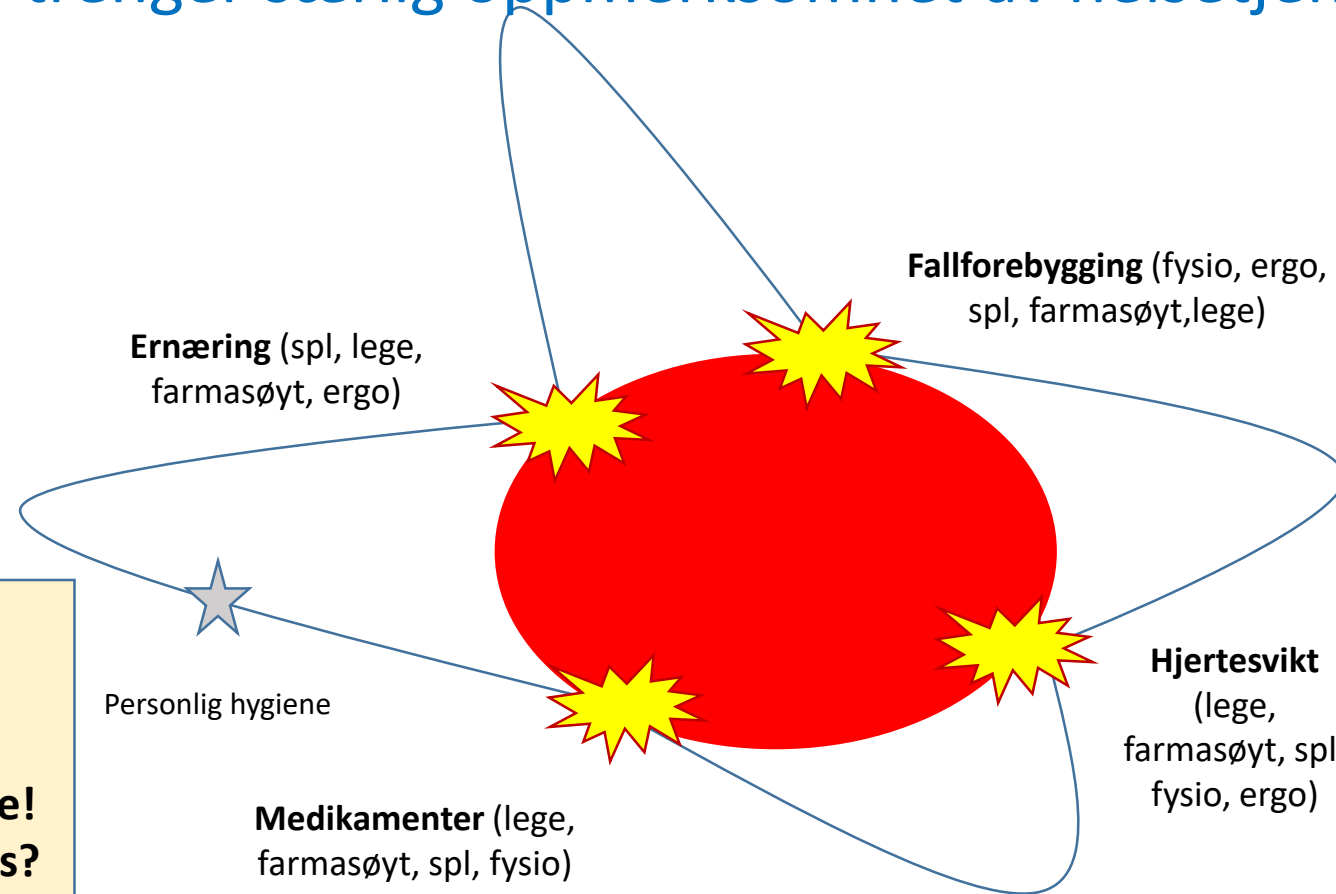
Må bruke kreftene rett Ergoterapeut vurderer hensiktsmessige strategier og hjelpemidler

Må ha riktig hjelp Hjemmetjenesten

Må føle seg trygg

Planlegging: Hva er de kritiske områdene?

Hvilke områder trenger særlig oppmerksomhet av helsetjenesten?

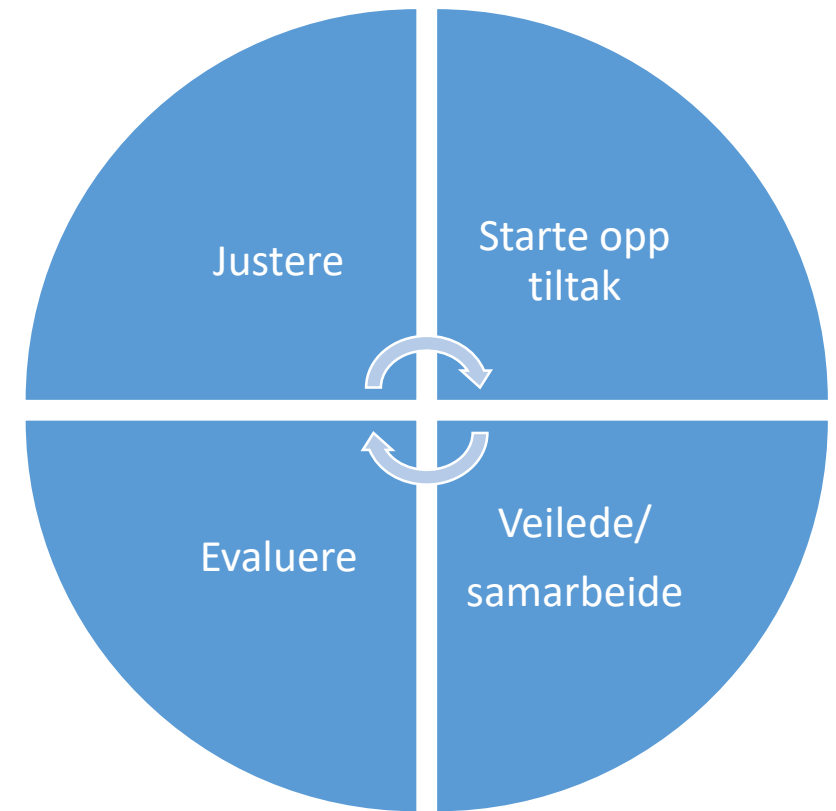


Konkret oppfølgingsplan for hvert av de kritiske områdene!

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

Igangsetting av oppfølgingstiltak i hjemmet utfra avklart, helhetlig plan

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



Pasientens team: mange aktører

Behov for koordinering, men hvem skal gjøre det?

