

Prosjektrapport

Sluttrapport fra Troms-Ofoten-prosjektet



Nils Kolstrup

Tittel: Sluttrapport fra Troms-Ofoten-prosjektet

NST-rapport: 04-2014

Prosjektleder: Nils Kolstrup, prosjektleder, rådgiver NST.

Forfattere: Nils Kolstrup, prosjektleder, rådgiver NST.

ISBN: 978-82-8242-042-6

Dato: 2014-02-17

Antall sider: 37

Emneord: Samhandling, Troms-Ofoten, helsetjeneste, pasientforløp

Oppsummering:

Den foreliggende rapport er sluttrapporten fra Troms-Ofoten-prosjektet. Bakgrunnen for denne rapporten er et vedtak i Overordnet SamarbeidsOrgan (OSO) [OSO vedtaket 13.13](#). Troms-Ofoten-prosjektet startet i 2008. Ideene ble framlagt for [OSO i sak 15.10](#). Prosjektet var visjonært og forut for sin tid. Arbeidet med prosjektet har medført at helsetjenesten i opptaksområdet tidlig har utviklet fremtidsrettede helsetjenestemodeller. Noen av disse modeller har vært utviklet som egne styringsdokumenter eller prosjekter med ideologisk fundament fra Troms-Ofoten-prosjektet.

Rapporten gir et kort resyme av historikken til Troms-Ofoten-prosjektet og oversikt over hvilke dokumenter og ideer om fremtidens helsetjeneste som ligger til grunn for denne rapporten. Deretter følger et kapittel med en beskrivelse av hvilke prosjekter som kan ses som en naturlig fortsettelse av Troms-Ofoten-prosjektet og andre prosjekter som kan være til inspirasjon for fremtidens helsetjeneste. Så følger resultatene av arbeid innenfor pasientsentrerte helsetjenester og pasientforløp, samhandlingsstatistikk samt folkehelsearbeid og forebygging, og endelig vyer om fremtidig forskning. Siste kapittel inneholder anbefalinger til oppfølging.

Innen pasientsentrerte helsetjenester foregår det allerede mye. Det viktigste er å sette pasienten og dennes evne til autonomi i sentrum. Klinisk praksis og de organisatoriske tiltakene skal tilpasses denne målsetningen slik at det blir lett og motiverende for pasienter og helsearbeidere å arbeide sammen.

Utgiver: Nasjonalt Senter for samhandling og telemedisin
Universitetssykehuset Nord-Norge
Postboks 35
9038 Tromsø
Telefon: 07766
E-post: info@telemed.no
Internett: www.telemed.no

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 samhandling og telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.telemed.no.

© 2014 Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

English Summary

Title:

Final Report from the Troms Ofoten project

Abstract:

The present report is the final report from the Troms-Ofoten-project. The background for this report is a decision of the Superior Cooperation Organ (OSO) OSO decision 13.13 . The Troms-Ofoten-project started in 2008. The ideas were presented to the OSO in Case 15.10. The project was visionary and ahead of its time. Work on the project has meant that health services in the area have developed innovative health care models. Some of these models have been developed as separate policy documents or projects with an ideological foundation based on the ideas of the Troms-Ofoten-project.

The report contains a brief summary of the history of the Troms-Ofoten-project and strategy documents that serve as the framework the present service in the region. After this follows a chapter on the projects that can serve as a natural continuation of the Troms-Ofoten-project and also other projects that can serve as inspiration for the future health care in the area. The next chapter report on the results of work in patient-centred healthcare and patient care, interaction statistics as well as health promotion and prevention, followed by visions for future research. The final chapter contains recommendations for follow-up.

The most important message from the report is to unconditionally put the patient and his or her ability to be autonomous at the core of all care. Clinical practice and organizational measures should be adapted to this objective so that it is easy and motivating for patients and health professionals to work together to achieve this goal.

Forord

Troms-Ofoten-prosjektet startet i 2008. Ideene ble framlagt for OSO i sak 15.10. Prosjektet var visjonært og forut for sin tid. Arbeidet med prosjektet har medført at helsetjenesten i opptaksområdet tidlig har utviklet fremtidsrettede helsetjenestemodeller. Noen av disse modeller har vært utviklet som egne styringsdokumenter eller prosjekter med ideologisk fundament fra Troms-Ofoten-prosjektet.

Bakgrunnen for denne rapporten er OSO-vedtaket 13.13. Rapporten tar for seg et kort resyme av historikken til Troms-Ofoten-prosjektet og hvilke dokumenter og ideer om fremtidens helsetjeneste som ligger til grunn. Deretter følger et kapittel med en beskrivelse av hvilke prosjekter som kan ses som en naturlig fortsettelse av Troms-Ofoten-prosjektet og andre prosjekter som kan være til inspirasjon for fremtidens helsetjeneste. Så følger resultatene av arbeid innenfor pasientsentrerte helsetjenester og pasientforløp, samhandlingsstatistikk samt folkehelsearbeid og forebygging, og endelig vyer om fremtidig forskning. Siste kapittel inneholder anbefalinger til oppfølging.

Innen pasientsentrerte helsetjenester foregår det allerede mye. Det viktigste er å sette pasienten og dennes evne til autonomi i sentrum. Klinisk praksis og de organisatoriske tiltakene skal tilpasses denne målsetningen slik at det blir lett og motiverende for pasienter og helsearbeidere å arbeide sammen for å oppnå målsetningen.

Innhold

1	Bakgrunn	9
1.1	Historikk med prosjekter og tiltak som har sin basis i Troms-Ofoten-prosjektet ...	9
1.2	Verdigrunnlag og bakgrunn	9
1.3	Sammenheng med måldokumenter	13
2	Prosjekter med relasjon til Troms-Ofoten-prosjektet.....	14
2.1	Pasientsentrerte helsetjenesteteam	14
2.1.1	Prosjektets mål	14
2.1.2	Delmål – redusere behov for innleggelse i sykehus	14
2.1.3	Delmål – legge til rette for raskere utskriving fra sykehus.....	15
2.1.4	Gjennom tidlig vurdering og intervensjon bidra til å redusere behovet for innleggelser i sykehus og forebygge evt. ytterligere funksjonstap.....	15
2.2	Veien frem til helhetlig pasientforløp.....	16
2.3	Samhandlingsbarometret	18
2.4	CIP-Mastermind	18
3	Andre tiltak med virkelighetsforståelse og løsningsstrategier som kan danne grunnlag for fremtidig arbeid med oppfølgingen av Troms-Ofoten-prosjektet	20
3.1	Pace and Treat	20
3.2	EPITAL	21
3.3	PsyConnect	22
3.4	Medrave.....	22
3.5	Snow	22
4	Prosjektskisse over prosjekter som er omtalte i sluttrapporten til Troms-Ofoten-prosjektet	23
5	Resultater fra delutredninger innen Troms-Ofoten-prosjektet.....	24
5.1	Pasientsentrerte helsetjenester og pasientforløp.....	24
5.1.1	Bakgrunn.....	24
5.1.2	Materiale og metode.....	24
5.1.3	Resultater og diskusjon	25
5.1.4	Konklusjon	26
5.1.5	Samhandlings statistikk og evaluering	27
5.2	Folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid	28
5.2.1	Bakgrunn.....	28
5.2.2	Vurdering	29
5.2.3	Behov for kompetanseheving.....	30
5.3	Forskning	31
5.4	Teknologi	31
5.4.1	Konklusjon og anbefalinger	32
6	Anbefalinger til fra Troms-Ofoten-prosjektet til OSO.....	34
6.1	A: Pasientsentrerte helsetjenester for pasienter med komplekse behov.....	34
6.2	B: Psykiatri og oppfølging av pasienter med store omsorgsbehov i kommuner utenfor det primære opptaksområde for «Pasientsentrerte helsetjenesteteam»	34
6.3	C: Statistikk. Verktøy for løpende vurdering av samhandling mellom UNN-HF og kommunene.....	34

6.4	D: Folkehelse. Avsetning av personell og økonomi til følgende arenaer for registrering og kunnskapsutveksling.....	34
6.5	E: Forskning	35
6.6	F: Teknologistøtte	35
7	En varm takk til personer som har bidratt med deres viten til denne rapporten. Uten dem ville den aldri blitt til.....	36
7.1	Prosjektgruppe.....	36
7.2	Arbeidsgrupper	36
8	Appendiks	37

1 Bakgrunn

1.1 Historikk med prosjekter og tiltak som har sin basis i Troms-Ofoten-prosjektet

Troms-Ofoten-prosjektet startet i 2008. Ideene ble framlagt for OSO i sak 15.10¹.

Målsetningen var da formulert slik:

Formålet med denne piloten er å utvikle samhandlingsmodeller i helsetjenesten i TO regionen som tar i bruk moderne kommunikasjonsteknologi og organiserer tjenesten på en slik måte at pasientene får det beste tilbudet på lavest mulige nivå. Målet er å sikre en trygg helsetjeneste, som gir optimal livskvalitet og effektiv behandling. Delmål er å kunne vise at pilotens organisering av helsetjenestetilbudet fører til at flere mestrer sine helseplager bedre, og at færre trenger spesialisthelsetjenester. Det må legges til rette for registrering av forsknings- og evalueringsdata slik at det kan trekkes ny forskningsbasert kunnskap ut av piloten.

Prosjektet var visjonært og forut for sin tid. Arbeidet med prosjektet har medført at helsetjenesten i opptaksområdet tidlig har utviklet fremtidsrettede helsetjenestemodeller. Noen av disse modeller har vært utviklet som egne styringsdokumenter eller prosjekter med ideologisk fundament i tankene fra Troms-Ofoten-prosjektet (se nedenfor).

En av de viktigste effekter av Troms-Ofoten-prosjektet var at de involverte parter i primærhelsetjenesten² og spesialisthelsetjenesten begynte at snakke sammen, og at de under prosjektutviklingen og etterpå faktisk fikk til en felles forståelse av utfordringene i fremtidens helsetjeneste. Dette har direkte ført frem til denne rapporten og prosjektet «Pasientsentrerte helsetjenesteteam³».

1.2 Verdigrunnlag og bakgrunn

Det blir i de kommende år en voldsom økning av eldre over 65 år i befolkningen. Disse eldre får mer og mer sammensatte og kroniske sykdomsbilder. Samtidig økes muligheten for mer omfattende ikke-kurativ behandling. Det betyr at helsetjenesten får en stor økning av eldre pasienter med komplekse kroniske sykdomsbilder som man kan hjelpe, men ikke kurere.

Målet om å få folk friske er derfor illusorisk for store grupper av pasienter i fremtidens helsevesen. For disse tjenester blir målet å skape et godt og meningsfylt liv for den enkelte. Dette krever nytenkning fra helsetjenestens side, som til nå har vært dominert av tanken på

¹ http://www.helse-nord.no/getfile.php/UNN%20INTER/Enhet/Samhandling-telemed_web/OSO/ref_oso_210410.pdf

² Hele helsetjenesten utenfor sykehuset ikke bare fastleger eller pleie og omsorgstjenesten, men hele kommunehelsetjenesten sett under ett.

³ Flere fagfolk innenfor helse og evt sosial tjenestene som samarbeider om enkeltpersoner. Disse teams vil ha en koordinerende kjernebemannning og vil i den utstrekning det er nødvendig tekke andre fagfolk til seg.

å kurere folk for enkeltsykdommer, slik at pasientene kan komme tilbake i samfunnet uten sykdom.

Fremover vil målsetningen om at helsetjenesten kan garantere alle fullstendig helbredelse, resultere i mangel på helhetlig tenkning og frustrasjon hos både helsepersonell og pasienter, fordi målet om en helt frisk person er uopnåelig. Et realistisk mål vil være å hjelpe pasienter til et best mulig liv, basert på pasientenes EGEN definisjon av hva dette måtte være. En slik definisjon vil variere fra pasient til pasient og helsetjenesten må derfor lære å lytte til pasientene og øke pasientenes erkjennelse av egne behov - forutsatt at helsetjenesten ikke kan kurere dem. De enkelte helsearbeidere og de administrative strukturer de er underlagt, skal målrettet sørge for at disse pasienter får et tjenestenivå som gir dem mest mulig autonomi, men samtidig en helsetjeneste med høy kvalitet og god trygghet. På en måte sikres mest mulig egenverd for pasientene.

Det vil i nær fremtid sannsynligvis bli personellmangel i helsesektoren, igjen fordi den eldre populasjonen øker raskt. Derfor vil en mer effektiv utnyttelse av de begrensede ressurser være helt nødvendig. Det kan skje ved bedre koordinering av de tjenestene som tilbys, slik at oppstykke og usammenhengende tjenester unngås.

De demografiske endringer med høy alder og mange komplekse kroniske sykdommer er ikke bare en utfordring for Norge, men for hele Vest-Europa og Japan samt Kina. I England har Royal College of Physicians⁴ i år fremlagt en omfattende rapport som beskriver problemene og som foreslår en fremtidsrettet løsning i form av en radikal omlegging i helsevesenet for å møte de utfordringer som er beskrevet ovenfor.

Royal College of Physicians mener at den eneste måte å løse problemet på, er at helse- og sosialtjenestene jobber som proaktive lag, ikke en og en. Ikke adskilt i primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, men som én organisk og trygg tjeneste. På den måten sikres størst mulig egenverd og autonomi for den enkelte og en effektiv utnyttelse av alle deler av helse – og sosialtjenestene. Dette mener Royal College of Physicians er den eneste måten å ta hånd om denne gruppen av pasienter som man ikke kan forvente blir friske, men som har et verdifullt liv på tross av sine kroniske sykdommer. Man må sikre effektiv, forebyggende behandling for primært å unngå helsekriser. Når pasientens tilstand krever opptrapping av behandling skal dette gjøres ved rask diagnose og rett plassering i helsesystemet slik at pasienten får optimal behandling ut fra dennes preferanser og normer. Rett behandling til rett tid på rett sted, hva man i rapporten kaller 'Quality healthcare'.

Samhandlingsreformens⁵ tanker er basert på samme verdigrunnlag og virkelighetsforståelse. Formålet med reformen er:

- Økt livskvalitet for den enkelte og redusert press på helsetjenesten gjennom satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Dempet vekst i bruk av sykehustjenester ved at en større del av helsetjenestene ytes av kommunehelsetjenesten – forutsatt like god eller bedre kvalitet samt kostnadseffektivitet – til det beste for pasientene

⁴ <http://www.rcplondon.ac.uk/projects/future-hospital-commission>

⁵ <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen/om-samhandlingsreformen/samhandlingsreformen-i-kortversjon.html?id=650137>

- Mer helhetlige og koordinerte tjenester til brukere av helsetjenesten gjennom forpliktende samarbeidsavtaler og avtalte behandlingsforløp
- Sikring av en bærekraftig utvikling av helsesektoren, gjennom å bidra til effektiv bruk av ressursene

Samhandlingsreformen legger opp til en styrking av kommunehelsetjenesten, og en avflating av veksten i spesialisthelsetjenesten. Det forventes betydelig tettere samarbeid og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette vil kreve nye måter å organisere tjenestene på og integrering av IKT og telemedisin i en helt annen skala enn det vi har i dag.

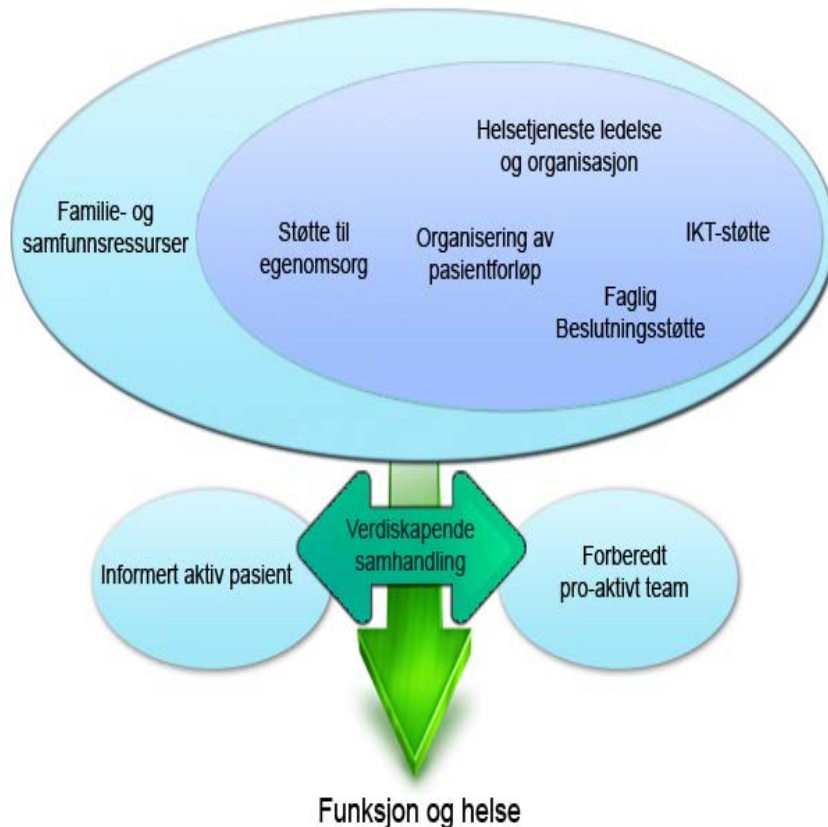
Det er pasientene med kroniske lidelser som i hovedsak trenger at aktørene i helsetjenesten opptrer koordinert og helhetlig. «Pasienten med en eller flere langvarige tilstander må kontinuerlig, og ofte på egen hånd, ta valg som påvirker helsemessige forhold og sykdomsutvikling. Helsetjenestens mulighet til å påvirke disse valgene er å støtte pasientens egenmestring» (fra Samhandling mellom UNN og primærhelsetjenesten)⁶. En slik støtte må være sensitiv for pasientens verdier, ressurser og kontekst, slik at råd og støtte blir både forståelig, ønskelig og overkommelig for pasienten. En **pasientsentrert helsetjeneste som definert av Wagner⁷** – at pasienten sammen med helsetjenesten finner veien videre vil være et helt sentralt element i tjenester for kronikere.

⁶ <http://www.unn.no/samhandling/category25692.html>

⁷ http://med.over.net/javne_datoteke/novice/datoteke/444-Thechroniccaremodelcpartc2.pdf

Denne modellen kan illustreres med nedenstående figur.

The Chronic Care Model (CCM)⁸ beskriver den "aktive informerte pasient" som en likeverdig partner med "det proaktive forberedte helsetjenestetteam".



Modellen hviler på 6 sentrale prinsipper (National Health Service report: Improving Care for People with Long Term Condition):

1. **Familie og samfunn:** å gjøre nærsamfunnet i stand til å imøtekomme behovet til personer med kroniske lidelser
2. **Helsetjenesten:** sikre at helsetjenesten har kultur, prosesser og organisering som fremmer pasientsikkerhet og høy kvalitet
3. **Støtte til egenomsorg:** sette pasienten i stand til å mestre egen sykdom i eget liv
4. **Beslutningsstøtte:** bruk av verktøy for å finne fram til de beste kunnskapsbaserte råd og tiltak for pasienten
5. **Organisering av pasientforløp:** Helsearbeider og pasient legger behandlingsplan sammen. Planen skal ivareta pasientens behov, verdier og preferanser
6. **IKT-støtte:** Bruk av informasjons- og kommunikasjonsverktøy som støtter både pasienter og helsearbeidere i alt nevnt ovenfor

⁸ (= Norsk: Pasientsentrert helsetjenestemodell) Opprinnelig amerikansk modell for hvordan man behandler pasienter med kroniske sykdommer best mulig ut fra en grunnidé om at man skal se på pasienten som et aktivt informert individ - som er en likeverdig partner med et proaktivt forberedt helsetjeneste team.

Hovedandelen av all medisinsk oppfølging og behandling foregår i primærhelsetjenesten. Utfordringene som ligger i økt press på helsetjenesten og vekst i bruk av sykehustjenester vil kunne imøtekommes med tiltak som gjør det mulig at mer foregår i og nærmere pasientens hjemmemiljø. Dette må utvikles gjennom en systematisk satsing på en utvidelse av det kommunale tjenestetilbudet, økt støtte av pasienters egenmestring med IKT- og telemedisinske verktøy som strategiske virkemidler.

Gjennom fagdiskusjonene som har foregått som forløper til Troms-Ofoten-prosjektet, og i etterkant av dette prosjektet, har de involverte parter blitt enige om at denne forståelsen av pasienter med omfattende kroniske behov skal være grunnleggende for alt videre arbeid for å bedre helsetjenesten for disse pasienter.

1.3 Sammenheng med måldokumenter

Prosjektets resultater er i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen med sammenhengende godt koordinerte pasientforløp, tidligere behandling og mer forebygging.

Det er også i tråd med Helse Nords oppdragsdokument 2013⁹ om pasientbehandling bygget på The Chronic Care Model, samt en operasjonalisering av samhandlingsavtaler mellom kommunene og UNN¹⁰. Resultatene berører spesielt Tjenesteavtale 1 om helse og omsorgsoppgaver, Tjenesteavtale 2 om samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud, Tjenesteavtale 3 om innleggelse i sykehus, Tjenesteavtale 5 om samarbeid av utskrivningsklare pasienter, Tjenesteavtale 6 om gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, Tjenesteavtale 7 om forskning og utdanning, Tjenesteavtale 9 om IKT løsninger og Tjenesteavtale 10 om samarbeid om forebygging samt lovgrunnlaget for disse avtalene.

Det er også i tråd med Tiltaksplan 2014-2016 for kompetanseutvikling i kjølvannet av samhandlingsreformen og Rapport fra arbeidsgruppen "Utredning om utvikling av undervisningstiltak om pasientsentrert helsetjeneste"¹¹ og «Oppdragsdokument 2014 fra Helse Nord til helseforetakene». Endelig er det også i tråd med idéene skissert i rapporten fra Royal College of Physicians.

Denne rapporten er utformet etter de retningslinjer som finns i den reviderte prosjektbeskrivelse for Troms-Ofoten-prosjektet som OSO ga sin tilslutning til i møte 13.mars, 2013 (sak 13/13)¹² med endringer som følge av prosjektet «Pasientsentrerte helsetjenesteteteam». Arbeidsgang og prosjektorganisering som er beskrevet i den reviderte prosjektbeskrivelsen for Troms-Ofoten-prosjektet er blitt fulgt. Modifikasjoner har vært nødvendige pga. oppstarten av prosjektet «Pasientsentrerte helsetjenesteteteam».

9

[http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/Vedlegg_sak_6_Oppdragsdokument_2013_med_endringer_styrevedtak\(1\).pdf](http://www.nordlandssykehuset.no/getfile.php/NLSH_bilde%20og%20filarkiv/Styret%20NLSH/Vedlegg_sak_6_Oppdragsdokument_2013_med_endringer_styrevedtak(1).pdf)

¹⁰ Tjenesteavtalene finns her: <http://www.unn.no/samhandling/overordnet-samarbeidsavtale-og-tjenesteavtaler-article54782-25692.html>

¹¹ En tilnærming til pasientbehandling, hvor klinikere og pasienter deler den beste tilgjengelige viten om en behandling. Når beslutninger skal tas om behandlingsvalg så oppmuntres pasientene til å vurdere de forskjellige behandlingmuligheter og velge den foretrukne behandling ut fra egne preferanser.

¹² <http://www.unn.no/overordnet-samarbeidsorgan-oso/moete-i-overordnet-samarbeidsorgan-13-03-2013-article102083-20775.html>

2 Prosjekter med relasjon til Troms-Ofoten-prosjektet

2.1 Pasientsentrerte helsetjenesteteam¹³

Deler av denne rapporten skal brukes som datagrunnlag for prosjektet «Pasientsentrerte helsetjenesteteam» som er en konkretisering og videreutvikling av Troms-Ofoten-prosjektet. Rapporten og forslag til vedtak og anbefalinger til OSO fra Troms-Ofoten-prosjektet har et noe bredere perspektiv, som inkluderer pasientgrupper og kommuner som initielt ikke er med i prosjektet «Pasientsentrerte helsetjenesteteam».

Primærhelsetjenesten har alltid hatt en personfokustert tjenestemodell. Annenlinjetjenesten har selvsagt også hatt pasientenes helse i sentrum, men det er relativt nytt at også UNN-HF velger Chronic Care Model (CCM) og shared decision making¹⁴ (SDM) som en grunnleggende filosofi for sykehusets samarbeid med de ikke-akutt syke pasientene.

UNN-HF ønsker at det skal være samsvar mellom pasientens egne preferanser og behov og de beslutninger som tas. Dette kan UNN-HF få til gjennom målrettet informasjon, kommunikasjon og dialog med pasienten i hele behandlingsskjeden. Ved alvorlig sykdom hvor det er flere enn ett mulig behandlingalternativ, ved kronisk sykdom med multimorbiditet¹⁵ og i situasjoner hvor egenmestring er viktig, vil CCM være et naturlig hjelpemiddel.

2.1.1 Prosjektets mål

Prosjektet har som overordnet mål at tilbudet som etableres skal gi et bedre og tryggere tilbud til pasienter med sammensatte og/eller kroniske lidelser enn det vi har i dag. Det forventes en bedre pasientopplevelse og pasienttilfredshet gjennom individuelt tilpassede tjenester ut fra pasientens behov.

2.1.2 Delmål – redusere behov for innleggelse i sykehus

Team for tidlig vurdering og intervensjon:

- Sikre personer med sammensatte og/eller kroniske lidelser rask tilgang til høykompetente helsetjenester
- Sikre helsepersonell rask tilgang til nødvendig veiledning, enten telefonisk, gjennom å tilby pasienten rask poliklinisk undersøkelse samme dag/påfølgende dag, eller gjennom oppsøkende virksomhet
- Sikre rask avklaring av pasientens behov for tjenester og sette inn nødvendige tiltak tidlig, før innleggelse blir nødvendig

¹³ Se APPENDIKS 1 for siste oppdaterte prosjektbeskrivelse.

¹⁴ Pasientmedvirkning (SDM) er en tilnærming der klinikere og pasienter sammen tar avgjørelser om behandling. Dette gjøres ved bruk av den beste tilgjengelige kunnskapen. Pasienter opplyses om mulige effekter og konsekvenser av alternativene. Dette gjøres for å komme frem til informerte behandlingsvalg som etisk og juridisk respekterer pasientens autonomi.

¹⁵ To eller flere samtidige, langvarige sykdomstilstander hos en pasient.

- Gjennom tidlig vurdering og intervensjon bidra til å redusere behovet for innleggelse i sykehus og forebygge evt. ytterligere funksjonstap

2.1.3 Delmål – legge til rette for raskere utskrivning fra sykehus

Team for tidlig støttet utskrivning:

1. Etablering og videreutvikling av tverrfaglige helsetjenesteteam som gjennom ambulerende, koordinering og planlegging:
 - Sikrer trygg og sømløs overføring til hjemmet
 - Sikrer oppfølging og videreføring av rehabilitering etter sykdom i pasientens nærmiljø
2. Gjennom tidlig støttet utskrivning bidra til en reduksjon av liggetid i sykehus og opphold i sykehjem.
3. Hovedansvarsområder overfor den enkelte pasient:
 - Ansvar for at behandlingen videreføres
 - Ansvar for at tidlig rehabilitering etableres i kommunalt regi
 - Ansvar for at pasienter har nødvendige ressurser
 - Ansvar for at status i pasientens helsetilstand blir overvåket. Oppfølgingstid for hver enkelt pasient foreslås til mellom 5-7 dager

Dette innebærer:

1. Identifikasjon av pasienter med komplekse behov.
2. Utvikling av verktøy for å kartlegge pasientenes verdier og preferanser.
3. Dokumentasjon av pasientens behov, verdier og preferanser.
4. Planlegging av behandling og tiltak før og utover innleggelsesperioden.
5. Eksplisitt vurdering av behov for støtte til egenmestring, inklusive klassisk rehabilitering.
6. System for oppfølging av helsetilstanden slik at forverring kan imøtekommes tidlig.
7. Kommunene må i samarbeid med spesialisthelsetjenesten utvikle metoder for å kunne planlegge overføringen mellom administrative nivå slik at det oppleves som en ubrutt behandlingsskjede.

Dette er også i tråd med oppdragsdokumentet fra Helse Nord om å legge prinsippene i The Chronic Care Model til grunn for behandling. Gjennom disse virkemidlene ivaretas pasientens individuelle behov gjennom bedre pasientforløp. Begge tiltakene må gjennomføres i et nært samarbeid mellom fagmiljøene på UNN-HF og de kommunale helsetjenestene, og må bygge på eksisterende faglige mål og handlingsplaner. Helse Nord har gjennom Kvalitetsmidlene bevilget 0,5 mill. i 2013 og 1,5 mill. i 2014 til Prosjektet "Pasientsentrerte Helsetjenesteteam".

2.1.4 Gjennom tidlig vurdering og intervensjon bidra til å redusere behovet for innleggelse i sykehus og forebygge evt. ytterligere funksjonstap.

For å unngå uheldige konsekvenser av sykehusopphold som infeksjoner, immobilisering og pasifisering er det viktig at pasienter kun utsettes for helt nødvendige innleggelse og at disse blir så korte som mulig. Dette kan oppnås med samordnet innsats fra alle relevante

helse- og sosialtjenester. Det vil også medføre riktig bruk av tilgjengelige ressurser, herunder også personellressurser.

Tidlig avklaring vil gi kommunene dedikert og rask tilgang til høykompetente helsetjenester, enten som telefonisk eller annen fjernteknologisk veiledning, rask poliklinisk undersøkelse samme dag eller påfølgende dag, eller som oppsøkende virksomhet. Bruk av tverrfaglige team muliggjør helhetlig kartlegging, rask diagnose og behandling. Tilbudet bør gis på dag/ettermiddag alle ukedager.

Formålet er å gi rask avklaring av pasientens behov for tjenester, og å forebygge innleggelse. Dette vil også kunne bidra til raskere iverksettelse av nødvendige kommunale helse- og sosialtjenester. Det forutsetter et nært og aktivt samarbeid med fastleger, den hjemmebaserte pleie- og omsorgstjeneste og sykehjemmene. Gjennom slik tett og effektiv oppfølging oppnår man tidlig vurdering av pasienter som er i faresonen for å få forverret sin helsetilstand, samt forbedrede pasientforløp.

Tidlig støttet utskriving er tenkt som et team bestående av representanter fra både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Teamene skal sammen sørge for en tidlig overføring av pasienter fra sykehus til kommunalt omsorgsnivå.

Ved tidlig støttet utskriving blir hovedansvarsområder overfor den enkelte pasient:

1. sørge for at behandlingen videreføres
2. sørge for at tidlig rehabilitering og støtte til egenmestring etableres i kommunalt regi
3. sørge for at pasienten har nødvendige ressurser
4. sørge for at status i pasientens helsetilstand blir overvåket

Oppfølgingstid av team fra UNN-HF ut i kommunene er for hver enkelt pasient foreslått til mellom 5 og 7 dager.

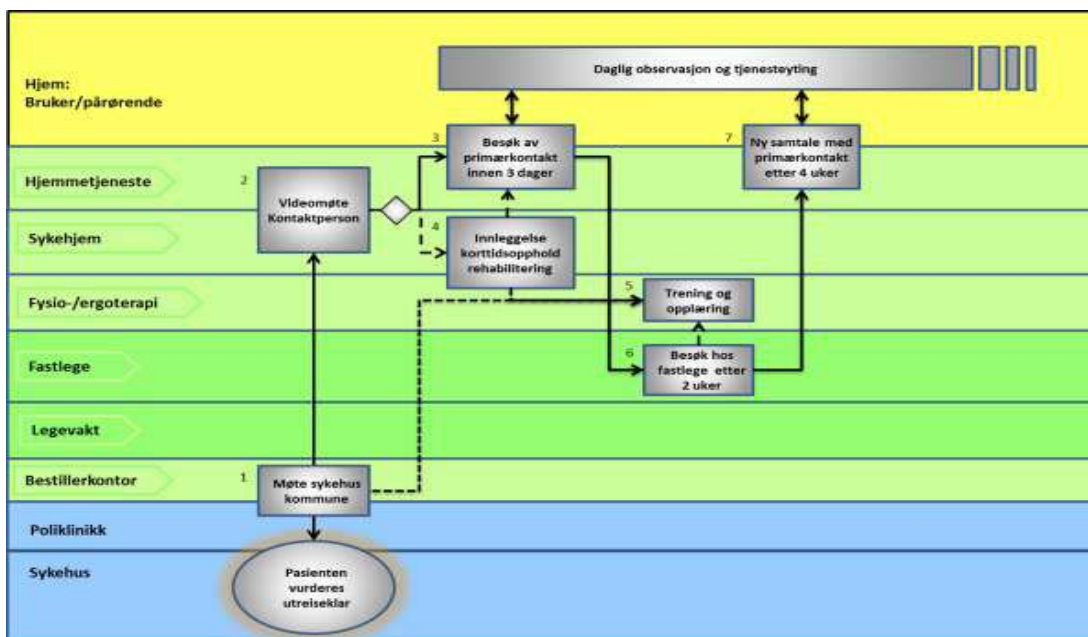
Prosjektet er fortsatt under planlegging, men verdigrunnlag og grunnstruktur er fastlagt.

2.2 Veien frem til helhetlig pasientforløp

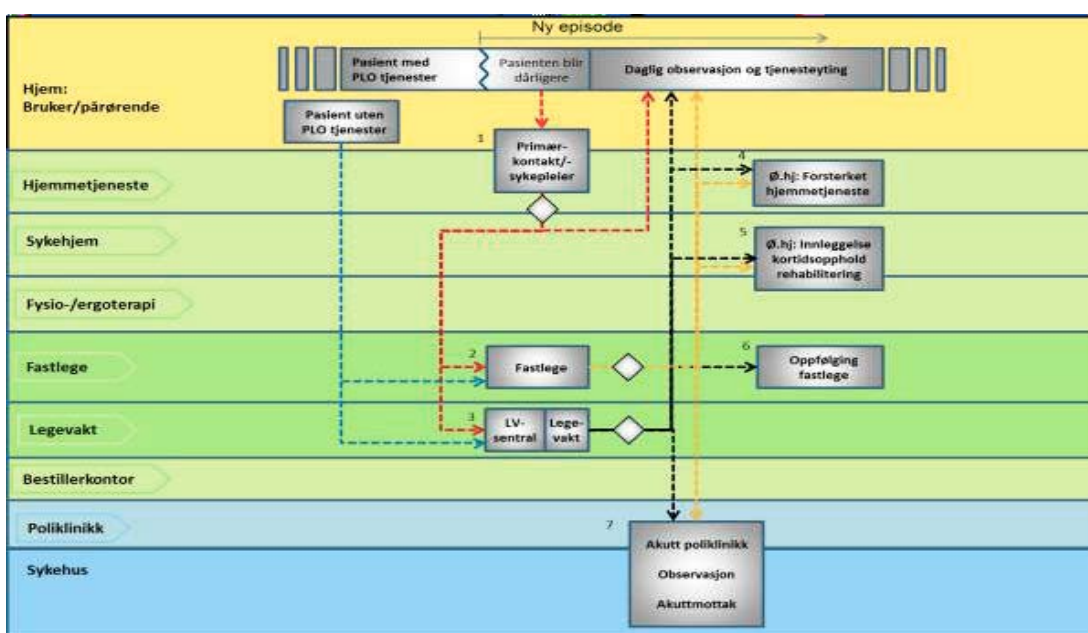
«Pasientsentrerte helsetjenesteteam» vil i begynnerfasen bli utprøvd i Harstad og Tromsø kommuner. Når man har erfaringer fra disse kommunene vil prosjektet bli utvidet til andre kommuner. Tidsperspektivet er usikkert, men hvis prosjektet er en suksess vil det bli utvidet til hele Troms-Ofoten-området. I påvente av dette utviklingsarbeidet anbefaler vi at kommuner som ikke inngår i første fase av prosjektet bruker kvalitetsverktøy for å sikre målbar og god helsetjenestekvalitet, for eksempel det tidligere nevnte «Veien frem til helhetlig pasientforløp»¹⁶. Erfaringene fra prosjektet «Veien frem til helhetlig pasientforløp» fra 2012 vil kunne brukes direkte i de resterende kommunene i Troms-Ofoten-området som en kvalitetssikring av tjenestene.

Dette er en tjenestemodell som er utviklet i Trøndelag. Den er allerede i bruk i noen kommuner. Figuren nedenfor illustrerer viktige prinsipper for denne modellen.

¹⁶ <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/Utvikling%20av%20pasientforloep%20stoettet%20av%20elektronisk%20samhandling.pdf>



Figur 1: Hovedelementene i en strukturert utskrivningsprosess og som ligger fast for alle diagnoser og er likt i kommunene. For hver boks beskrives prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold. Pasienten meldes utskrivningsklar og informasjon utveksles (1 og 2). Hjemmetjenester etableres (3), evt. først etter et interimopphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøkes eller få besøk av fastlegen (6). Evt. trening og opplæring som er startet vurderes kontinuert (5). Det hele blir evaluert etter 4 uker (7).



Figur 2 Hovedelementer i pasientforløp ved uplanlagte behov for helsetjenester. En pasient som mottar hjemmetjenester blir dårligere og tiltak blir vurdert (1). Tettere oppfølging hjemme eller at fastlege (2) eller legevakt (3) kontaktes. Disse har flere opsjoner: Kommunalt ø.hj. tilbud - forsterket hjemmetjeneste (4) eller plass i sykehjem (5), evt. senere bare tett oppfølging av fastlegen (6). Akutt poliklinikk, observasjonsplasser/FAM og innleggelse i sykehus involverer spesialisthelsetjenesten (7). Fastlege og legevakt kan benytte de samme alternativene for pasienter som tidligere ikke har mottatt kommunale tjenester.

Veiviseren omhandler i første rekke eldre og pasienter med kronisk sykdom med behov for kommunale tjenester. Målgruppen er primært kommunehelsetjenesten, inkludert fastlegene. Målet er både å bedre samhandling internt i kommunene, og mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner. Modellen bruker IKT og klare pasientforløp med delmål, noe som gjør den til et godt kvalitetssikringsverktøy. Modellen er allerede i bruk i flere kommuner i Trøndelag. Denne modellen inkluderer mange av de 7 punktene ovenfor. «Veien frem til helhetlig pasientforløp» inneholder mange elementer som helt naturlig vil inngå i en fremtidig nyutviklet helsetjenestemodell i Troms-Ofoten-området.

Arbeidsmåten er systematisert og kvaliteten kan verifiseres ved klare mål. Modellen er uavhengig av diagnoser og det ligger et imponerende kvalitetsarbeid bak. Fokus er kommunehelsetjenesten. Det anbefales at kommuner som er interesserte i dette forbedringsarbeid leser rapporten.

Påbegynt kvalitetsarbeid innenfor rammene av «Veien frem til helhetlig pasientforløp» vil utvunget kunne være en forberedelse til innføringen av arbeid med «Pasientsenterte helsetjenesteteam».

2.3 Samhandlingsbarometret

Samhandlingsbarometret¹⁷ er en internettbasert samling av statistikkdata som kontinuerlig oppdateres. Opplysningene på internettsidene kan gi grunnlag for vurdering av behov for, og kvalitet av, samhandling mellom kommuner og sykehus. Den er utviklet av Helse Førde, men er planlagt å omfatte hele Helse Vest. Data er strukturert i internettsider for spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, folkehelsesdata, demografi, kvalitetsindikatorer, avtaler om samhandlingsreformen, annen aktuell dokumentasjon samt undersøkelser og prosjekt. Siden er oversiktlig og har stor og nyttig detaljrikdom. I kapittel 3 beskrives nærmere hvordan man kan tenke seg at denne teknologien, eventuelt med en utbygging, kan bli et viktig verktøy for arbeidet med samhandling innenfor Troms-Ofoten-området.

2.4 CIP-Mastermind¹⁸

Psykiatrien er allerede i god gang med å få på plass mange elementer i helhetlige pasientforløp. Dessuten har Åsgård Sør og NST sikret seg midler til ytterligere utvikling av en rus- og psykiatrisorg som ved bruk av ny teknologi vil gi innbyggerne i Troms-Ofoten-området en betydelig forbedring av tjenestene. EU-prosjektet CIP-Mastermind er et stort prosjekt som omfatter ti land i Europa og Tyrkia. Formålet er å skalere opp elektroniske tjenester til hjelp i behandlingen av pasienter med psykiske problemer. Det består av to hovedelementer. For det første bruk av internettbaserte behandlingsprogrammer for depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette har Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet stor erfaring med. For det andre bruk av videokonferanse i behandlingen av pasienter med psykiske problemer. Dette har Åsgård Sør i samarbeid med

¹⁷ <https://www.samhandlingsbarometeret.no/webview/>

¹⁸ Et kort resymé av prosjektet kan ses i APPENDIKS 2

NST årelang erfaring med. Filosofien bak CIP-Mastermind svarer helt til idene bak The Chronic Care Model og verdigrunnlaget i Troms-Ofoten-prosjektet.

Det er intensjonen at psykiatri og rus skal inkluderes i «Pasientsentrerte helsetjenesteteam»-prosjektet på et senere tidspunkt. Årsaken til at dette ikke skjer nå er delvis at problemstillinger og avgrensninger er mer komplekse enn i somatisk helsetjeneste. Det er også et moment at det allerede er utviklingsprosjekter som bruker filosofien bak The Chronic Care Model med vekt på pasient empowerment. Det er viktig at disse får lov til å utvikle seg til veletablerte behandlingsrutiner da de senere vil kunne bidra til en videreutvikling og bedring av «Pasientsentrerte helsetjenesteteam».

3 Andre tiltak med virkelighetsforståelse og løsningsstrategier som kan danne grunnlag for fremtidig arbeid med oppfølgingen av Troms-Ofoten-prosjektet

3.1 Pace and Treat

På The Royal Free Hospital, London, har man allerede utviklet modeller for behandling av pasienter med multimorbiditet. Grunntanken er at sykehusopphold er invalidiserende for mange av disse pasientene. Derfor bør kun de som trenger det bli innlagt og innleggelsen bør være så kort som mulig av hensyn til pasientens helse og evne til å klare seg selv. Modellen består av to deler som de kaller henholdsvis «post-acute care enablement» (PACE)¹⁹ og «triage rapid elderly assessment team» (TREAT)²⁰.

Formålet med PACE er å utskrive pasienter tidlig fra sykehus til eget hjem for å unngå invalidisering og institusjonalisering. Rask avklaring etter innleggelse er en forutsetning for at arbeidsmetoden lykkes. Derfor skjer planleggingen og visiteringen av pasienten ved at et team av helsearbeidere innenfor 2-4 timer etter innleggelsen avklarer utredningsbehov og en behandlingsplan. Ved innleggelse blir pasienten plassert på en avdeling hvor vedkommende blir liggende og spesialister fra andre avdelinger kommer til pasientene slik at stressende forflytninger mellom avdelinger unngås. Ved utskriving følger ansatte pasientene ut av sykehus til hjemmet i opp til 10 dager. Administrativt er de fortsatt «innlagt» og sykehuset har formelt ansvar for pasientene i denne fasen. Primærhelsetjenesten kobles inn mens pasientene er «innlagt» i eget hjem. Det betyr at pasientene opplever systemet som sømløst, sammenhengende og trygt.

TREAT er en arbeidsmetode som har til hensikt å unngå innleggelser gjennom rask tverrfaglig vurdering, behandling og rådgiving til primærhelsetjenesten. I denne delen samarbeider også tverrfaglige team for å sikre rask undersøkelse og behandling i primærhelsetjenesten eller evt. i sykehusets poliklinikk. Tjenesten er operativ 7 dager i uken. Det er utstrakt samarbeid med helse- og sosialtjenesten utenfor sykehuset, både hjemmetjenesten og fastlegene.

Arbeidsmetodene brukes både i somatiske og psykiatriske avdelinger. Reorganiseringen har vært krevende, men de begynner nå å få så mye erfaring at flere deler av sykehuset ser fordelene ved å jobbe på den måten. PACE og TREAT gir stor effekt på hyppighet og varighet av opphold på sykehus og re-innleggelser de første ukene etter sykehusoppholdet. Dog ser de ennå ikke nedgang i re-innleggelser innenfor en 3 måneders periode.

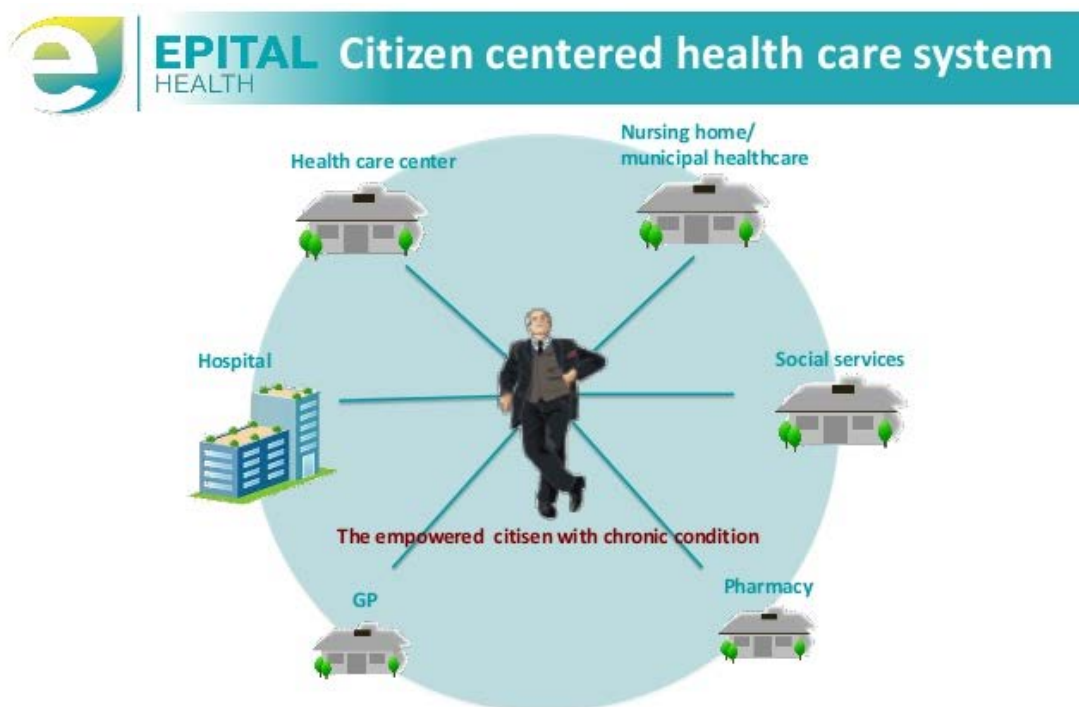
Denne arbeidsmåten er i tråd med vyene for en fremtidsrettet helsetjeneste skissert av Royal College of Physicians i rapporten «Future hospital». Modellen kan være til inspirasjon for helsetjenesten i Troms-Ofoten-området.

¹⁹ <http://www.bbc.co.uk/news/health-23673062>

²⁰ <http://www.royalfree.nhs.uk/default.aspx>

3.2 EPITAL

EPITAL²¹ er et prosjekt som forsøker å sikre størst mulig pasientautonomi og empowerment. Grunnideen er at pasienten skal være mest mulig i stand til å styre sin egen behandling selv. Dette oppnås ved at pasienten ved hjelp av et svært enkel IT-grensesnitt selv kan bestille alle tjenester som øker empowerment. F.eks. fysioterapi, «sunnhetscoaching», enkel psykologisk støtte, noen hjemmetjenester og timer hos fastlege.



Hvis pasientene ønsker tjenester som undergraver evnen til å klare seg selv eller hvis tilstanden forverrer seg kontakter pasientene via videokonferanse spesialtrente sykepleiere. Disse vurderer behovet for videre behandling og kontakt med andre deler av helsesystemet. Pasientene oppfordres til selvmonitorering. Hvis denne monitoreringen viser at helsetilstanden forverres alarmeres sykepleierne automatisk og disse kontakter pasientene. Systemet er utprøvd av pasienter med KOLS i Lyngby kommune utenfor København. Resultatene fra prosjektet har vist at behovet for sykehusinnleggelses reduseres drastisk.

Lignende teknologi utvikles i øyeblikket i to prosjekter i Trondheim. HelsaMi²² er et program som utvikles for å sikre pasienter med KOLS økt livskvalitet og autonomi og forebygge innleggelses for disse pasientene. Helsevakta²³ har som overordnet mål at alle som har behov for bistand for å mestre egen hverdag, skal få nødvendige tjenester, oppfølging, habilitering, rehabilitering, behandling og omsorg av høy faglig kvalitet. Et delmål er at

²¹ <http://www.slideshare.net/BenHeublKeynotes/epital-keynote-presentation-by-soeren>

²² <http://www.ntnu.no/documents/21469517/140990870/2A-3-HelsaMi.pdf/97eb8b3c-3191-440b-bb62-9da7ec1cc10b>

²³ http://www.ks.no/PageFiles/40906/20130419_KlaraBorgen_Ørlandet.pdf

velferdsteknologi brukes og understøtter gode og trygge tjenester som gir økt egenmestring for å bo hjemme lengst mulig.

Ideene fra disse prosjektene vil kunne brukes til å videreutvikle helsetjenesten i Troms-Ofoten-området.

3.3 PsyConnect

PsyConnect²⁴ er et nettbasert verktøy for mestring og samhandling innen psykiske helsetjenester. Målet med verktøyet er å gi bruker bedre oversikt og kontroll over egen helse og livskvalitet gjennom egen påvirkning på oppfølging og behandling. Dette kan bidra til bedre relasjon og samhandling med helsepersonell i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Programmet er helt i tråd med filosofien fra The Chronic Care Model. Prosjektet er under utprøving og utvikling i Asker og Balsfjord kommuner. Dette kan bli et av redskapene for pasienter med psykiske lidelser i Troms-Ofoten-området.

3.4 Medrave

Dataprogrammet Medrave4²⁵ er utviklet som et analyseverktøy til kvalitetssikring i allmennlegepraksis. Det er fleksibelt og kan brukes til internkontroll i praksis. Det pågår i øyeblikket et kvalitetsprosjekt som prøver ut verktøyet i flere fastlegepraksiser i Norge, bl.a. fire fastlegepraksiser i Tromsø. Flexibiliteten i programmet gjør at man vil kunne få ut statistikk som kan være interessant. Statistikken vil kunne gi aktivitetsdata som kommunen kan bruke i overvåkning og planlegging i forhold til helsetilstanden og helsetjenesteforbruk.

3.5 Snow

Det symptombaserte smitteovervåkningssystemet, SNOW²⁶, kan varsle sykdomsutbrudd på et tidligere stadium enn et system basert på laboratoriediagnoser. Teknologien innebærer at man på en sikker måte kan hente aggregerte ikke-pasient-identifiserte data fra fastlegenes journaler. Systemet er i bruk allerede. Teknologien kan lett tilpasses slik at det sammen med Medrave4 vil kunne brukes til å få aggregerte data fra primærhelsetjenesten.






Det ville være et stort fremskritt hvis slike data kunne fremskaffes og sammenholdes med lignende data fra spesialisthelsetjenesten.

²⁴ <http://www.communicaretools.org/psyconnect.aspx>

²⁵ <http://www.medrave.no/pages/Nedladdningar.aspx>

²⁶ <http://www.telemed.no/smitteovervaakning-er-det-noe-som-gaar-doktor.4814408-175772.html>

4 Prosjektskisse over prosjekter som er omtalte i sluttrapporten til Troms-Ofoten-prosjektet

-  Prosjekter som utvikles som en del av oppfølgingen til Troms-Ofoten-prosjektet
-  Prosjekter som allerede eksisterer og som kan tilpasses oppfølgingen i Troms-Ofoten-prosjektet
-  Utenlandske prosjekter som kan være idéleverandører og inspirasjon for oppfølgingsprosjekter til Troms-Ofoten-prosjektet
-  EU prosjekt innen psykiatri som vil videreføre deler av idéene i Troms-Ofoten-prosjektet
-  Teknologi som finns i andre prosjekter og som må tilpasses behovene i oppfølgingen av Troms-Ofoten-prosjektet.



5 Resultater fra delutredninger innen Troms-Ofoten-prosjektet

5.1 Pasientsentrerte helsetjenester og pasientforløp

5.1.1 Bakgrunn

Når sykdom blir langvarig og målet om full helbredelse ikke er mulig, må livet veves sammen med sykdom og helsetjenester. Et pasientforløp er i denne rapporten definert som en tidsserie med helsetjenester knyttet til en pasient som er ment å dekke pasientens samlede helsemessige behov i samme periode. Den eneste som er til stede hele veien er pasienten selv.

I dag er det slik at når flere fagpersoners kunnskaper er nødvendige for å dekke pasientens behov, sendes pasienten fra enhet til enhet. Ofte gjøres vurderinger og tiltak uten samordning med andre helsearbeidere i behandlingsskjeden. Når det oppstår mangler i kjeden ser en ofte at ingen tar ansvar for å gjøre noe med det. Det finnes sjelden noen felles forståelse av hvilken rolle pasienten selv skal spille i behandlingsforløpet. Slik mangel på kontinuitet og koordinering rammer i særlig grad pasienter med langvarige og komplekse behov for helsetjenester.

Denne studien ble initiert for å belyse slike samhandlingsutfordringer i Troms-Ofoten-regionen gjennom beskrivelse og analyse av 8 pasientforløp ved langvarig sykdom (se appendiks)²⁷. En dybdeforståelse av utfordringene slik de oppleves av pasientene selv forventes å være til nytte i arbeidet med å redesigne helsetjenesten i Troms-Ofoten-regionen i tråd med idealene i Samhandlingsreformen.

Studien tok utgangspunkt i følgende idealer for god omsorg ved langvarig sykdom: "Den pasientsentrerte helsetjenestemodellen» (Chronic- Care Model) og Haggertys definisjoner av organisatorisk, informasjonsmessig- og relasjonell kontinuitet. Vi tok sikte på å beskrive den enkeltes pasientforløp med utgangspunkt i: 1) Den elektroniske pasientjournalen hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten 2) pasientenes egne opplevelser. Vi kjenner ikke til tilsvarende pasientforløpsstudier i verken nasjonal eller internasjonal litteratur.

5.1.2 Materiale og metode

Vi rekrutterte en pasient fra hver av de følgende åtte pasientgrupper:

1. skrøpelig eldre – akutt sykdom
2. diabetes
3. hjerte-kar/lunge (KOLS)
4. psykiatri
5. kreft
6. barn med sammensatt sykdom/funksjonshemming
7. rus/psykiatri

²⁷ Forløpene og forskningen er beskrevet grundig i APPENDIKS 3.

8. postoperativt forløp

Alle pasienter ga informert skriftlig samtykke. Vi gjennomgikk pasientjournalen ett år bakover i tid og laget en kronologisk oversikt over alle kliniske kontakter mellom pasient og helsetjeneste. I intervjuet gjennomgikk vi forløpet med pasientene og ba dem om å kommentere evt. feil, sin opplevelse og vurdering av tjenestene, og begrunne eventuelle vurderinger.

I analysen ble følgende fire kjennetegn ved et godt pasientforløp vurdert:

1. Erkjennelse av pasientens behov
2. Identifisering av tiltak
3. Gjennomføring av tiltak
4. Evaluering av forløpet

5.1.3 Resultater og diskusjon

Vi rekrutterte til sammen 8 pasienter (2 kvinner). Til sammen besøkte pasientene 47 forskjellige helsetjenester, hvorav fastlegetjenesten var den hyppigst brukte. I gjennomsnitt benyttet pasientene 7 forskjellige helsetjenester per år og de hadde i snitt 3 helsetjenestekontakter per måned.

Alle pasienter vektlegger mange positive møter med enkelt-helsearbeidere. De negative vurderingene som gjøres knyttes til tjenester som en del av en organisasjon eller et system, ikke til enkeltpersoner.

Studien viser at det er betydelig inkonsistens mellom helsetjenestens og pasientens beskrivelse av behov. Det mangler konsistent håndtering av: 1) behov for generell medisinsk diagnostikk og behandling, 2) vurdering av mange samtidige diagnoser (multi-morbiditet), 3) behov for støtte til egenomsorg og 4) behov for forutsigbarhet. Denne rapporten føyer seg inn i rekken av studier som beskriver helsetjenesten som diagnosefokuserert og ikke pasientsentrert. En helsearbeider i kjeden kan gjerne ta fatt i et behov, men behovet kan så bli avvist eller bortforklart i neste ledd slik at pasientforløpet samlet sett blir inkonsistent og uforutsigbart. Det savnes et overordnet system for å identifisere og ivareta den enkelte pasients samlede behov på en konsistent måte på tvers av helsearbeider og organisasjon.

De fleste pasientene hadde deltatt på lærings- og mestringskurs eller treningsopphold. Likevel gir pasientene uttrykk for at de ikke får dekket sine behov for støtte til egenomsorg underveis. Aktiv involvering i egen omsorg er vist å gi bedre helse og funksjon, har ikke kjente bivirkninger og er regnet for å forebygge komplikasjoner. Slike tiltak er likevel dels rasjonert av portvoktere i helsetjenesten, dels har helsearbeidere manglende kunnskap om eksisterende tilgjengelige tilbud. Det eksisterende tilbudet for støtte til egenmestring og rehabilitering bør utvides slik at dette blir et lavterskeltilbud for alle som trenger det.

Alle pasientene unntatt én opplever organisatoriske glipp. Disse går i hovedsak ut på manglende innkallinger til behandling eller undersøkelser og får i noen tilfeller alvorlige konsekvenser for pasientene. Selv pasientene som har en skriftlig plan opplevde ofte at planlagte tiltak ikke ble gjennomført. Helsetjenesten mangler systemer og verktøy for å følge opp komplekse tiltaksplaner på tvers av organisasjon og fag.

Vi fant ingen dokumentasjon på at noen av pasientforløpene ble systematisk evaluert underveis mot et på forhånd avtalt behandlingsmål. Evaluering av mål er et sentralt verktøy for å oppnå endring. Pasienter med langvarige helsetjenestebehov og helsearbeiderne de kommer i kontakt med bør bli enige om behandlingsmål som dokumenteres i henvisninger og epikriser. Evaluering av resultater i forhold til individuelle behandlingsmål bør bli en kvalitetsindikator for denne pasientgruppen.

Vi har formulert sju tiltaksområder der helsetjenesten har et forbedringspotensial overfor denne gruppen:

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 oppfølgingstiltak
5. Teamorganisering og logstikkstøtte
6. Endring fra reaktiv til proaktiv oppfølging
7. Evaluering av måloppnåelse for behandlingsmål. Alle tiltakene må følges av dokumentasjonskrav i den enkeltes journal

Litt firkantet kan man si at inkomstjournalen burde ha en rubrikk med tittelen «**pasientens eksplisitte ønske om effekten av innleggelsen**». I første notat og ved visitter heretter kunne man tenke seg en rubrikk med overskriften «**tiltak og samhandling for å oppfylle pasientønsker**». Pasientforløpet blir ikke til av seg selv straks tiltakene er definert. Det må eksplisitt iverksettes. Høy kvalitet kjennetegnes ved organisatorisk, informasjonsmessig og relasjonell kontinuitet. De relevante ressursene, dvs. de som skal gjennomføre de anbefalte tiltak involveres i riktig rekkefølge, til riktig tid og sted. I epikrisen kunne man ha et punkt med overskriften «måloppnåelse i forhold til pasientens autonomi og ønske om livskvalitet» og «videre samarbeid og tiltak for å sikre livskvalitet og autonomi etter innleggelse».

5.1.4 Konklusjon

Vi har en helsetjeneste som er god på å yte akutt/episodisk diagnosespesifikk helsehjelp. Til tross for de mange positive sider ved helsetjenesten som kom fram i denne studien er det også beskrevet betydelig glipp og rot. Disse problemer er spesielt store for pasienter med kronisk multimorbiditet. Vi vet at antallet pasienter med langvarige helseproblemer øker dramatisk. Derfor er det helt nødvendig at helsetjenesten også blir god på å yte hjelp til pasienter med langvarige kompliserte behov.

Kvalitet ved akutte eller episodiske helseutfordringer består i riktig behandling. Dette er annerledes enn behovene for pasienter med langvarig multimorbiditet. For dem er kvaliteten å ha livskvalitet selv om de har sykdom. Ved langvarig sykdom veves liv og helse sammen og pasienten får en sentral posisjon i forhold til å mestre egen helse og konsekvensene av sykdom. Da er kvalitet både riktig behandling og å støtte opp under egenomsorg og egenmestring.

Ved slike kroniske sykdommer er pasientens egeninnsats helt sentral for å forebygge og forhindre forverring. Pasientforløpsstudien viser at disse ressursene ikke tas systematisk i bruk. All samhandling skjer rundt pasienten - likevel fortsetter vi å ignorere at pasienten er navet i all samhandling og koordinering. God helsetjenestekvalitet for pasienter med langvarige tilstander omfatter både 1) riktig diagnose og hensiktsmessig tverrfaglig

behandling 2) koordinerte og forutsigbare helsetjenester, og 3) god støtte til egenomsorg og egenmestring.

Vi trenger en helsetjeneste som setter pasientens individuelle behov fremst og deretter ser på behov som følger av diagnosen, slik at det diagnoserelaterte arbeidet tydelig støtter opp om pasientens mål. Dette krever en betydelig kulturendring, kompetanseheving og systemtiltak. Helsearbeidere som jobber pasientsentrert, må oppleve at de jobber med og ikke på tross av systemet. For at dette skal realiseres trengs både en visjonær, modig og langsiktig ledelse som endrer organisering og økonomiske insentiver slik at de støtter opp rundt helhetlige pasientforløp.

Dette vil kreve:

- En kulturendring på tvers av administrative grenser og profesjoner slik at all behandling retter seg mot pasientens mål, behov og preferanser.
- Grunnleggende endring av administrative systemer slik at disse tilskynder og belønner samarbeid på tvers av sektorer innenfor og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Å erkjenne pasientens avgjørende rolle som aktør og ressurs når det gjelder egen helse, og helsetjenestens ansvar for å støtte pasienten til å mestre sin helsesituasjon.

Grepene utviklet i Troms-Ofoten-prosjektet vil kreve visjonær, tydelig og langsiktig ledelse.

5.1.5 Samhandlings statistikk og evaluering

For å kunne se om formålet med samhandlingsreformen blir oppfylt er det helt nødvendig å kunne følge samhandlingsdata. Det er viktig at slike data er sammenlignbare med data i resten av Norge. Som nevnt før er Samhandlingsbarometret et dynamisk internetverktøy som kan følge viktige samhandlingsparametere. Barometret er utviklet av Helse Førde. Helse Vest har påbegynt et arbeid med å implementere verktøyet i sitt område. Det er naturlig at Troms-Ofoten-området utvikler et lignende verktøy i samarbeid med Helse Førde slik at man sikrer sammenlignbarhet.

Aktivitetsdata fra fastleger er ønsket fra alle aktører i Troms-Ofoten-området. Slik data er viktig for å vurdere kvalitet og kvantitet av primærhelsetjenester og også som basis for oversikt over pasientforløp innenfor tjenesten og mellom nivåene. Slik data eksisterer ikke i dag. Som nevnt før er det imidlertid utviklet et dataverktøy som kan fremskaffe gode aktivitetsdata fra fastlegekontorene. Programmet MedRave4 er under utprøving på fastlegekontor i Tromsø som et verktøy til intern kvalitetskontroll. Man kan tenke seg at MedRave4 eller lignende verktøy i samarbeid med NSTs SNOW-prosjekt vil kunne sikre automatiserte og dynamiske data fra fastlegekontor. Teknologien eksisterer i dag, så utviklingskostnader bør være begrensede. MedRave4 må fastlegene betale for, derfor er det lite sannsynlig at alle legekontor er interesserte i programmet. Man kunne tenke seg en modell hvor kommuner og UNN går sammen og betaler lisensene for MedRave eller lignende verktøy. På den måte kan fastlegene få et internt kvalitetssikringsverktøy og kommunene og UNN-HF få et verktøy som fremskaffer vitale aktivitetsdata fra primærhelsetjenesten.

Det er nødvendig å fremskaffe data for å kunne følge kvaliteten på samhandlingen mellom primær og spesialisthelsetjenesten. For å oppnå dette bør arbeidet koordineres med andre deler av landet.

Aktivitets- og samhandlingsdata fra fastlegene er etterspurt. Gitt de rette faglige og økonomiske insitamenter er det gode muligheter for at man vil kunne få et samarbeid og dermed kunne få tilgang til slike data.

5.2 Folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid

5.2.1 Bakgrunn

Fremskaffelse av folkehelsedata.

Folkehelsearbeid og forebyggende helsearbeid er en viktig del av samhandlingsreformen. Folkehelseovens²⁸ §5 og 21 og dens forskrift²⁹ setter krav til langsiktig og systematisk folkehelsearbeid. Bakgrunnen er at god folkehelse er et mål i seg selv, men også en forutsetning for en god samfunnsutvikling. Den overveiende del av arbeidet for å sikre folkehelse foregår utenfor helsetjenesten og skal være integrert i alle kommunale virksomhetsområder. For å kunne prioritere hvilke områder som trenger spesiell oppmerksomhet trengs god folkehelsestatistikk. Statistikken baseres på tall fra stat, fylke, sykehus og forskjellige etater fra kommunene. For at statistikken skal kunne være et redskap for prioriteringer bør tallene til enhver tid være oppdatert og ha god kvalitet.

Helsedirektoratet har i sin veileder «God oversikt – en forutsetning for god folkehelse»³⁰ foreslått hvilke krav det skal stilles til godt oversiktsarbeid over folkehelsen og de faktorer som påvirker denne. Man skal fremskaffe informasjon om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. På bakgrunn av denne informasjon skal man vurdere konsekvensene og sammenhenger og deretter definere hovedutfordringer for kommunene og fylkeskommunene. Heretter skal man utarbeide grunnlagsmateriale for kortsiktige og langsiktige planer for tiltak i kommuner og fylkeskommuner.

Det er viktig at UNN-HF blir med på denne prosessen. Dels for å kunne bidra med informasjon og kompetanse og dessuten for å bli orientert om kommunenes arbeid på dette feltet. Oversiktsarbeidet bør organiseres i samarbeid med fylkeskommunen, Fylkesmannen, KS, Helsedirektoratet og UNN-HF. I praksis kan man etablere læringsnettverk for kommuner i Troms-Ofoten. I henhold til lov og forskrift om folkehelse skal fylkeskommunen bistå og samarbeide med kommunene folkehelseoversikter, statistikk og datautveksling.

I folkehelseperspektivet fremstår det som et paradoks at det i UNN Narvik, UNN Harstad og tilhørende legevakter foregår en i verdenssammenheng unik ulykkesregistrering som relativt lett bør kunne overføres til hele UNN-HF sitt opptaksområde. Som et minimum bør alle sykehus og legevakter i Troms-Ofoten ha registrering av data om personskader og

²⁸ <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

²⁹ <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>

³⁰ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse/Publikasjoner/god-oversikt-en-forutsetning-for-god-folkehelse.pdf>

personulykker for rapportering til Norsk pasientregister (FMDS)³¹. Registreringene/statistikken må gjøres tilgjengelig for kommunene og fylkeskommunene i nedslagsfeltet på en enkel måte.

I samarbeid med fastlegene og ved bruk av verktøyet Medrave4 eller annen lignende teknologi vil man også ha mulighet til å få en grov oversikt over mindre ulykker fra primærleger (for andre anvendelser av Medrave4, se statistikkavsnittet).

Forebyggende helsearbeid

Primærforebygging³² ligger utenfor UNNs umiddelbare område. Dog har UNN-HF strukturer i form av lærings- og mestringssenteret som vil kunne brukes i formidling av primærforebyggende tiltak. Sekundær-³³ og tertiær-³⁴ forebygging vil være innenfor UNNs interesseområde, fordi en god forebygging av innleggelses og en prioritering av egenmestring vil kunne redusere belastning på spesialisthelsetjenesten og sikre bedre kvalitet overfor pasientene. Deler av regjeringens strategi for forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft - NCD³⁵ - er et slikt tiltak. Tiltak og kvalitet overfor disse sykdommer i det omfang det dreier seg om sekundær og tertiærforebygging, er temaet for andre deler av denne rapport og et hovedtema i prosjektet «Pasientsentrerte helsetjenesteteam».

5.2.2 Vurdering

Både stat, fylke og kommuner ønsker å sikre god kvalitet på folkehelsearbeidet. For å få til dette, er det behov for en grundig opplæring og inspirasjon av ansatte i kommunene i samarbeid med personale fra UNN-HF og fylkeskommunen. En slik opplæring bør foregå som en rekke workshops hvor man sammen blir enige om hvilke data som skal fremskaffes og hvilke som allerede eksisterer. Dessuten kan det være en fordel om man innenfor hver kommune, men også koordinert mellom kommuner, finner frem til arbeidsmåter og arbeidsdokumenter som sikrer at man til enhver tid har oversikt over helsetilstanden i kommunen.

³¹ <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-registrering-av-data-om-personskader-og-personulykker-for-rapportering-til-norsk-pasientregister/Sider/default.aspx>

³² Primærforebygging er innrettet mot mulige problemer før de oppstår. Det er et vidt begrep og omfatter alt fra samfunnsplanlegging og miljøvernvern til spesifikke tiltak rettet mot konkrete sykdommer eller problemer. Primært forebyggende arbeid er å fjerne eller begrense de forhold som skaper problemer. Målgruppen er hele befolkningen eller store, uselekterte grupper.

³³ Sekundærforebygging er i større grad innrettet mot grupper i faresonen. Sekundært forebyggende arbeid omfatter tiltak i problemskapende prosesser man ikke har kunnet forhindre på et tidligere tidspunkt. Siktemålet er å hindre videreutvikling eller tilbakefall til vanskelige livssituasjoner eller sykdom.

³⁴ Tertiærforebygging tar utgangspunkt i individer som allerede har vært i en sykdoms- eller problemsituasjon. Det omfatter tiltak som tar sikte på å vedlikeholde et funksjonsnivå, hindre en forverring av allerede eksisterende problemer eller motarbeide at de blir kroniske eller får tilbakefall.

³⁵ http://www.regjeringen.no/pages/38449517/ncd_strategi_060913.pdf

Det vil være ett stort fremskritt hvis man kan få sykdoms- og ulykkesdata fra alle sykehus i regionen og supplere med noen sentrale data fra fastleger. Med riktige virkemidler vil det sannsynligvis være mulig å fremskaffe slik statistikk. Programmet MedRave4 har utviklingspotensiale til å bli et slikt verktøy (nærmere beskrivelse av dette se avsnittet om samhandlingsstatistikk).

Opplæringstiltak som er relevante for folkehelsearbeidet i relasjon til denne rapporten:

KS vil i 2014 starte et læringsnettverk i kommunene med henblikk på å styrke det kommunale arbeid med personer med psykiske og psykososiale problemer.

Helsedirektoratet vil samarbeide med tre fylker for å stimulere til erfaringsdeling innen arbeidet med å lage oversikt over helsetilstanden. Midler vil bli utlyst til fylkeskommunene i løpet av 2014. Dersom Troms velges ut, vil det innebære økonomisk og faglig støtte fra Helsedirektoratet til et utviklingsarbeid som nevnt ovenfor (i samarbeid mellom UNN-HF, kommunene, fylkeskommunen, KS og Fylkesmannen).

Eldresikkerhetsprosjektet er en oppfølging av det systematiske utviklingsarbeid med skadeforebygging som har foregått i Troms fylke siden 2009. Det vises til prosjektet «Troms fylke trygt og tilgjengelig»³⁶ og kommunale handlingsplaner som er utarbeidet i den forbindelse og til fylkeskommunal handlingsplan «Trygt fylke»³⁷ vedtatt i oktober 2012. Tilgjengelig skadestatistikk og forskning viser at eldre er en svært ulykkes- og skadeutsatt gruppe. De færreste kommuner i Troms kan i dag si at de har et systematisk skadeforebyggende og sikkerhetsfremmende arbeid i forhold til eldre. Kun én kommune har en egen helsestasjon for eldre. Den forestående «eldrebølge» er en ytterligere begrunnelse for økt satsing på skadeforebygging. I prosjektet har kommunene Lyngen, Tromsø, Sørreisa, Skånland og Harstad deltatt. Fylkeskommunen skal bistå med kompetanseoverføring³⁸ til alle kommuner etter erfaringene som har blitt høstet i prosjektet. Personskaderegisteret ved UNN Harstad har utarbeidet statistikk for en 5-årsperiode (2008-2012) over skader i aldersgruppen 65 år og eldre i Harstad kommune. Lokal skadestatistikk gir bedre grunnlag for prioritering av forebyggende tiltak.

5.2.3 Behov for kompetanseheving

Det er fra kommunenes side uttrykt spesielt behov for å styrke det forebyggende arbeid blant barn og unge. I arbeidsgruppen har det blitt fremhevet at det er et stort behov for en opplæring/kompetanseutveksling over tid med flere samlinger. Det er ønskelig at det etableres et samarbeid mellom kommuner og UNN-HF for å sikre kvalitetsarbeid innenfor spesielt 3 områder: 1) overvektige barn, herunder riktig kost hjemme og i institusjoner

³⁶ <http://www.norsafety.no/wips/1348922653/>

³⁷ <http://www.norsafety.com/wips/239303895/newsId/448785111/>

³⁸ At en instans lærer opp en annen instans slik at denne blir bedre til å ivareta sine faglige forpliktelser.

(etter de nasjonale retningslinjer)³⁹; 2) barn med syke nære pårørende (for eksempel etter modell av SMIL prosjektet)⁴⁰ og 3) barn med psykiske vansker.

5.3 Forskning

På initiativ fra NSTs samhandlingsavdeling samarbeider ansatte fra UNN, Universitetet og NST med å utforme søknader om midler til å drive forskning for å kunne evaluere effekter av prosjekter som springer ut av Troms-Ofoten-prosjektet. Forskning i forbindelse med «Pasientsentrerte helsetjenesteteteam» må dels vurdere selve implementeringsprosessen og dels vurdere effekten av prosjektet.

Oppstart og gjennomføringen av prosjektet vil være ideell for følgeforskning. Effekten av prosjektet kan dels måles ved at man utfører kvalitativ forskning på pasientforløp, pasientopplevelser og opplevelsene til helsearbeidere som deltar. Kvantitativt kan man se på gruppens opplevelser av effekten av prosjektet. Hvis omfanget av prosjektet blir stort nok kan man eventuelt få frem aggregerte samhandlingsdata over ventetider, antall ferdigbehandlede pasienter, innleggelse og reinnleggelse. I øyeblikket søker NST midler til en studie hvis formål er å identifisere pasienter som har risiko for innleggelse og derfor vil kreve tettere oppfølging av helsetjenesten for å unngå innleggelse. I 2014 vil det bli søkt om midler til forskning på de andre områder nevnt ovenfor.

For kommuner som velger å innføre reformer i tråd med «Veien frem til helhetlig pasientforløp» kan man tenke seg et samarbeid med professor Anders Grimsmo og hans gruppe på NTNU. For prosjektet CIP Mastermind er det allerede skaffet midler til et omfattende forskningsamarbeid med de før nevnte EU-land.

5.4 Teknologi

Vi ønsket å skaffe oversikt over teknologier som kan sikre brukermedvirkning og reelt samarbeid mellom bruker, aktører i primær- og spesialisthelsetjeneste og foreslå hvordan disse teknologiene kan brukes for å sikre den overordnede målsetningen: "En aktiv, informert pasient som likeverdig partner i et proaktivt forberedt helsetjeneste team".

De mer spesifiserte mål og forventninger: 1-2 siders rapport som består av tabell og demo av applikasjonen eller systemet, kort vurdering av egnethet (sikkerhet, kostnad, tilgang) (se appendiks). Oversikten over teknologier skal understøtte UNNs satsing på «Pasientsentrerte helsetjenesteteteam». Dette er teknologi som understøtter teamarbeid og ivaretagelse av de intensjonene som ligger i fleksibelt **samarbeid på tvers av virksomheter og nivå og hvor pasienten kan delta aktivt i behandling og oppfølging.**

Det er behov for verktøy som er rollebasert og som understøtter lovverket knyttet til formaliserte arbeidsfellesskap. De generelle teknologiene og verktøyene som e-post, chat og diskusjonsforum som er tilgjengelig i dag tilfredsstillende ikke dagens krav til sikkerhet og personvern. En fremtidig løsning skal understøtte et sammenhengende behandlingsforløp

³⁹ <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge/Publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-utredning-og-behandling-av-overvekt-og-fedme-hos-barn-og-unge.pdf>

⁴⁰ <http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/Barn%20som%20pårørende/Pdf%20filer/Brosjyre,%20Invitasjon%20til%20SMIL%20grupper.pdf>

og arbeidsprosesser ved at relevant informasjon skal være tilgjengelig for både helsepersonell og pasient i et pasientforløp. Løsningen må også støtte en praksis som er kunnskapsbasert og bidra til praksisnær kunnskapsutvikling.

Sentrale trekk og problemstillinger ved **virtuelle team**:

- Deltakerne er adskilt fra hverandre i rom og tid
- Endrer arbeidsmåte og organisering
- Fysiske rammer oppheves, pasient og behandlere kan være adskilt
- Teamet skal løse fellesoppgaver (mål og behandlingsplan)
- Grad av «virtualitet» kan variere (fra ukentlige vk møter til å dele felles journal, elektronisk kommunikasjon, møter, dokumentdeling, osv)

5.4.1 Konklusjon og anbefalinger

Det finnes ikke en generisk løsning for elektronisk samhandling i virtuelle team⁴¹. Dagens løsninger er karakterisert ved enkeltstående diagnosespesifikke tilbud som ikke er integrert med Elektronisk Pasient Journal (EPJ) (pleje.net⁴², det tidligere nevnte PsyConnect). Identifiserte løsninger dekker følgelig ikke de samlede behovene for dynamisk og interaktiv samhandling på tvers av virksomheter og nivå. Meldingsutveksling kan imidlertid understøtte behovet for raske avklaringer, planlegging og oppfølging i et pasientforløp – og er integrert i EPJ. Meldingsutveksling foregår i hovedsak en-til-en og vil heller ikke tilfredsstille teamets behov for et felles og tydelig helhetsbilde og pasienten er ikke en aktiv deltaker i kommunikasjonen.

Prosjektet «Pasienten som partner i virtuelle team»⁴³ i regi av UNN-HF/Helse Nord skal utrede og utvikle en funksjonell kravspesifikasjon for en generisk elektronisk samhandlingsløsning for samarbeid på tvers av virksomheter og nivå - for å bedre pasientmedvirkning med gode pasientforløp som resultat. Prosjektet skal levere sine anbefalinger innen 1.4. 2014. Resultatene fra prosjektet (den funksjonelle kravspesifikasjonen) forventes å svare på de etterspurte løsningene i Troms-Ofoten og vil kunne bidra til å understøtte målene om “en aktiv, informert pasient som likeverdig partner i et proaktivt forberedt helsetjenesteteam”.

Gruppen anbefaler derfor å videreføre arbeidet som pågår i prosjektet «Pasienten som partner i virtuelle team» til å pilotere en samhandlingsløsning for utvalgte pasientforløp i et samarbeid mellom UNN-HF og primærhelsetjenesten knyttet til tidlig utskrivning og tidlig intervensjon.

Det er ønskelig at OSO fatter et vedtak om å støtte utvikling av løsning og pilotering i 2014 og 2015.

Det er ønskelig at OSO oppfordrer administrasjonen til å avsette midler til å sikre videre arbeid med dataplattformen «Pasienten i Virtuelle Team».

Relevante kilder

⁴¹ Se vurderingen av teknologier i APPENDIKS 4.

⁴² <https://www.pleje.net/login.asp>

⁴³ <http://www.telemed.no/pasienten-som-partner-i-virtuelle-team.5359784-247951.html>

- NST-rapport 02-2011. ISBN: 978-82-8242-024-2
- NST-rapport 02-2011. ISBN: 978-82-8242-024-3

6 Anbefalinger til fra Troms-Ofoten-prosjektet til OSO

6.1 A: Pasientsentrerte helsetjenester for pasienter med komplekse behov

1: Det anbefales at det innenfor prosjektet «Pasientsentrerte helsetjenesteteam» etableres en systematikk rundt pasienter med komplekse og langvarige behov. Først en kommunal proaktiv kartlegging av hvem disse pasientene er. Så en omforent forståelse av - og vurdering av - behov med utgangspunkt i pasientenes ønsker om et godt liv med etablering av tiltaks- og oppfølgingsplaner. Ved behov for involvering av spesialisthelsetjenesten skal denne i størst mulig grad baseres på et sømløst samarbeid mellom pasient og helsetjenesteteam i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Teknologien må baseres på kravspesifikasjonen som etableres i «Pasienten i Virtuelle Team», i samarbeid med dataleverandører som kan oppfylle målet om maksimal pasientautonomi.

For å støtte kultur- og systemutvikling er det nødvendig med erfaringsutveksling mellom helsearbeidere, f. eks gjennom seminarer, konferanser, dialogforum etc.

6.2 B: Psykiatri og oppfølging av pasienter med store omsorgsbehov i kommuner utenfor det primære opptaksområde for «Pasientsentrerte helsetjenesteteam»

2: Det anbefales at psykiatrien blir fulgt opp som angitt i rapporten og at de kommuner som ikke er med i «Pasientsentrerte helsetjenesteteam» vurderer å bruke ««Veien frem til helhetlig pasientforløp»» for mottak av pasienter fra sykehus, som en kvalitetssikring av mottaksapparatet av pasienter utskrevet fra sykehus til kommunene.

6.3 C: Statistikk. Verktøy for løpende vurdering av samhandling mellom UNN-HF og kommunene

3: Det anbefales om at det avsettes midler til kontinuerlig evaluering av kvalitet og utvikling innenfor samhandling mellom UNN-HF og kommunene, herunder fastlegene i opptaksområdet.

6.4 D: Folkehelse. Avsetning av personell og økonomi til følgende arenaer for registrering og kunnskapsutveksling

4: En erfaringskonferanse med mål å diskutere muligheter for implementering av gode rutiner for oppfølging, oppmuntring og skoloring til egenmestring av pasienter med omfattende helsetjenestebehov.

5: Etablering av kommune- nettverk for å få i gang et arbeide med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som påvirker helsen i kommunene, herunder registrering av ulykker i alle sykehus i området. Disse nettverkene initieres av fylkeskommunen i samarbeid med Fylkesmannen og Helsedirektoratet. KS og OSO ønsker at det starter erfaringsutvekslings-møter mellom kommuner og relevante avdelinger på UNN-HF vedrørende forebygging av psykisk og fysisk barnehelse i UNNs opptaksområde. For å få effekt skal møtene strekke seg over ca. 2 år fra 2014.

6.5 E: Forskning

6: Det anbefales at «Pasientsentrerte helsetjenesteteteam» blir fulgt opp med forskning for å evaluere effekten av tiltakene. Det er viktig at denne forskningen starter tidlig i prosjektet og følges igjennom hele prosjektet. Alle involverte parter bør søke om eksterne og interne midler til slik forskning.

6.6 F: Teknologistøtte

7: Det anbefales at det utvikles teknologier som sikrer høyst mulig brukerautonomi og medvirkning i tråd med anbefalingene i punktene 1 og 3 ovenfor.

7 En varm takk til personer som har bidratt med deres viten til denne rapporten. Uten dem ville den aldri blitt til.

7.1 Prosjektgruppe

Pasientrepresentant - advokat Jon Are Østvik; helse og sosial sjef Karlsøy - Alf.Lorentsen; kommuneoverlege Harstad - Frode Risdal; spesialsykepleier Nordøya heimtjeneste Tromsø kommune - Birgitte Forsaa Åbotsvik; klinikk sjef medisinsk klinikk UNN – Markus Rumpsfeld; avdelingsleder Samhandlingsavdelingen - initialt Anne Grethe Olsen; fra oktober 2013 - Magne Nicolaisen; seksjonsleder Senter for Psykisk Helse Ofoten - Tore Opdahl; førsteamanuensis Helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet - Siri Moe; ansattrepresentant UNN - Monica Fyhn Sørensen; seksjonsleder primærhelsetjenesten/seniorforsker, NST - Gro Berntsen; prosjektleder «Pasientsentrerte helsetjenestetteam» - Monika Dalbakk.

7.2 Arbeidsgrupper

Pasientforløpsgruppen

Pasientrepresentant og leder i Bekhterevforeningen - Ann Christin Hansen; teamleder/ fagkonsulent - Rebekka Alne; ambulant rehabiliteringsteam avdeling sør allmennpsykiatrisk klinikk, Åsgård - Rebekka Alne; seksjonsleder primærhelsetjenesten/seniorforsker, NST - Gro Berntsen; koordinator praksiskonsulentordningen - fastlege Bernt Stueland; stipendiat, NST - Audhild Høyem; erfaringskonsulent, Åsgård - Astrid Weber.

Teknologigruppen

Industrikoordinator/prosjektleder, NST -Tove Normann; rådgiver Helsetjenesteutvikling, NST - Gerd Ersdal; leder Hjemmetjenesten HOPE, NST - Per Hasvold.

Forskningsgruppen

Postdoktorstipendiat, NST - Hege Andreassen; førsteamanuensis Institutt for farmasi, det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet - Beate Garcia; førsteamanuensis Institutt for farmasi, Det helsevitenskapelige fakultet ,UiT Norges arktiske universitet - Kjell Halvorsen.

Folkehelsegruppen

Rådgiver folkehelse, Troms fylkeskommune - Kristina Forsberg; rådgiver lærings- og mestringssenteret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF, Narvik - Renate Remlo; seniorrådgiver Fylkesmannen i Troms - Anders Åsheim; kommuneoverlege Tromsø kommune - Trond Brattland; avdelings leder Folkehelse, Harstad kommune - Elin Storsletten; enhetsleder Narvik kommune - Heidi Eriksen Laksa.

8 Appendiks

Appendiks 1: PDF versjon av Mandat for prosjekt Pasientsentrerte helsetjenesteteteam:

http://telemet.no/getfile.php/2533330.357.efacwqbxye/2014-02-05_Mandat_og_Projektbeskrivelse_pasientsentrert_helsetjenesteteteam.pdf

Appendiks 2: PDF versjon av arbeidsbeskrivelse av CIP MASTERMIND:

http://telemet.no/getfile.php/2533331.357.cbwedsuxqw/CIP_Mastermind_kortversjon.pdf

Appendiks 3: PDF Versjon Helsetjenesten fra pasientens ståsted, Pasientforløp ved langvarige og komplekse behov i Troms- og Ofoten:

http://telemet.no/getfile.php/2533332.357.cuxutfyafd/Rapport_Helsetjenesten_fra_pasientens_staasted.pdf

Appendiks 4: Teknologivurdering av data verktøy:

<http://telemet.no/getfile.php/2533333.357.fswwevdbqa/Verktoy.pdf>