

# Sluttrapport stormottakerprosjektet

Rapport for direktørens ledergruppe – 24. oktober 2023



Taubåtene i Narvik styrer et stort tankskip og manøvrerer det raskt i riktig retning.  
(foto: Per Erlend Hasvold)

*«Innovasjon i helse handler om å se behovet for nye produkter og tjenester – men ikke bare dette. Det innebærer også å se nye muligheter i å samordne eksisterende produkter og tjenester. Skal vi løse morgendagens helseutfordringer må vi i tillegg utvikle effektive helsetjenester som er bedre tilpasset den enkeltes behov og hverdag. I 2015 utarbeidet Verdens helseorganisasjon (WHO) en global helsestrategi, hvor det legges stor vekt på at det ikke er sykdom som skal være det sentrum for behandling, men mennesket og omgivelsene rundt. Helsetjenester skal være personsentrerte og integrerte, og behandling og omsorg skal koordineres rundt det som er viktig for pasientene. Helsetjenestene må bygge på kunnskap om pasienten og omgivelsene pasienten lever i, noe som krever koordinering av helsetilbudet rundt pasienten»<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Håndbok i helseinnovasjon, Forskningsbaserte råd og verktøy for å forme fremtidens helsetjeneste, Kari J. Kværner og Thomas Hoholm (red.), Cappelen Damm Akademisk, 2023, ISBN/EAN: 9788202796440

## Innholdsfortegnelse

Begreper, forkortelser og definisjoner .....	5
<b>Del 1 – Bakgrunn, mål, sammendrag og anbefalinger</b> .....	6
Bakgrunn .....	6
Mål og leveranser .....	7
Overordnet mål .....	7
Hovedleveranser definert i mandatet .....	7
Kort oppsummering av prosjektet .....	7
1. Hva har vi fått til? .....	7
2. Hva har det gitt? .....	8
3. Hva må gjøres nå? .....	9
Anbefalinger og læringspunkter for ledelsen i UNN .....	12
Anbefalinger .....	12
Læringspunkter knyttet til prosjektledelse .....	14
<b>Del 2 – Personsentrert, helhetlig og proaktivt</b> .....	16
Hvorfor et stormottakerprosjekt i UNN? .....	16
<b>Del 3 – Prosjektorganisering og gjennomføring, resultater, gevinster og gevinstrealisering, erfaringer og utestående oppgaver</b> .....	19
Prosjektorganisering og gjennomføring .....	19
Organisering av prosjektledelse .....	19
Finansiering .....	19
Utvikling av prosjektorganiseringen gjennom prosjektperioden .....	20
Samarbeidet med SamUT .....	20
Ytre påvirkninger .....	21
Økt kapasitet i PSHT-seksjonene .....	21
Stormottakernettsverk og samarbeid med kommunene .....	24
Forankring og etablering av kontaktnettsverk i kommunene .....	25
PSHT og stormottakerprosjektets bidrag i forhold til utskrivningsklare (USK) .....	26
Integrerte team .....	27
Etablering av forsterket koordinerende enhet (FKF) .....	28
Bakgrunn .....	28
Organisering .....	28
Erfaringer med etablering og organisering av FKF .....	29
Erfaringer med FKF og samarbeid med klinikken i UNN .....	29
Erfaringer med FKF og samarbeid med kommuner i UNN .....	30
FKF og «en dør inn»-funksjon .....	30
Stormottakernettsverk og samarbeid med klinikkene .....	30
Samarbeid med eksterne miljø .....	32
Tidlig identifisering og risikovurdering av stormottakere og potensielle stormottakere .....	32
Inkludering av andre stormottakergrupper .....	33
Pasientskjema .....	34
PSHT-Tromsø .....	35
PSHT-Harstad .....	35
PSHT-Narvik .....	36
Andre stormottakerforløp i UNN - stormottakersatsning .....	36
Digital samhandling og oppfølging .....	37

Gevinster og gevinstrealisering .....	38
Bedre resultat for stormottakere .....	39
Bedre helse for stormottakere .....	39
Bedre kost/nytte .....	39
Bedre tilfredshet blant helsearbeidere .....	41
Utestående oppgaver fra prosjektet .....	42
Gevinstrealiseringsprosess med klinikkene.....	42
Videreutvikle forståelse av hvem som er stormottakere .....	42
Digital støtte for samhandling og koordinering på tvers av fag og nivå .....	42
Videreutvikle robuste finansieringssystemer som understøtter felles tverrfaglige team i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.....	43
Konklusjoner .....	43
<b>Del 4 – Vedlegg</b> .....	44
Vedlegg 1 – Stillingsbeskrivelse FKF .....	44
Vedlegg 2 – Rapport om erfaringene med Medrave.....	46
Vedlegg 3 – Notat fra Christian Thoresen, HSØ.....	59
Vedlegg 4 – Innspill fra SamUT om komplekse pasienter .....	63
Vedlegg 5 – Egenvurderingsskjema.....	64
<b>Tabeller</b>	
Tabell 1 Oppsummering av anbefalinger fra stormottakerprosjektet .....	14
Tabell 2 Andre team og samhandlingstiltak som PSHT har hatt dialog med (2022).....	32
<b>Figurer</b>	
Figur 1 Pasientkontakter over 80 år, alle akuttmottak, 2016-2023 (januar - september). Utarbeidet av Thomas Krogh, ØAS, UNN .....	9
Figur 2 Modell for personsentrert og helhetlig helse og omsorgstjenester (basert på figur fra Kari J. Kværner og Thomas Hoholm, 2023) .....	16
Figur 3 UNNs visjon.....	16
Figur 4 Utfordringer med særlig komplekse pasientcase .....	18
Figur 5 Aldersfordeling på henvisninger til PSHT fra 1. januar 2022 t.o.m. august 2023 .....	22
Figur 6 Forventet og reell fordeling av henvisninger til PSHT (se vedlegg 3 til UNN styresak 10. februar 2021) .....	23
Figur 7 Fordeling av henvisninger til PSHT 2022 .....	24
Figur 8 Kontaktnett mellom PSHT-enhetene og kommunene.....	26
Figur 9 Eksempel på kompleks pasientcase (PSHT-Harstad) .....	29
Figur 10 Modell for ulike grader av kompleksitet og typiske tjenester som kan være egnet for den enkelte type pasient .....	37
Figur 11 Relativ risiko på utfallsmål, kontroll versus PSHT (Christian Thoresen, Helse Sør-Øst) .....	40
Figur 12 Oppsummering om PSHT, basert på data tilgjengelig under arbeidet med «Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester». Notat fra Christian Thoresen, HSØ, gjengitt med tillatelse.....	41

## Begreper, forkortelser og definisjoner

### Forkortelser

**PSHT** – Pasientsentrerte helsetjenesteteam

**PHPH** – Personsentrerte-, helhetlige- og proaktive helsetjenester

**DMS** – Distriktsmedisinsk senter

**DHO** - Digital hjemmeoppfølging (prosjekt fra Helsedirektoratet)

**USK** - Utskrivningsklare pasienter

**KE** - Koordinerende enhet

### Begreper

**Stormottakere** – Personer med behov for sammensatte og komplekse helsetjenester, ofte på tvers av fag og forvaltningsnivå.

**Skalerbarhet** – Wikipedia (besøkt 11.10.2023) «Skalerbarhet er evnen til et system, nettverk eller en prosess til å håndtere en voksende mengde med arbeid, eller dets evne til å utvides for å håndtere denne veksten.» <https://no.wikipedia.org/wiki/Skalerbarhet>.

**Bærekraft/bærekraftig** – Det Store Norske Leksikon (11.10.2023): «Bærekraft er et ord som i dag vanligvis betyr at noe passer med idealet om bærekraftig utvikling. En bærekraftig utvikling vil si en utvikling som tilfredsstiller behovene til menneskene som lever nå, uten å ødelegge fremtidige generasjoners muligheter til å tilfredsstille sine behov. Diskusjoner om bærekraft dreier seg særlig om å bekjempe miljøproblemer, fattigdom og nød, og er gjerne inspirert av FNs bærekraftsmål.» <https://snl.no/bærekraft>. Sentralt i bruken av begrepet bærekraft i dagens diskusjon om helsetjenester er at en tjeneste lar seg opprettholde over tid med tilgjengelige ressurser (f.eks. menneskelige, kompetanse, kostnad/finansiering).

**Pasientens team** – Dette er ikke et ferdig definert konsept og oppfattes nok litt ulikt av ulike fagpersoner og i ulike sammenhenger. I denne rapporten siktes det til en dynamisk organisering av team av tjenesteytere og ressurser rundt pasienten og inkludert pasienten, basert på ulike faser eller tilstander som er identifisert og som det er laget planer for. Ved overgang fra en fase/tilstand til en annen skifter teamets sammensetning og ledelse i henhold til forberedte planer.

**Samvalg** – Se <https://samvalgsveiviseren.no>

**Fire gode vaner** – De fire gode vaner er et kommunikasjonskurs for leger. De fire gode vanene er: (1) Invester i begynnelsen, (2) Utforsk pasientperspektivet, (3) Vis empati, (4) Invester i avslutningen. Se f.eks.: <https://unn.no/kurs-og-konferanser-for-helsepersonell/fire-gode-vaner-kommunikasjonskurs-for-leger-i-spesialisering-ved-unn#om-kurset>

«Hva er viktig for deg?» - En måte å forankre planer og tiltak ved å ta utgangspunkt i hva som er viktig for personen/pasienten. Se f.eks.: <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg/>

Eller internasjonalt («What matters to you?»): <https://wmtv.world>

**Sosiotekniske systemer** – Begrepet beskriver hvordan ulike typer systemer henger sammen og at organisasjoner ofte må betraktes som sosiotekniske systemer satt sammen av sosiale systemer (kultur, profesjoner, organisering, sosiale-, juridiske- og økonomiske rammer, osv.) og av tekniske systemer (teknologi, infrastruktur, programvare, datamaskiner, osv.). Disse systemene påvirker hverandre og gir muligheter, men også begrensninger for hverandre. En konsekvens er at innføring av ny teknologi ikke kan betraktes som kun å innføre et nytt teknologisk system, men man også se på interaksjonen med de sosiale systemene.

# Del 1 – Bakgrunn, mål, sammendrag og anbefalinger

## Bakgrunn

Pasienter med sammensatte og komplekse behov på tvers av fag og forvaltningsnivå (stormottakere) har spesielt behov for personsentrerte, helhetlige og proaktive helsetjenester og oppfølgingsplaner. Denne gruppen er spesielt sårbar fordi omstendighetene for den enkelte er ofte unik og krever tilpassede løsninger, de er avhengig av at de ulike aktørene i helsetjenesten klarer å kommunisere og samhandle godt. Det er vanligvis et potensiale for forebygging gjennom riktige beslutninger og tiltak som kan settes inn raskt for å unngå kriser og ivareta de riktige prioriteringene for komplekse helsetilstander.

Stormottakerprosjektet bygde på erfaringene og forskningsresultatene fra pilotering av pasientsentrert helsetjeneste team (PSHT) ved UNN i Tromsø og Harstad i samarbeid med vertskommunene og i tillegg Balsfjord, Karlsøy og Senja kommuner fra 2013.

Stormottakerprosjektets hovedmål var å bygge opp kapasitet i PSHT til å betjene alle 24 kommunene i opptaksområdet til UNN, utvide og styrke samarbeidet om stormottakere i UNN (ved alle lokalisasjonene) og prøve ut en ordning med en forsterket koordinerende funksjon. I tillegg hadde prosjektet en aktiv rolle i å styrke digital oppfølging av pasienter ut til kommunene og hjemmet og prøve ut verktøy og metoder for å tidlig identifisere stormottakere i UNN og kommunene.

Stormottakerprosjektet ble gjennomført i UNN og i Helsefellesskapet Troms og Ofoten for å forbedre hvordan UNN og kommunene i opptaksområdet yter helsetjenester for pasienter med sammensatte og komplekse behov. Prosjektet baserte seg på de gode resultatene som var oppnådd gjennom etablering av Pasientsentrert helsetjeneste team (PSHT) og prinsippene om en helsetjeneste som er personsentrert, helhetlig og proaktiv for skrøpelige eldre. Mål for arbeidet var å få til en mer bærekraftig tjeneste gjennom redusert bruk av øyeblikkelig hjelp og innleggelse i sykehus og kommunale korttidsplasser.

Prosjektet ble forankret i ledelsen i UNN og med direktøren i UNN som eier. I tillegg var prosjektet forankret i overordnet samarbeidsorgan (OSO) og Helsefellesskapet Troms og Ofoten som erstattet OSO. Gjennom Ishavserklæringen for Helsefellesskapet Troms og Ofoten har UNN og de 24 kommunene i partnerskapet forpliktet seg til å jobbe for forbedring av helsetjenestene for pasienter med sammensatte og komplekse behov for helsetjenester.

PSHT har fått betydelig oppmerksomhet nasjonalt og er nevnt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og prinsippene har bred støtte i de nasjonale planene. Det er flere prosjekter for å implementere lignende prosjekter i andre regioner i Norge.

Prosjektet hadde en ramme på to år. Opprinnelig plan var oppstart i 2020, men grunnet manglende finansiering ble oppstart i februar 2021, med avslutning i mai 2023. Prosjektet ble etablert i Medisinsk Klinikk (MK), men ble flyttet over til E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI) da det ble opprettet i 2021.

Prosjektteamet besto av prosjektleder, seksjonslederne fra PSHT-seksjonene i Tromsø, Harstad og Narvik og ESIs senterleder var prosjektansvarlig på vegne av direktøren i UNN.

## Mål og leveranser

### Overordnet mål

Bedre helsetjenestene for pasienter med sammensatte og komplekse behov.

### Hovedleveranser definert i mandatet

1. System for tidlig identifisering og risikovurdering av stormottakere og potensielle stormottakere etablert i UNN
2. Tjenestemodeller for avstandsoppfølging av stormottakere
3. Utredning om behov for og forutsetninger for en styrket koordinerende funksjon/enhet for stormottakere
4. Pasientsentrerte helsetjenester, team og arbeidsmetodikk er tilgjengelig for alle 24 kommuner i UNN sitt opptaksområde
5. Prosedyrer og rutiner for optimale stormottakerforløp mellom UNN og kommunene
6. Tjenestetilbud og handlingsberedskap for stormottakere i UNN
7. Gjennom møter i 2020 og 2021 med direktørens ledergruppe (DLG) ble det også vektlagt at modell for gevinstrealisering måtte utvikles og adresseres av prosjektet.

## Kort oppsummering av prosjektet

### 1. Hva har vi fått til?

#### **Teammodeller som sikrer skalerbarhet og tilpasninger til lokal kompetanse:**

Det er etablert bærekraftige samarbeids- og teammodeller med hver av UNNs 24 kommuner som sikrer skalerbarhet og tilpasninger til lokal kompetanse og til pasientens behov:

- Det er etablert pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSTH) ved våre sykehus og to DMS, og det er bygget opp kapasitet til å håndtere henvisninger fra alle kommunene.
- For å sikre at lokal kompetanse og ressursene er tilgjengeliggjort i samarbeidet mellom kommunene og sykehuset, er det etablert ulike tjenestemodeller som er tilpasset den enkelte kommune:
  - I Tromsø samarbeider et felles PSHT-team med delt budsjett mellom kommunen og UNN.
  - Harstad- og Narvikteamene jobber tett med vertskommunene, men ikke i felles team.
  - DMS Nord-Troms benytter eksisterende ressurser for å etablere et PSHT-team i samarbeid med de lokale kommunene.
  - DMS Midt-Troms har et integrert team med Senja kommune og finansiering fra UNN og Senja
  - Små og mellomstore kommuner har forskjellige tilnærminger til ressursallokering, men alle kommunene har opprettet et kontaktpunkt for PSHT.

#### **Utvidet pasientgruppe:**

PSHT-teamene har utvidet målgruppen til å inkludere flere kronikere og pasienter med komplekse somatiske, psykiske og rusrelaterte utfordringer. Sammen med forsterket koordineringsfunksjon (FKF) og Koordinerende enhet UNN (KE) har man koordinert flere av de mest komplekse pasientforløpene i UNN. Erfaringene med de komplekse forløpene, har avdekket store utfordringer med å få klinikerne å gå inn i helhetlig oppfølging. Dette gjelder spesielt kontaktlege, koordinator i spesialist helsetjenesten og å samarbeide om felles plan.

Dette er verdifulle erfaringer som foretak og kommuner må jobbe videre med (se egen ledermøtesak om koordinering, DLG 24.10.2023).

### **Innovasjon – og tjenesteutviklingspartner:**

PSHT team og prosjektet er en sentral aktør i flere relaterte utfordringer og arenaer lokalt, regionalt og nasjonalt. Eksempelvis DHO-prosjekt (ledet av Kvæningen kommune) og Digital behandlings- og egenbehandlings plan (ledet av Helsedirektoratet, Norsk helsenett og Helse-Nord IKT). Se Tabell 2.

### 2. Hva har det gitt?

Publiserte forskningsresultater på effekt av PSHT-team i perioden 2014-2016 blant skrøpelige eldre (Gro Berntsen et al, 2019<sup>2</sup>) ble bekreftet gjennom resultatene fra flere nye og sammenlignbare analysemodeller utført fra Helsedirektoratet/HSØ, UNN (ØAS) og NSE. (Se Vedlegg 3 – Notat fra Christian Thoresen, HSØ ). Analysen er et resultat av arbeidsgruppe «Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester» i forbindelse med Nasjonal helse - og samhandlingsplan som kommer i slutten av 2023.

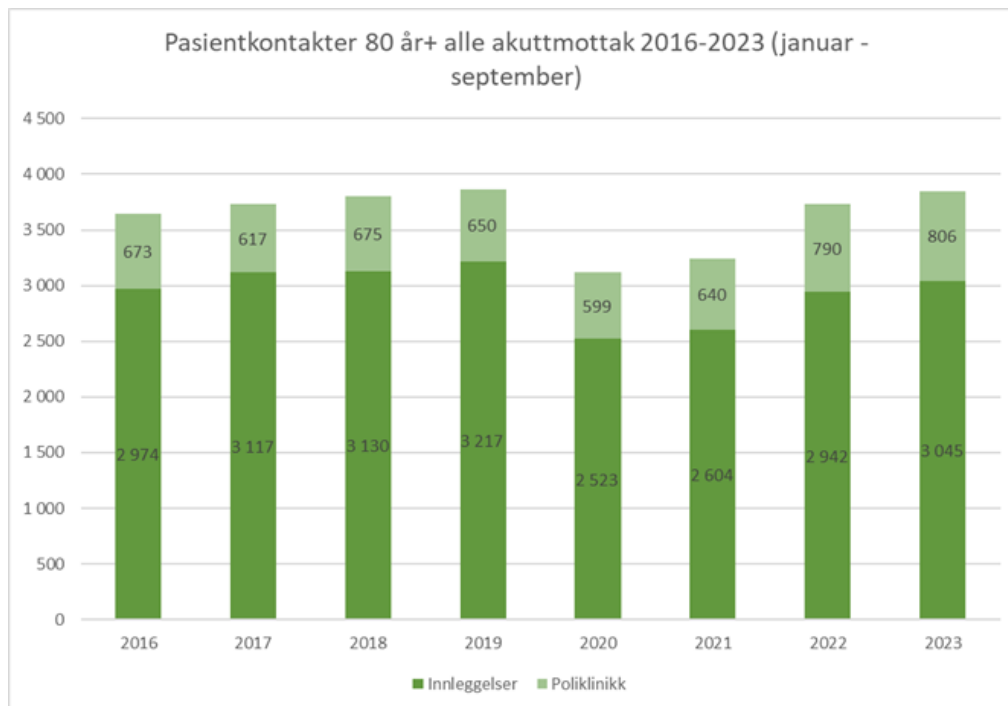
PSHT ved UNN HF har hatt en signifikant innvirkning på reduksjonen av liggedøgn som samlet sett representerer 1,7 % av totalt liggedøgnsvolum ved UNN HF. Videre har PSHT bidratt til en 20 % nedgang i innleggelser blant eldre pasienter. I perioden 2018-2022 kan 60 % av den totale reduksjonen i liggedøgn for akuttmedisinske eldre ved UNN HF tilskrives effekten av PSHT.

Aktivitetstall fra akuttmottakene ved UNNs lokalisasjoner viser at andelen pasienter over 80 år er under 2017-nivå ved alle lokalisasjoner, til tross for høyere andel eldre i befolkningen og medieoppslag fra andre sykehus som adresserer eldrebølgeproblemtikk i akuttmottagelsene (Se Figur 1). Våre funn skiller seg fra andre helseforetak i Norge.

---

<sup>2</sup> Gro Berntsen, M. Dalbakk, J. Hurley, T. Bergmo, L. Spansvoll, J. G. Bellika, S. O. Skrøvseth, T. Brattland, M. Rumpfeld, Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial : [BMC Health Services Research](#) volume 19, 682 (2019)





Figur 1 Pasientkontakter over 80 år, alle akuttmottak, 2016-2023 (januar - september). Utarbeidet av Thomas Krogh, ØAS, UNN

Den sterke signifikant positive effekten på redusert dødelighet hos pasienter som var henvist til PSHT ble bekreftet gjennom en oppdatert analyse som inkluderer 6 og 12 mnd. oppfølging fram til 2020.

I kommunene sees ingen statistiske forskjeller i bruk av langtidsinstitusjon, men tendensen er lavere relativ risiko for pasientene i PSHT. Pasienter i PSHT har færre korttidsopphold og flere individer har hjemme helsetjenester (sterkeste effekt).

Teamene har evaluert tiltak gjennom et selvrapporteringsskjema (se Vedlegg 5 – Egenvurderingsskjema) i perioden november 2022-februar 2023. Oppsummert heves følgende fram (prosentandelen i parentes angir variasjonsområdet for svarene fra teamene): Høy andel pårørende er involvert i behandlingen (65-75 %). Teamene rapporterer at 75-89 % av pasientene antas å ha positiv effekt fra behandlingen. Bruken av digitale hjelpemidler har økt (24-50 %), og pasienter som ønsket og var egnet for utarbeidelse av en personsentrert proaktiv helhetlig plan har fått plan.

*«I ett (SIC) nasjonalt perspektiv kjennetegnes stormottakere (over 65 år) gjennom «en «svingdørs»-problematikk i fase hvor pasienten utvikler et fallende sykdomsbilde.*

*Pasienter inkludert i psht ser ut til å ikke følge dette forløpet første året med færre akuttinnleggelser, færre akutte liggedøgn og lavere bruk av korttids plasser (i kommunen) og høyere overlevelse» (Se Vedlegg 3 – Notat fra Christian Thoresen, HSØ).*

### 3. Hva må gjøres nå?

#### **Robusthet og skalerbarhet – samordning og pasientens team**

PSHT-nettverket må kontinuerlig videreutvikles i nært samarbeid med både klinikker og kommuner.

Det ble avdekket store utfordringer med å få klinikkene involvert i å ta ansvar for sin del helhetlig oppfølging og planlegging, særlig vedrørende pasienter som trenger spesialistenes involvering over tid. Det er behov for å etablere et system der pasientsaker regelmessig kan vurderes helhetlig, der representanter fra involverte kliniske avdelinger kan oppnevnes i tillegg til representanter fra PSHT eller andre aktuelle tverrfaglige team. Det er behov for å forsterke mekanismer som koordinerer tjenester for flere pasienter som trenger helsefelleskap i praksis med spesialkompetanse på tvers av fag og forvaltningsnivå. Samarbeid og samordning må intensiveres ved å bruke ordninger som kontaktlege, koordinator, eller etablere "pasientens team" for den enkelte pasient.

Fokus må også rettes mot pasienter som har store utfordringer med både somatiske lidelser, og sykdom relatert til psykiatri og rus. Samt at tilbudene som utvikles kan skaleres etter det behovet pasienten har i ulike faser.

### **Digitale støttestruktur**

Fremover vil det være en prioritet å integrere flere digitale løsninger og sikre harmonisering av systemene i foretak og kommunene, slik at de støtter personsentrerte forløp (eksempel på dette er digital hjemmeoppfølging).

Utviklingen og implementeringen av digitale helsetjenester må prioriteres. Målet er også å sørge for at en digital behandlings- og egenbehandlingsplan blir tilgjengelig for alle involverte parter, inkludert pasienten.

### **Kompetanseheving**

En effekt av å utvikle en digital kompetanseportal og ha felles prosjekter med utøvende deler av primærhelsetjenestene er at det gir en styrking av nettverket mellom primærhelsetjenesten og sykehus. Det er viktig å ha aktive arenaer for dialog på operativt nivå i tillegg til de mer formelle arenaene på ledelsesnivå som Helsefelleskapet utgjør. I tillegg til kompetanseportalen må det utvikles dedikerte digitale læringsprogrammer som formidler nødvendig kunnskap. Disse programmene må være skreddersydd for de ulike aktørene i foretakene og kommunene som er involvert i pasientens forløp.

Kompetanseportalen må også formidle kunnskap om å ta i bruk verktøy og metoder som brukes i samvalg, kloke valg og de «fire gode vaner» som understøtter en bærekraftig personsentret tilnærming som bidrar til en riktig bruk av våre ressurser og økt pasientsikkerhet.

### **Indikatorer og kontinuerlig forbedring**

Indikatorer må utvikles og etableres i samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og bidra til kontinuerlig forbedring av tjenesten.

### **Vurdering**

Det tar tid å få til endring og utvikle tjenestemodeller, inkludert det å finne strukturer og arbeidsform for koordinering av tjenester for pasienter som er stormottakere og aktivere ansvarlige klinikere i et stormottakerforløp. Evaluering har vist at arbeidsmetodikken for PSHT reduserer antall akutte hendelser og liggedøgn i sykehus, samt gir redusert behov for innleggelser kommunale korttidsplasser. Kompetansen i PSHT teamene er brukt for å forbedre pasientflyt og bidra til å redusere antallet som blir værende i sykehuset som utskrivningsklare. PSHT modellen og nettverket som er etablert gjør det er mulig å dele på kompetanse mellom kommuner og med teamet der man mangler personell for å kunne ta imot pasient fra sykehusehuset eller redusere risiko for innleggelser gjennom forebygging. Eksempler fysioterapeut eller ergoterapeut.

Det er fortsatt en vei å gå innen koordineringsarbeid på tvers av enheter har riktig prioritet i UNN og i samarbeidet med primærhelsetjenesten.

Det er nødvendig å fortsette arbeidet med å få på plass nødvendige strukturer og arbeidsform på tvers av klinikkene i UNN for å aktivere og anvarliggjøre spesialistene i komplekse pasientforløp.

Det er nødvendig å fortsette arbeidet pasientsentrert og helhetlig tilnærming internt i UNN i dialog med pasienter og pårørende, samt primærhelsetjenesten for å kunne legge til rette for en mer bærekraftig helsetjeneste.

## Anbefalinger og læringspunkter for ledelsen i UNN

### Anbefalinger

<b>Modning i tjenesteutvikling til stormottakere</b>	Fortsette arbeidet med å modne forståelsen for stormottakerproblematikk og identifisering av stormottakere og potensielle stormottakere videreføres gjennom en stormottakersatsning og utvikling av tverrfaglige og utadrettede team. Tverrfaglige team i UNN må ha troverdige og stabile rammer. Eventuell prosess rundt endringer må være forutsigbare.
<b>Koordinering UNN og pasientens team</b>	Det er store utfordringer med hvordan oppgaver som koordinator og kontaktlege praktiseres i UNN. Det er vanskelig å få koordinert i langvarige forløp. Det er flere årsaker til dette og disse er i hovedsak systemiske utfordringer og dermed et ledelsesansvar. Pasientens team må utvikles som konsept i samarbeid med primærhelsetjenesten. Egen ledermøtesak om forbedring av koordineringen i UNN blir lagt fram 24.10.2023. Digitale verktøy må understøtte forløpene.
<b>Målgrupper for team</b>	Målgruppe for PSHT teamene må tydeliggjøres og klinikkene må være ansvarlige for sine bidrag i forløpene.
<b>Stormottakerforløp</b> - <b>Akutt- og mottaksmedisin og stormottakere</b>	Dialogen med akutt- og mottaksmedisin må følges opp i linjen med tanke på å avklare samarbeidsform med PSHT, med mål om hvordan stormottakere kan identifiseres tidlig for forebygging og redusere behov for akuttinnleggelser.
<b>Stormottakerforløp</b> - <b>Kombinasjon Somatikk, Rus og Psykiatri</b>	UNN må forbedre samhandling og planlegging rundt pasienter som har store utfordringer med somatiske lidelser i kombinasjon med sykdom relatert til psykiatri og rus.
<b>Læring og komptanseplattform</b>	Digitalt støttet faglig nettverk (foreløpig kalt «akademiet») er nødvendig for å kunne ha en felles plattform med kommunene til å dele erfaringer med hverandre og UNN. Dette arbeidet er startet og bør videreføres og fullføres som en del av stormottakersatsningen.
<b>Vedlikeholde nettverk</b>	Nettverket ut mot kommunene vedlikeholdes av PSHT-seksjonene i samarbeid med SamUT, koordinerende enhet (KE) og kliniske enheter. Dette må være en prioritert oppgave, også fordi flere av kommunene er små og vil ha få

	stormottakere som ikke har god nok oppfølging gjennom etablerte forløp eller avklarte planer.
<b>UNN og kommuner</b>	Helsefelleskapet Troms og Ofoten er en viktig ressurs og arena for forankring av samarbeidet om stormottakere. Utfordringer rundt pasienter med sammensatte og komplekse behov må settes på agendaen i ulike fora og følges opp gjennom oppfølging av Ishavserklæringen.
<b>Innomed: UNN og kommuner</b>	Erfaringene med støtte fra Innomed er gode. Det er en fordel om det kan etableres flere prosjekter sammen med vertskommunene og brukere for å sikre godt samarbeid, god forståelse for hverandres roller og for å få til forbedring og innovasjon.
<b>Tidlig identifisering</b>	Tidlig identifisering av stormottakere og potensielle stormottakere krever et system som kan flagge pasienter som trenger en mer helhetlig vurdering. Problemstillingen tas inn i strategier for nye digitale verktøy og prosesser som kan føre til at man får tilgang på data fra fastlegene slik at denne typen verktøy kan være basert på et helhetlig grunnlag.
<b>Pårørende</b>	<p>Pårørenderollen er full av nyanser og egne problemstillinger som det må tas hensyn til i en framtidig utvikling av helsetjenestene der pasient og pårørende vil forventes å måtte ta en mer aktiv rolle. Viktig å kjenne til begrepet «dobbel aldring». Pårørende til 80-90 år gamle pasienter er også eldre, ektefelle oftest i samme alder og med egne helseutfordringer, barn gjerne 60-70 år og kan også ha egne helseutfordringer. I samarbeid med brukerutvalg og pasient- og brukerombudet, bør det utarbeides et strategidokument for problemstillinger knyttet til pårørende og deres rolle. Relevante FSU i Helsefelleskapet Troms og Ofoten bør inkluderes.</p> <p>Helhetlig plan for oppfølging av pårørende: bestilling fra Brukerutvalget i UNN, forankres i Helsefelleskapet. Det skal nedsettes arbeidsgruppe for å rigge arbeidet videre.</p>
<b>Gevinstrealisering</b>	Det må arbeides videre med å synliggjøre gevinstene av gode stormottakerforløp, både for pasient, sykehus og primærhelsetjenesten. I linjen i PSHT-seksjonene gjelder det spesielt oppfølging av tilfredshet og erfaringene de som har jobbet

	med prinsippene har gjort seg. Samt følge opp arbeidet som er igangsatt gjennom HN-LIS gjennom registrering og kvalitetsutvikling.
<b>Uttak av gevinster</b>	Gevinstene fra prosjektresultatene må hentes ut gjennom å holde diskusjonen om endring til en PHPH ved like og etterspørre en utvikling i identifisering av stormottakere i alle klinikker og i primærhelsetjenesten og sørge for at kapasiteten til PSHT utnyttes.
<b>Digitale møter første alternativ</b>	Etter at kontakt og første samtale med pasient er gjennomført bør man ha en målsetning om at digitale møter bør være første alternativ og at det skal begrunnes dersom man ikke bruker et digitalt møte.

Tabell 1 Oppsummering av anbefalinger fra stormottakerprosjektet

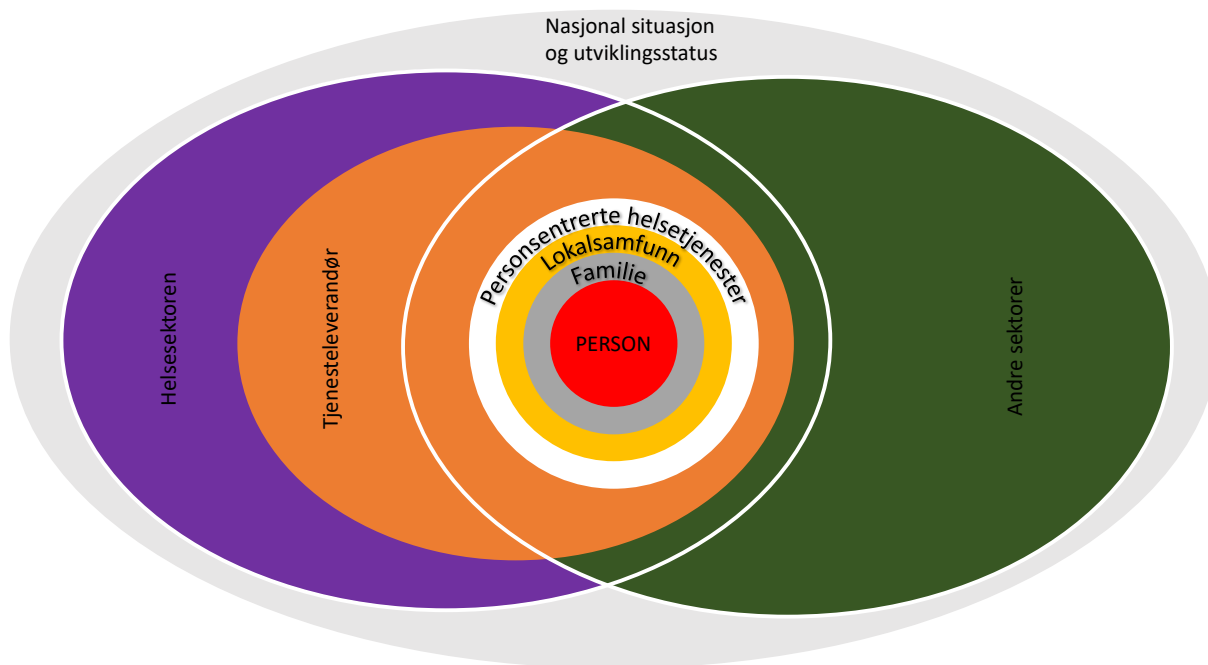
### Læringspunkter knyttet til prosjektledelse

- Ved store prosjekter i UNN som er av strategisk viktighet så bør disse sikres i prosjektperioden. Dette for å unngå usikkerhet om vilje til gjennomføring og unngå risiko for at enheter ikke engasjerer seg. Kritiske spørsmål og diskusjoner er nyttig og styrker prosjekt, men det er ikke konstruktivt å ha diskusjoner som undergraver et prosjekts berettigelse underveis i prosjektet og at disse i tillegg foregår utenom beslutningskanaler og prosesser. Dersom det er nødvendig å ta en pause eller revurdering av et prosjekt så må det gjennomføres en risikovurdering i forkant av en slik pause eller revurderingsprosess. UNN har etablert porteføljestyret for å blant annet ta diskusjoner og ha en overordnet styring på større prosjekter og konkrete tilbakemeldinger bør tas i det forumet.
- Organisering av store prosjekter som handler om tjenesteutvikling må legges tett på driften og planlegges og ledes på en slik måte at prosjektet ikke blir for adskilt fra driften og utvikling av tjenestene i linjen og de som skal ta ut gevinstene. En god erfaring er å ha delprosjekter i linjen.
- Bevisstheten om sosiotekniske systemer<sup>3</sup> bør styrkes i UNN. Handler om å forstå de ulike drivkreftene for sosiale og tekniske/faglige systemer i endringsprosesser og behandle innføring av teknologi også som et ledd i organisasjonsutvikling.
- Ved større prosjekter vurdere en agil prosjektorganisering, tett på en leder med beslutningsmyndighet og bredere forankring ved behov
  - God modell, men krevende å lede og risiko for mål-forskyvning (scope creep)
- Forankring av prosjektet tett på linjen var et riktig grep
  - Krevende for linjeledere med mange oppgaver allerede
  - Fare for konflikt når strategi for prosjekt ikke er ens med linjeleder og normalt en del av linjeleders ansvarsområde

<sup>3</sup> Se for eksempel Four rules for the reinvention of health care, Enrico Coiera, BMJ 2004;328;1197-1199 doi:10.1136/bmj.328.7449.1197 <http://bmj.com/cgi/content/full/328/7449/1197>

- For lite ressurser ble satt av til støtte for prosjektleder (prosjektleder fikk for mange oppgaver i prosjektet – dette er en kjent utfordring i flere prosjekter)
- Vi undervurderte kommunikasjonsoppgavene
  - Dialog med og informasjon til klinikkene ble for dårlig og med lite tid til oppdatering av intranett og internett
- Krevende økonomi i UNN en trussel for opprettholdelse av prosjektet
  - Det er og vil alltid være behov for stillingene «overalt»

# Del 2 – Personsentrert, helhetlig og proaktivt



Figur 2 Modell for personsentrert og helhetlig helse og omsorgstjenester (basert på figur fra Kari J. Kværner og Thomas Hoholm, 2023)

## Hvorfor et stormottakerprosjekt i UNN?

UNN har en tydelig visjon og sterke verdier som forplikter og setter retning for et universitetssykehus som skal være attraktiv som arbeidsplass og som skal sørge for kvalitet og trygghet for helsetjenestene til innbyggerne i landsdelen.

### UNNs Visjon

- Med pasienten – for pasienten

### Verdier

- Våre kjerneverdier er kvalitet, trygghet, respekt og lagspill

### Våre strategiske hovedretninger er:

- Pasientbehandling, utdanning, forskning, pasient- og pårørendeopplæring.

### Våre satsingsområder i perioden 2021-25:

- Pasientperspektiv i alt vi gjør
- Medarbeideren er vår viktigste ressurs
- Universitets- og regionsykehuset for hele Nord-Norge
- Vi er åpne om prioriteringer
- Vi er en synlig og forberedt samfunnsaktør

Figur 3 UNNs visjon



Stormottakere er de pasientene som har sammensatte og komplekse behov for helsetjenester, ofte på tvers av fag og nivå. Det er ikke noen klare inklusjons- eller eksklusjonskriterier, men det er pasienter som når enkelthistoriene trekkes fram, så kjenner de fleste helsearbeidere igjen problemstillingene. De fleste er skrøpelige eldre. De har gjerne flere kroniske sykdommer eller har overlevd kreft og har levd lengre tid med større og sammensatte helseplager. Noen er yngre mennesker, men kan likevel beskrives som skrøpelige, eller de har så sammensatte helseplager at de faller utenom etablerte forløp og er eller ender ofte opp med å bli sendt mellom primærhelsetjenesten og helseforetak, eller fra avdeling til avdeling i et sykehus. De mest komplekse har et behov som er så sammensatt og så spesielle at de har behov for helt individuelle løsninger både for utredning og behandling, men også oppfølging og samarbeid mellom avdelinger og med primærhelsetjenesten, koordinert og tilpasset den enes livssituasjon.

I ukentlige stormottakertirsdagene ble det presentert en anonymisert pasienthistorie. Noen ganger for å få innspill fra andre team for bedre løsninger og deling av erfaringer og noen ganger for å ta opp en mer generell problemstilling.

En viktig forutsetning for PSHT er at dette ikke er en tjeneste som skal overta behandlingen, men fungere som et bindeledd mellom ulike fagmiljøer og på tvers av primærhelsetjenestene og UNN. Teamene skal kunne bistå med en helhetlig vurdering av enkeltpasienter, kunne fylle inn der det skulle oppstå gap i overganger som kunne ført til forverring av sykdomsbildet, og støtte koordinering av komplekse forløp over kortere tidsrom. PSHT er et lavterskeltilbud og henvisninger kommer fra UNN, kommunene, fastlegene og pasienter eller pårørende. Stormottakerprosjektet har vært viktig for å løfte opp flere samtaler og diskusjoner på tvers i UNN og mellom UNN og kommunene (spesielt gjennom Helsefellesskapet Troms og Ofoten). Pasientene vil få bedre tjenester gjennom at disse samtalene gjøres og at helsetjenestene gjennomgående blir mer personsentrerte, helhetlige og proaktive.

UNN har spesielt gode forutsetninger for å spille en viktig rolle i å utvikle PHPH fordi UNN har utfordringene med flere lokalisasjoner, men en størrelse som gir muligheter for samarbeide på tvers av fag og lokalisasjon. Samarbeidet med kommunene er godt og [Ishavserklæringen](#) danner et forpliktende grunnlag for å finne gode løsninger sammen. Utviklingen i kommunene er alvorlig og gir motivasjon til å tenke nytt, men ikke så kritisk at foretak og kommunene blir handlingslammet. Store prosjekter som Nye UNN Narvik (NUN) og nye Åsgård gir muligheter for å tenke nytt og skape nye forløp på tvers av fag og nivå. Helse-Nord har satt i gang store prosesser som gir ytterligere motivasjon og handlingsrom for å tenke nytt.

### **Illustrasjon på utfordringer med særlig komplekse pasientcase**

I disse sakene har grad av kompleksitet variert og de har til dels tatt mer tid og ressurser enn andre PSHT-casene. De har hatt behov for en særskilt faglig kompetanse for å forstå sykdomsbildet. Det har vært krevende og noen ganger belastende for den enkelte medarbeider å stå i saker som viser seg å ha mange flere lag av kompleksitet enn det som var kjent i utgangspunktet. Spesielt krevende har det vært med langvarig somatisk sykdom med uavklarte tilstander ofte med smerte som en del av problemstillingen. Over tid har dette tært ned tillit mellom pasient og pårørende på den ene siden, og sykehus og øvrig helsetjeneste på den andre. Slike prosesser kan medføre en betydelig psykisk belastning for pasienten, og kan føre til en så omfattende fortvilelse at pasienten kan trenge egen behandling for å håndtere de psykiske belastningene. På toppen av dette utvikler pasientene noen ganger så sterk avhengighet til smertestillende medikamenter at dette kan karakteriseres som rusproblem. Fra pasientens ståsted oppleves trolig smerten som det problemet de trenger å få hjelp med, mens fra helsetjenestene så er det kanskje medikamentavhengighet og psykisk helseproblemer som oppfattes som det primære å få løst før man kan løse smerteproblematikken. Summen er en belastende og fastlåst situasjon som i noen tilfeller har vart over år, og der det kan oppstå en resignasjon i helsetjenesten der man aksepterer at pasient går inn og ut av sykehus, og der mange av kontaktene med helsetjenesten er preget av mistillit og frustrasjon.

For å kunne håndtere slike saker godt er det nødvendig både å ha godt samarbeid med flere fagmiljø og spesialister. Det kan være nødvendig å gå gjennom hele forløpet i retrospekt, for å avdekke mulige feilvurderinger eller uheldige valg gjort av kolleger og helsetjenesten. Dette er viktig for å forbedre helsetjenestene, men også krevende for den enkelte og kan gi PSHT-teamene en følelse av å bli oppfattet som et politi/kontrollmyndighet. Noe som kan gi problemer med å få til det nære og åpne samarbeidet som må til for å håndtere slike vanskelige saker

*Figur 4 Utfordringer med særlig komplekse pasientcase*

# Del 3 – Prosjektorganisering og gjennomføring, resultater, gevinster og gevinstrealisering, erfaringer og utestående oppgaver

## Prosjektorganisering og gjennomføring

Stormottakerprosjektet var i mandatet ett prosjekt, med fem delprosjekter:

- Delprosjekt A: Tidlig identifisering og risikovurdering (utprøving av Medrave)
- Delprosjekt B: Etablering og utprøving av Forsterket koordinerende funksjon (FKF)
- Delprosjekt C: Beskrivelse av stormottakerforløp
- Delprosjekt D: Utvikling av PSHT metodikk, utvidelse av pasientgrupper og nettverk ut mot kommunene
- Delprosjekt E: Digital oppfølging og samarbeid

Hver av delprosjektene hadde sine milepæler og relativt detaljerte planer i prosjektmandatet.

## Organisering av prosjektledelse

- Prosjekteier: Direktøren UNN
- Prosjektansvarlig: Senterleder E-helse-, samhandlings- og innovasjonssenteret (ESI)
- Rapport jevnlig til porteføljestyre UNN, løypemelding til direktørens ledergruppe
- Ukentlige møter delprosjektledere, inkludert brukerrepresentanter
- Prosjektleder i full stilling og i henhold til mandatet fem delprosjektlederstillinger (50% stillinger)
- Rapporterer også til OSO – og fra april 2021, Helsefellesskapet Troms og Ofoten
  - Referansegruppe skulle etableres av OSO, men det ble ikke utpekt deltakere fra kommunene
  - Helsefellesskapet: forankring sikret gjennom to av punktene i Ishavserklæringen

## Finansiering

- UNN har bidratt med hoveddelen av finansieringen
  - Finansiering gjennom styrevedtak knyttet til finansiering av Nye UNN Narvik (NUN)
  - Stormottakerprosjektet var ett av flere tiltak i UNN som skulle sikre økonomien for NUN med en pukkelkostnad i oppstartsfasen
- Øvrig finansiering:
  - Farmasøytstillinger finansieres gjennom avtalen UNN har med Sykehusapoteket
  - PSHT Tromsø og Harstad hadde stillinger som er brukt i prosjektet

- PSHT Narvik ble etablert som nytt team
- DMS Nord-Troms og Midt-Troms finansiert av UNN

Budsjettet til prosjektet ble ikke tildelt som en konkret sum avsatt for prosjektet, men en ramme knyttet til de stillingene som var beskrevet i mandatet, noen investeringsmidler for de nye teamene og noen driftsmidler for å dekke økte kostnader knyttet til økt aktivitet. Fordi det tar tid å ansette folk til stillingene var kostnadene første år lavere enn budsjettet, men kun anvendte midler ble overført til ESI. Lønnsmidlene ble fra våren 2022 overført direkte til PSHT-seksjonene. Total kostnad for alle PSHT teamene, inkludert utvidelsene av teamene som er gjennomført som en del av stormottakerprosjektet, er i størrelsesorden 24 mil.

Omdisponeringer ble gjort innenfor prosjektrammen for å dekke inn økninger lønnskostnader for de fleste stillingene fra de var budsjettet i 2019 fram til faktisk bevilgning i februar 2021, ved at driftsmidler ble overført til lønnsmidler.

I tillegg ble det tildelt 50% stilling fra SamUT (fordelt på ulike personer) for hele prosjektet og tilgjengeliggjort ressurser fra Kontinuerlig forbedring for delprosjekt C.

Størrelsen på antall stillinger i PSHT-teamene er beholdt etter endt prosjektperiode, mens kostnad for prosjektleder er avsluttet (stilling videreføres i ESI) og ekstra investeringsmidler og driftsmidler er redusert og dekkes av ESI.

#### Utvikling av prosjektorganiseringen gjennom prosjektperioden

Stormottakerprosjektet var et relativt stort prosjekt med kort prosjektperiode og under to år fra medarbeidere var ansatt. Finansiering ble vedtatt 10. februar 2021. Den korte prosjektperioden gjorde at det var nødvendig med en pragmatisk tilnærming med fokus på de mål som var viktige for å oppnå de overordnede målene og ikke detaljerte planer. Prioriteringer av oppgaver ble gjort av prosjektleder i samarbeid med prosjektansvarlig og delprosjektlederne i PSHT-seksjonene.

Det er også viktig at delprosjektene hang sammen og ikke ble selvstendige prosjekter. Det var en risiko for at delprosjektene, dersom de ble selvstendige prosjekter, utviklet seg i ulik takt og med for sterkt fokus på leveransene i hvert delprosjekt på bekostning av helheten.

Delprosjektene ble derfor organisert tett på linjen, med egne delprosjekter per lokalisasjon, men koordinert gjennom stormottakertirsdagene og med tydelig ledelse gjennom PSHT-seksjonslederne. Dette ble vurdert til å være riktig grep fordi det ivaretok både drifts- og prosjektoppgavene som var lagt til teamene.

#### Samarbeidet med SamUT

I tillegg har det vært tett samarbeid med SamUt (Samhandlings- og tjenesteutviklingsseksjonen).

Identifisering av komplekse pasienter gjennom ukentlige møter og dialog med kommunene Tromsø, Harstad og Narvik. PSHT deltar i samarbeidsforaene og gjennomgang av pasientene.

Samarbeid med KE/PSHT og kliniske enheter i UNN og primærhelsetjenesten rundt planer for pasienter, kvalitet på dokumentasjon osv.

SamUT har jobbet for å øke bevissthet og kompetanse rundt pasientforløp.

Helsefellesskapet: Gjensidig planlegging og utvikling av tjenester henger tett sammen med hvordan vi i helsetjenesten tenker rundt forløp.

SamUT gjør alltid vurdering av utskrivningsklare pasienter og ber enheten vurdere henvisning til PSHT.

## Ytre påvirkninger

COVID hadde en effekt på framdrift av prosjektet

- Førte til raskere innføring av bruk av videokonferanse og avlastet prosjektet med den oppgaven.
- Førte til at personell fra PSHT ble tatt ut av ordinær drift og over i pandemiorganisasjonen. Dette var det samme som for andre enheter i UNN. Eksempelvis: Harstad kommune trakk kommunal 100% sykepleierstilling tilbake under pandemien for å bistå internt i forbindelse med COVID. I etterkant sa kommunen opp avtalen skriftlig begrunnet i økonomi. PSHT Harstad var på pause noe av pandemiperioden. UNN-ansatte bidro inn i ulike enheter i UNN. Leder PSHT-Harstad bidro blant annet med å få på plass utstyr for bruk av VK. Det er usikkert hvor stor betydning dette har hatt for framdrift av stormottakerprosjektet. Fordi det var mulig å opprettholde en minimumsdrift av alle tre PSHT-seksjonene så ble det ikke bedt om forlengelse av prosjektperioden begrunnet i pandemien.

Overflytting fra Medisinsk klinikk (MK) til ESI

- I prosjektperioden ble det gjennomført en større omorganisering med opprettelsen av nytt senter i UNN (ESI) og overflytting av PSHT-seksjonene og stormottakerprosjektet fra MK til ESI. Dette bidro til en ekstra belastning for alle deltakerne i prosjektet og forsinket eller begrenset noe av aktiviteten.

I prosjektperioden hadde UNN en stor utfordring med høyt antall utskrivningsklare (USK) pasienter. PSHT bistod, sammen med samhandlingsseksjonen, i å finne løsninger for enkelte komplekse pasienter. Dette krevde også ressurser i prosjektperioden.

Det ble tatt et valg om å ikke be om forlengelse av prosjektperioden fordi det var en betydelig risiko for at det ville ført til at prosjektet ikke ville blitt gjennomført ved en utsettelse eller større forsinkelser.

## Økt kapasitet i PSHT-seksjonene

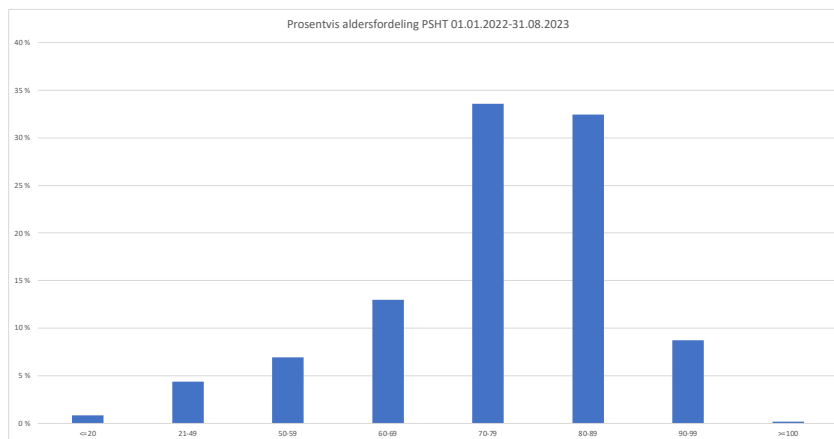
I prosjektmandatet og bevilgningen til prosjektet var det beskrevet hvilke stillinger som skulle etableres eller legges til ved de ulike PSHT enhetene for å øke kapasitet til å ta imot henvisninger fra alle 24 kommuner, og et utvidet pasientgrunnlag. PSHT piloten var dimensjonert for å betjene fem kommuner og stormottakere hovedsakelig fra gruppen skrøpelige eldre:

- PSHT Tromsø: 3 nye av totalt 16 stillinger i UNN (pluss 7 stillinger finansiert av Tromsø kommune)
- PSHT Harstad: 5 nye av totalt 9,5 stillinger
- PSHT Narvik: 7,5 nye stillinger
- Prosjektleder
- Driftsmidler fra ESI (reiser prosjekt, PC, og lignende)
- DMS Midt-Troms: 2 nye stillinger
- DMS Nord-Troms: ingen nye stillinger, men gjør bruk av eksisterende kapasitet

Gjennom styrking av PSHT-Tromsø, nødvendig styrking av et lite og sårbart team ved PSHT-Harstad og etablering av ny seksjon PSHT-Narvik er det nå fullverdige PSHT-team i de kommunene der UNN har sykehus. Størrelsen på teamene reflekterer dels lokalisasjonenes kompleksitet i tjenestetilbud, befolkningsstørrelse og eventuelt lokale forhold.

Det har vært en målsetning å kunne håndtere 1500-1700 henvisninger totalt til PSHT-seksjonene og DMSene (Se vedlegg 3 til UNN styresak om NUN, 10. februar 2021). I 2022 mottok PSHT 870 henvisninger og har gjennomført 1920 konsultasjoner med refusjon. Framskrivning av aktiviteten til og med august 2023 tilsier at antall henvisninger ligger an til å holde nivået fra 2022. I tillegg kommer en rekke oppgaver som ikke registreres som polikliniske konsultasjoner.

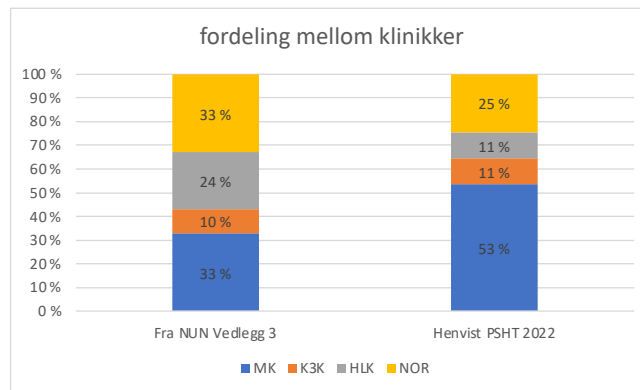
Aldersfordeling på pasienter henvist til PSHT viser at selv om mesteparten av pasientene tilhører gruppen eldre enn 65 år så er det en god andel pasienter som er yngre. Se Figur 5.



Figur 5 Aldersfordeling på henvisninger til PSHT fra 1. januar 2022 t.o.m. august 2023

870 henvisninger er mer enn en fordobling av antall henvisninger fra før stormottakerprosjektet (2019: 428 henvisninger til PSHT). Det er derfor helt klart bygget opp en styrket kapasitet i PSHT. I prosjektperioden har noen ressurser vært bundet opp i oppbygging av teamene og oppgaver knyttet til prosjektet. Etter prosjektet vil disse ressursene gå tilbake til linjen. PSHT styrer ikke antall henvisninger til seg og det påligger derfor klinikkene et ansvar å identifisere sine stormottakere som kan ha behov for personsentrerte, helhetlig og proaktive vurderinger og tjenester og bruke denne kapasiteten. Når vi ser på hvor lenge pasienter følges av et PSHT team i UNN så varierer det veldig. Dette skyldes at noen pasienter blir avklart i løpet av en dag, mens andre er enten i en periode der de gjennomgår behandling i en avdeling i UNN eller annet foretak, eller de venter på annet tilbud før de avsluttes (avslutning inkluderer også samhandling med pasienten). Dette betyr at hvor lenge pasienter er aktive i PSHT ofte ikke avhengig av PSHT. Aktiv tid er derfor ikke et godt kvalitetsmål for tjenesten, men er likevel en faktor som PSHT-teamene følger med og gjennomgår listene sine med aktive pasienter og avslutter dersom det vurderes som riktig. Pasienter kan eventuelt henvises på nytt ved behov. Det er viktig å avslutte i rett tid for å unngå at ordinære tjenester trekker seg tilbake fordi PSHT er inne.

I planleggingen og kostnadsfordeling av oppbygging av PSHT var det beregnet en forventet bruk av PSHT. Figur 6 viser den fordelingen som var lagt til grunn før prosjektet og fordelingen av faktiske henvisninger i 2022 mellom sentrale klinikker. Denne figuren viser at det trolig er flere stormottakere som ikke henvises fra spesielt hjerte- og lungeklinikken (HLK) og nevro-, orto- og revma klinikken (NOR).



Figur 6 Forventet og reell fordeling av henvisninger til PSHT (se vedlegg 3 til UNN styresak 10. februar 2021)

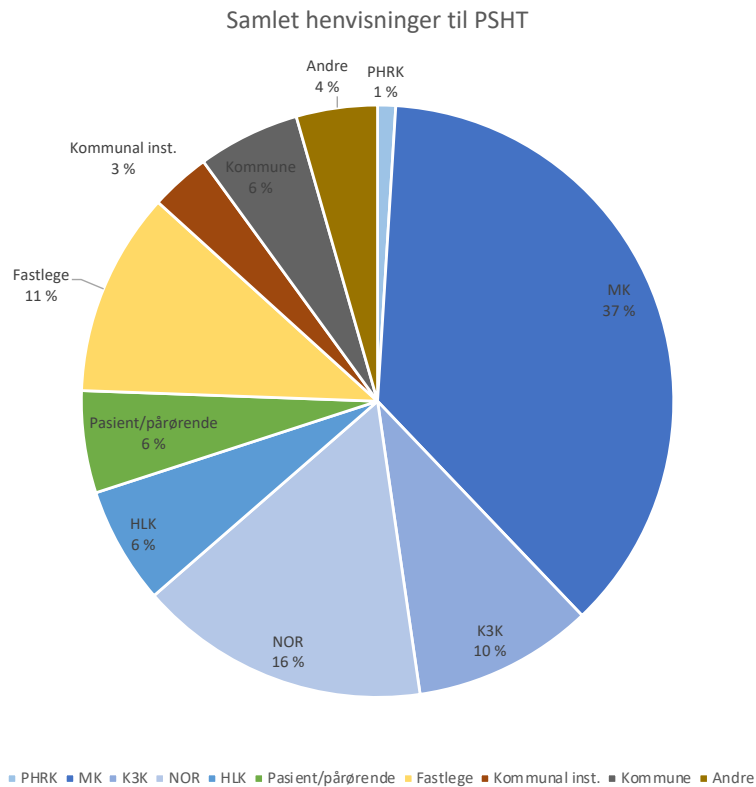
PSHT-Harstad<sup>4</sup> og PSHT-Narvik har etablert jevnlig møter med klinikkene for å gjennomgå om det er pasienter som kan være egnet for henvisning til PSHT. For PSHT-Tromsø har dette ikke vært praktisk på grunn av antallet avdelinger og klinikker, men det er jevnlig dialog med de avdelingene som henviser eller har spørsmål knyttet til enkeltpasienter eller tjenestene til PSHT generelt.

Figur 7 viser fordelingen av henvisningene til PSHT i 2022 fordelt på alle henvisere<sup>5</sup>. Den viser at om lag 2/3 av alle henvisninger kommer internt fra UNN og 1/3 kommer fra fastlegene (11%), kommunene helsetjenesten for øvrig, pasientene eller pårørende. Det er forventet at antallet henvisninger fra kommunene øker ettersom tjenestene blir mer kjent i kommunene og man får erfaringer med samarbeidet<sup>6</sup>.

<sup>4</sup> Ved UNN Harstad ble dette midlertidig stanset våren 2023 i påvente av vurdering av jurist i forhold til vurdering rundt personvern, etter spørsmål fra leder medisinsk avdeling Harstad. Juridisk avklaring på at det er innenfor personvernreglene å foreta slike gjennomganger foreligger.

<sup>5</sup> Totalt antall henvisninger er noe lavere i figuren (822 vs 870) fordi det i datagrunnlaget manglet tydelig henviser.

<sup>6</sup> Fordelingskontoret i Tromsø kommune har etablert en praksis der de oppfordrer sengepostene å sende henvisning til PSHT teamet, istedenfor at de selv sender henvisning til PSHT begrunnet i at pasientens samtykke skal innhentes før henvisning. Denne praksisen fungerer godt og ansvarliggjør sengepostene.



Figur 7 Fordeling av henvisninger til PSHT 2022

## Stormottakernetverk og samarbeid med kommunene

**PSHT-Tromsø** har et integrert team med vertskommunen. Dette er den mest integrerte modellen som forplikter i samarbeidet og som gir ekstra muligheter for samordning og helhetlige vurderinger med tilgang til hverandres journalsystemer.

**PSHT-Narvik** har vært en del av et større arbeid knyttet til organisasjonsutvikling (OU) i forbindelse med Nye UNN Narvik (NUN), et nytt sykehus med både somatikk, psykiatri og rusbehandling samlokalisert. Det nye sykehuset vil i tillegg være fysisk koblet sammen med nytt Helsehus etablert av Narvik kommune på samme campus. Det ble søkt om og innvilget prosess støtte fra Innomed for koordinering av OU-prosjektene tilknyttet NUN og Helsehuset og etablering av PSHT etter initiativ av prosjektlederne for disse tre prosjektene. Dette har bidratt til bedre samarbeid og dialog rundt komplekse pasienter mellom Narvik kommune og UNN-Narvik generelt.

**PSHT-Harstad** har et godt samarbeid med Harstad kommune om pasientene, men det har vært store endringer i samarbeidsforholdene mellom UNN-Harstad og Harstad kommune, uavhengig – men ikke upåvirket av – samarbeidet mellom PSHT-Harstad og Harstad kommune. Harstad kommune har gjennomført en del endringsprosjekter og ønsket før stormottakerprosjektet kom i gang å bryte den avtalen som eksisterte om felles team. Det var flere årsaker til dette og som er uavhengig av stormottakerprosjektet. Det jobbes godt med å styrke samarbeidet og det er etablert et samarbeidsforum.

**DMS** - I tillegg har PSHT-tjenestene ved DMSene blitt utviklet videre (Midt-Troms) og bygget opp fra grunnen av (Nord-Troms). DMSene samarbeider faglig tett med PSHT-Tromsø, og med



de andre PSHT-seksjonene om enkeltpasienter. DMS-Midt-Troms har et felles PSHT-team med Senja kommune.

### Forankring og etablering av kontaktnettverk i kommunene

Gjennom dialog med kommunene er det etablert litt ulike modeller for samarbeid om stormottakere. Hver PSHT-seksjon i UNN og DMSene har ansvar for oppfølging og dialog med et antall kommuner i sin region.

Høsten 2021 ble det etablert en serie med workshoper for hver kommunale helseområde for å sørge for en ledelsesforankring for samarbeid og dialog rundt stormottakere og utvikle en felles forståelse for målsetningene med prosjektet. Denne forankringen var viktig for å ha ryggdekning for senere oppfølging og møter på operativt nivå.

Workshopene inneholdt både informasjon om stormottakerprosjektet og en grundig beskrivelse av utviklingstrekk i kommunene og understrekning av skjebnefellesskapet mellom UNN og kommunene med tanke på å løse de store utfordringene som ligger foran alle nivå av helsetjenesten. Stormottakere forbruker mer enn halvparten av ressursene i helsetjenestene og det gir derfor mening å sette inn felles tiltak ovenfor de stormottakergruppene der tjenestene kan forbedres.

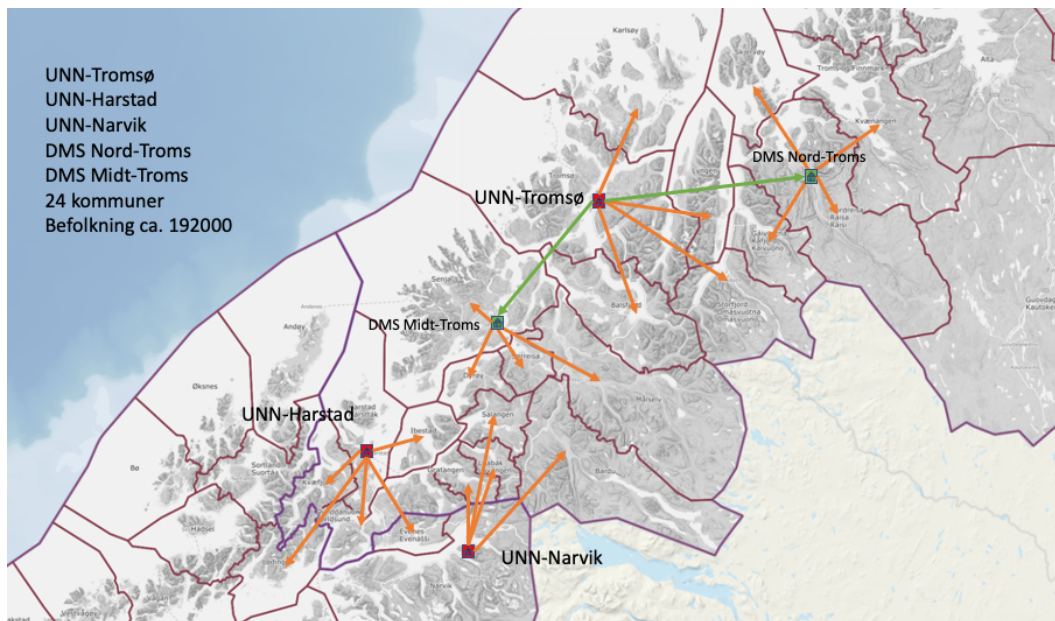
Et sentralt spørsmål i alle disse innledende workshopene var hvordan kommunene ønsket at samarbeid om stormottakere skulle organiseres? I utgangspunktet er det to modeller som er utprøvd i PSHT-piloten: felles team mellom kommune og UNN og team på distanse. For de fleste kommunene utenom vertskommunene var det mest aktuelt å finne en måte å organisere et team på distanse. Det forutsetter et kontaktpunkt i hver kommune. De fleste av kommunene sa det ville bli krevende å slutte seg til et samarbeid som la til grunn øremerkede stillinger. Det betyr at kontakten må gå gjennom kommunale koordinerende enheter eller andre som kommunen utpeker som kontaktpunkt. Fra UNN sin side var det viktig at slike kontaktpunkter var i operativ virksomhet slik at samarbeidet kunne ta utgangspunkt i konkret pasientarbeid. Gjennom stormottakerprosjektet er det også utviklet flere modeller for samarbeid med vertskommunene og øvrige kommuner: Teamene i Harstad og Narvik ambulerer ut i vertskommune, samt til øvrige samarbeidskommuner der en ikke kommer i mål ved samhandling på distanse.

Et resultat av disse første workshopene var oppbygging av et kontaktnett med kontaktpersoner i hver kommune.

Neste runde ble gjennomført i 2022 med møter med hver enkelt kommune på operativt nivå. For å få dette organisert og gjennomført ble hver PSHT-enhet tilordnet et sett med kommuner som det var naturlig å samarbeide med (Se Figur 8). Her ble også DMSene inkludert i organiseringen av nettverket.

Det er viktig å merke seg at selv om denne inndelingen er basert på en regionstruktur som er etablert så er det likevel en del problemer med en slik struktur. Dels har dette med at denne ikke nødvendigvis følger samarbeidslinjene mellom kommunene. Flere kommuner har interkommunalt samarbeid om helsetjenester. I tillegg vil flere pasienter tilhøre ulike UNN-lokalisasjoner avhengig av diagnose. For stormottakere er dette et reelt problem. Tett samarbeid mellom PSHT-enhetene er derfor en viktig del av forutsetningene for at dette skal fungere godt som helhet. F.eks. kan Narvik-teamet starte en kartlegging av en pasient for PSHT-Harstad.

Fra dialogene med hver enkelt kommune ble det klart at en del informasjon måtte gjentas og ny tillit bygges opp der det var nye folk involvert.



Figur 8 Kontaktnett mellom PSHT-enhetene og kommunene

Det var også et klart uttrykk for at det er behov for jevnlig faglig påfyll og diskusjoner og deling av erfaringer med organisering og løsninger. Å lære av hverandres suksesshistorier ble framhevet som viktig og nyttig.

Det var også nyttig å ha Ishavserklæringen og partnerskapet fra Helsefelleskapet Troms og Ofoten<sup>7</sup> som grunnlag for dialog og ramme for samtaler og planlegging av videre samarbeid. Noen kommuner hadde interne prosesser som måtte gjennomføres før det var kapasitet til å etablere konkret samarbeid mellom den aktuelle kommune og PSHT. Dette kunne være omorganiseringer av helsetjenestene eller prosjekter knyttet til endring fra institusjon til hjemmebasert omsorg.

I løpet av stormottakerprosjektet ble det lyst ut midler for digital hjemmeoppfølging (DHO). Stormottakerprosjektet og PSHT var aktive i å støtte to søknader fra Helsefelleskapet Troms og Ofoten. Det ble bevilget midler til ett prosjekt fra hvert helsefelleskap. Prosjektet fra Nord-Troms-kommunene, ledet av Kvæningen kommune, med UNN som prosjektpartner, fikk støtte. Resultater og erfaringer fra dette prosjektet skal formidles blant annet gjennom Helsefelleskapet.

PSHT og stormottakerprosjektets bidrag i forhold til utskrivningsklare (USK)

Nettverket mellom PSHT og kommunene har vært en ressurs i arbeidet med å finne løsninger for enkelte utskrivningsklare pasienter i UNN og PSHT har vist seg et viktig verktøy til å løse denne typen utfordringer i overgangene mellom sykehus og primærhelsetjenesten.

Gjennom PSHT sitt nettverk ut mot kommunene og erfaringene med koordinering av komplekse forløp er PSHT involvert i mange av oppfølgingene av USK. Både for å sikre overgang hjem og for å forebygge reinnleggelse. Erfaringene med dialog og samhandling med kommunene samt kjennskap til hvordan den enkelte kommune jobber er viktige faktorer i at man fant gode løsninger sammen.

<sup>7</sup> <https://helsefelleskapet.no>

## Integrerte team

Prosjektet har ikke hatt som oppgave å vurdere ordningen med integrert team mellom UNN og vertskommunene gjennom PSHT, men prosjektet har likevel vært påvirket av at Harstad kommune trakk seg fra avtalen om integrert team med PSHT-Harstad kort tid før prosjektet startet og det har ikke lyktes å få til integrert team i Narvik selv om det er et tett samarbeid med kommunen både i Harstad og Narvik. Det er ikke slik at integrert team er en essensiell komponent for å lykkes med stormottakerprosjektet, men erfaringene fra å ha integrert team med Tromsø kommune og PSHT-Tromsø er likevel viktige å rapportere om videre. Det er også organiseringen med integrert team som det er gjennomført forskning på.

Flere av analysene av hva som er nødvendig for å lykkes med framtidens helsetjeneste peker på at man bør komme over på helsetjenester som er organisert rundt pasienten og da er integrerte team helt klart den riktige løsningen<sup>8</sup> og <sup>9</sup>. Vi har to forvaltningsnivå i Norge og disse styres og får oppdrag på ulike måter fra myndighetene. Det er et problem fordi det gjør at man hele tiden må finne spesielle løsninger for å få til gode tjenester på tvers av disse. Personvern og økonomi er tema som lager utfordringer i samhandling og hindrer helhetlig tenkning i tillegg til adskilte journalsystemer og få alternativer for god kommunikasjon mellom nivåene om pasientbehandling og ingen støtte for felles prosesser for å lage felles planer i dagens systemer. Det er også en realitet at sentrale initiativ for å styrke samhandling gjennom digitale verktøy, som Akson og Helseplattformen, ikke har lyktes å komme med noen gode løsninger eller eksempler på hvordan mer helhetlige helsetjenester skal støttes av digitale systemer.

Prosjektet har vært forsiktig med å formulere noe tydelig råd på det fordi det er mye politikk og mellommenneskelige forhold som spiller inn på realitetene i Harstad og Narvik. Tromsømodellen med integrert team er en løsning som helsetjenestene trenger å prøve ut uansett og det at det er organisert for de mest trengende er trolig riktig. Man trenger erfaring med å jobbe så tett og med felles systemer. Om modellen ikke er optimal og om det er en kostnad for å lede og opprettholde den er mulig, men uten den ville vi bare spekulert å hva som kunne vært mulig å få til med tettere samarbeid.

Primærhelsetjenesten har en egen terminologi og jobber etter andre modeller for tildeling av tjenester. Adskilt vil modellene for spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten bare fortsette å utvikle seg ulikt og det er ikke bra. Det kan være gode grunner for å ha ulike rutiner og begreper, men som helhet må dette fungere sammen og da er det helt nødvendig med erfaring med integrerte og helhetlige løsninger.

UNN må helt klart jobbe for å skape integrerte team i alle vertskommunene. Men det må komme som et resultat av en prosess der alle parter ser det som den beste løsningen. Så spørsmålet er heller hvilken prosess kan vi få til for å få kommunene til å si at de vil ha ett felles team med UNN? Dersom det er andre team enn PSHT som det er ønskelig å bygge et integrert team rundt, så bør det også vurderes, men for å sikre stormottakertjenestene så er PSHT både et viktig område å samarbeide om og en pasientgruppe som er avhengig av at nivåene samarbeider tett og helhetlig.

Slike team må forvaltes og skalerbarheten til samarbeidet med de andre 21 kommunene må også vurderes. Vi har en god modell for PSHT/stormottakertjenestene, men det må jobbes

---

<sup>8</sup> [https://isqua.org/media/attachments/2022/10/03/person-centred-care-systems\\_from-theory-to-practice.pdf](https://isqua.org/media/attachments/2022/10/03/person-centred-care-systems_from-theory-to-practice.pdf)

<sup>9</sup> <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>

med å se på avtalene og hvordan man skulle få til tettere teamsamarbeid mellom UNN og de kommunene som ikke er vertskommuner og der fysisk og operativ avstand er større.

## Etablering av forsterket koordinerende enhet (FKF)

### Bakgrunn

Tjenestekoordinerer omkring enkeltpasienter inngår som en viktig del av PSHT-teamenes arbeid. Utfordringer knyttet til koordinering og samarbeid mellom aktørene er påpekt gjentatte ganger i de årlige rapportene fra pasient- og brukerombudet. I siste årsmelding for 2022 fra Pasient- og brukerombudet heter det (side 25)<sup>10</sup>:

- *«Pasient- og brukerombudet ser i mange saker at samhandlingen mellom ulike steder i spesialisthelsetjenesten og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste ikke fungerer godt nok. Manglende samhandling mellom tjenestenivåene kan medføre at pasienter ikke får forsvarlige og koordinerte tjenester, og kan i enkelte tilfeller utgjøre en stor pasientsikkerhetsrisiko.*
- *I våre saker ser vi at:*
  - *noen pasienter skrives ut fra sykehus for så å raskt bli re-innlagt, andre pasienter blir liggende lenge på sykehus i påvente av kommunalt tilbud.*
  - *pasienter kan få oppfølging og behandling på flere sykehus for samme lidelse uten at behandlende personell har tilstrekkelig informasjon om de ulike behandlingstiltakene.*
  - *ungdom opplever å få avslag fra spesialisthelsetjenesten med begrunnelse at de kan få behandling i kommunal helsetjeneste samtidig som kommunen sier de ikke har et passende tilbud.*
  - *lovpålagte ordninger med koordinator og individuell plan fungerer ikke i praksis.»*

I prosjektmandatet er det gjort et grundig arbeid med å se på de ulike måtene koordinatorrollen var utøvd i UNN som viser at det er stort spenn i hva som legges i denne rollen i ulike avdelinger i UNN. I mandatet er det beskrevet to hovedoppgaver under delprosjekt B. Det ene var å videreføre en kartlegging av de ulike koordinatorfunksjonene i UNN og i kommunene. Den andre var å etablere en forsterket koordinerende enhet (FKE) med tett samarbeid med KE i UNN og med PSHT-seksjonene. På grunn av tidsfaktoren ble etableringen av FKE prioritert og dette ble raskt omdøpt til forsterket koordinerende funksjon (FKF) fordi målet var å etablere en funksjon og ikke en organisatorisk enhet.

### Organisering

I løpet av våren 2022 ble det besluttet at FKF skulle organiseres som del av PSHT-seksjonene, med en begrunnelse om å ivareta en faglig ramme og for å enklere kunne spille på ressursene i PSHT-teamene. En slik organisering forutsetter et tett og godt samarbeid med koordinerende enhet (KE). Dette samarbeidet ble etablert gjennom KEs deltakelse på stormottakertirsdager, og praktisk samarbeid i forbindelse med komplekse pasientforløp.

---

<sup>10</sup> [https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022\\_bokmal.pdf](https://www.pasientogbrukerombudet.no/arsmeldinger/felles-arsmeldinger/Aarsmelding%202022_bokmal.pdf)

## Erfaringer med etablering og organisering av FKF

Gjennom prosjektperioden er det gjort en rekke erfaringer med ordningen og problemstillinger rundt koordinering av de mest komplekse og sammensatte pasientbehovene og ordningen med FKF:

- Stillingene var nyopprettede, og det tok tid å få utarbeidet en mer konkret stillingsbeskrivelse som ga gode nok rammer og samtidig kunne ha nok fleksibilitet i en prosjekt- og utviklingsfase (Vedlegg 1 – Stillingsbeskrivelse FKF). Prinsippene om en PHPH er lagt til grunn for utformingen av FKF-tjenestene.
- En del av pasientsakene som de jobbet med veldig krevende og det var klart behov for å styrke den faglige rammen for tjenesten. FKF-stillingene ble flyttet inn under PSHT-seksjonslederne som også fungerte som delprosjektledere for delprosjekt B lokalt. Dette skapte mer ro og ga tryggere faglige rammer for tjenesten.
- FKF-stillingene fyller en viktig rolle for de pasienter som i mindre grad har behov for hele det tverrfaglige teamet og utredningsapparatet i PSHT, men der PSHT-teamet kan bistå med koordinering. FKF brukte det tverrfaglige teamet og risikoanalysen for å få en bedre oversikt og forståelse for utfordringer hos pasienten - som igjen ga FKF bedre/tydeligere argumentasjon i samtale med andre kliniske aktører for å lage pasientens team. Av dette avstedkom det gode samarbeidsarenaer rundt pasienten.
- Det har vært et godt samarbeide mellom KE og FKF-koordinatorene i pasientcaser som enten har vært henvist fra KE til FKF, eller der FKF eller PSHT har koblet inn KE.
- Pasienter med koordineringsbehov henvises enten til PSHT eller KE. Etter vurdering av saken overføres den eventuelt til FKF der disse vurderes som det riktige virkemiddel.

*En kort oppsummering av et svært komplekst forløp som har vært krevende for flere avd. Eksempel på hvordan vi fikk til et samarbeid over en periode på 4 mnd.*

*Pasienten hadde i utgangspunktet bare tilbud fra [voksenpsykiatrisk poliklinikk] VOP, men kom til stadighet akutt inn på ortopedisk avdeling, som igjen førte til innleggelser på rehabilitering og psykiatri døgnenhet. Alle enhetene gjorde en god jobb, men mente mye om jobben de andre gjorde. Det var stort sprik mellom enhetene om de hadde «riktig pasient». PSHT ble kontakt med tanke på koordinering. FKF kalte inn til et møte med alle involverte parter, som kom frem til at pasienten hadde behov for alle. Det ble laget en plan som fulgt rundt med pasienten, etter hvilken avdeling som hadde denne. Det ble avholdt samarbeidsmøter og veiledning der alle enheter fikk si noe om egne utfordringer. Alle enheter ble oppfordret til å skissere egne erfaringer og utfordringer og dette ble grunnlaget for veiledning med Traumeteamet i UNN.*

*I samarbeid rundt pasienten ble også kommunen etter hvert trukket inn. I møter og skriftlige tilbakemeldinger til kommunen bidro alle enheter med beskrivelse av funksjon. Dette førte til en grundig beskrivelse av både psykisk og somatisk funksjon.*

*Vi evaluerte dette i etterkant. Alle avdelinger mente at det var nyttig at det var en som hadde oversikt over forløpet og hvor saken var hos kommunen. De mente også at det var fint å vite hvordan de andre enheter arbeidet. Nettverket ble beskrevet som viktig i ettertid, og terskelen for å ta kontakt med andre opplevdes lavere. På sikt vil dette være med på å styrke at vi kan klare å etablere «pasientens team» enklere. Dette gir en gevinst både for behandlende enhet, pasient og for at kommunen ikke trenger å forholde seg til mange, bare en koordinator i sykehus.*

Figur 9 Eksempel på kompleks pasientcase (PSHT-Harstad)

## Erfaringer med FKF og samarbeid med klinikken i UNN

FKF og PSHT har samlet detaljerte erfaringer med hvordan stormottakere blir håndtert i UNN. Helhetlige forløp er viktige for å unngå gap i kontinuitet i tjenestene og for å harmonisere tiltak og behandlingssopplegg som settes inn av de ulike tjenesteyterne. Når dette ikke skjer

har vi mange eksempler på pasienter som har gått inn og ut av sykehus og fram og tilbake mellom helsetjenestene i kommunen og sykehuset i lange perioder, ofte år. Hva som er viktig for pasienten tas i liten grad hensyn til og eventuelle forebyggende planer er ikke kjent for andre tjenesteytere eller følges ikke opp i neste ledd. Erfaringene stemmer godt med det som er beskrevet i flere årsrapporter fra Pasient- og brukerombudet.

### Erfaringer med FKF og samarbeid med kommuner i UNN

FKF har benyttet seg av PSHT sitt nettverk ut mot kommunene og samarbeider med PSHT ut mot disse. Se pasientcase beskrivelsen fra PSHT-Harstad for et eksempel på dette.

### FKF og «en dør inn»-funksjon

I mandatet og i første fase av etablering av FKF var det planlagt at FKF skulle ivareta en «en dør inn»-funksjon for stormottakere. Tjenesten skulle både være for UNN internt, men også for kommunene, fastleger, pårørende og pasienter.

Ordningen ble diskutert og planlagt i oppstartsfasen, men erfaringer med andre åpne linjer eller kontakt-telefonordninger tilsa forsiktighet da det er et stort og udekket behov for informasjon og hjelp til oppfølging av enkeltsaker.

Gjennom den første fasen ble det klart at en dør inn funksjonen også kunne skape forvirring eller usikkerhet om henvising til PSHT og direkte kontakt med KE. Direkte kontakt med KE er viktig fordi det handler om lovhjemlet rett til koordinator og systemansvaret til KE.

Konklusjonen er at denne funksjonen ikke er ferdig utviklet videre på nåværende tidspunkt. Det er aktuelt å utvikle denne i linjen i forbindelse med forbedring av koordinering som en del av daglig drift i ESI. Behovet for bedre og forsterket koordinering for komplekse pasienter adresseres som et eget ledermøtesak som utarbeides i et samarbeid mellom stormottakerprosjektet og koordinerende enhet.

FKF er også tiltenk å ha en støttefunksjon i forhold til andre tverrfaglige team enn PSHT (team for diabetisk fotsår og trykksår, psykisk helse i somatikk, koordinatorlege for habilitering og palliativt team er eksempler på andre tverrfaglige team under etablering som vil ha behov for koordineringstjenester). Erfaring med samarbeidet og rolleavklaringer mot disse er viktig for videre utvikling av «en dør inn»-funksjon og tjenester i framtiden.

### Stormottakernetverk og samarbeid med klinikkene

I forkant av stormottakerprosjektet ble det gjennomført en workshop i UNN (ledersamling vår 2019) der alle klinikkene leverte inn sine vurderinger av hvilke stormottakere de mente de hadde og tiltak som var ønsket for disse. Det kom tydelig fram at man opplevde kontroll over stormottakerforløp, så lenge de var innenfor egen klinikk, men at utfordringene startet så snart man skulle samarbeide med andre instanser, både internt i UNN og med eksterne samarbeidspartnere. Man skilte heller ikke på komplekse og kompliserte forløp, og det var også flere stormottakergrupper som ikke ble identifisert. Det var også klart at begrepet «stormottaker» ga andre assosiasjoner enn pasienter med komplekse og sammensatte behov. En mer vanlig tolkning var at dette var de gruppene som utgjør et volum av pasienter. Av dette forsto vi at en viktig del av stormottakerprosjektet ville måtte handle om å skape forståelse for hva vi mente med stormottakere og hvorfor prinsippene om PHPH var spesielt relevant og viktig for denne pasientgruppen.

I perioden før prosjektet startet ble det organisert møter med noen utvalgte klinikker og prosjektansvarlig og prosjektleder for å diskutere områder for samarbeid og for å diskutere forståelsen av stormottakere og typiske problemstillinger rundt disse. Møtene var viktige for

å sikre forankring i klinikkledelsen og var også et tiltak for å skape forståelse og støtte for en finansiering av stormottakerprosjektet fra utviklingsmidler i UNN. Etter finansiering for prosjektet var vedtatt av styret i UNN kunne vi starte et mer forpliktende arbeid med forankring og operative løsninger for samarbeid og etablering av kontaktnett ut i klinikkene. PSHT-Tromsø var allerede godt etablert og kjent og UNN-Tromsø er også en større organisasjon enn UNN-Harstad og UNN-Narvik. Det utviklet seg derfor noe ulike modeller for diskusjonene med avdelinger i hver lokalisasjon.

**PSHT-Narvik** var spesielt aktiv med å oppsøke avdelinger for å initiere dialog om hvilke pasienter hadde et komplekst og sammensatt behov.

Dette ble også gjort av **PSHT-Harstad** i en periode fram til det stilles spørsmål med om denne praksisen er i tråd med personvern og taushetsplikten. En juridisk vurdering konkluderte med at dette var innenfor god praksis og kunne fortsette.

**PSHT-Tromsø** har jobbet direkte ut mot enkeltavdelinger der man ikke har hatt samarbeid om stormottakere tidligere.

Alle PSHT-seksjonene har selvsagt holdt en tett dialog med avdelingene når pasienter er henvist og følges opp av PSHT i samarbeid med klinikkene.

Gjennom prosjektperioden har vi sett en utvidelse av hvem som henviser til PSHT som tyder på at forståelse for hvilken nytte PSHT kan ha for komplekse pasientcase vokser i organisasjonen. Men fordelingen av henvisninger tyder på at det trolig er flere stormottakergrupper som fortsatt ikke fanges opp. Se Figur 6 for sammenstilling av forventet fordeling av henvisninger og faktisk fordeling av henvisninger fra de klinikkene med forventede utfordringer med stormottakere.

PSHT-seksjonene har vært aktive i å bistå avdelinger med bruk av videokonferanse for dialog med kommunene og pasienter og pårørende.

Det har også vært gjennomført møte med akutt- og mottaksmedisin som er en ny enhet under etablering i UNN, for å sette i gang en dialog og prosess om roller og mulig samarbeid. Dette arbeidet vil bli fulgt opp i linjen som en aktivitet i stormottakersatsningen.

PSHT har gjennom SMP vært i dialog med særlig BUK (habilitering overgang fra barn til voksne), PHRK (stormottakere med kombinasjonsproblematikk psykisk helse-, rus og somatikk), NOR (habilitering og sår) og akuttmottak vedr. hvordan samarbeidet med PSHT om stormottakere kan videreutvikles.

## Samarbeid med eksterne miljø

PSHT-seksjonene (spesielt PSHT-Tromsø) har hatt dialog med flere eksterne prosjekter og tiltak for å implementere tjenester som ligner i større eller mindre grad på PSHT-UNN. Se Tabell 2 for liste av andre team og tiltak som PSHT har hatt dialog med.

Team/tiltak	Aktører
Forsterket utskrivningsteam	Sykehuset Vestfold og Larvik kommune
Tverrfaglig oppfølgingsteam	Arbeidsgrupper St. Olav og Trondheim kommune
PSHT/akuttgeriatriske forløp	Mottaksklinikken og Bergen kommune
Integrerte helsetjenester	Ahus og Oslo kommune
Vel hjem prosjektet. Videreført i Oslo-modellen: tjenester for kroniske syke	OUS og Oslo kommune
VIP-prosjektet	Stavanger Universitetssykehus
Sammen på god vei- prosjektet	SUS og Stavanger kommune
PSHT team	Kirkenes sykehus og kommuner
PSHT team	Hammerfest sykehus og kommuner
PSHT/Innsatsteam	Helgelandssykehuset og Mo i Rana
PSHT team/geriatrisk pol. Klinikk	Nordlandssykehuset og Bodø kommune
PSHT team	Ålesund sykehus og Ålesund kommune
Samarbeidsprosjekt	Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune

Tabell 2 Andre team og samhandlingstiltak som PSHT har hatt dialog med (2022)

## Tidlig identifisering og risikovurdering av stormottakere og potensielle stormottakere

Stormottakerprosjektet har ikke fullt ut lyktes med å få etablert et system for identifisering og risikovurdering av stormottakere og potensielle stormottakere i UNN. Målet var at alle klinikkene skulle ha tilstrekkelig kunnskap til å kjenne igjen pasienter med komplekse og sammensatte behov og som ikke hadde tilstrekkelig oppfølging i UNN eller kommunen eller ikke hadde fastlagte forløp.

Det er synliggjort eksempler på stormottakere og deres utfordringer når det gjelder manglende helhetstenkning og det å få på plass proaktive tiltak basert på det som er viktig for pasienten og presentert disse til direktørens ledergruppe og til de klinikker og avdelinger som har vært åpen for en slik diskusjon.

Fra klinikkens side har det vært ønsket at man kunne få tilgang til suksesshistorier og å kunne dele egne suksesshistorier knyttet til komplekse pasienter og når man får til samarbeid og felles løsninger på tvers av fag og nivå. Det har ikke vært kapasitet eller ressurser til denne typen arbeid i stormottakerprosjektet, men det er en del av input til «stormottaker akademiet<sup>11</sup>» og ønsket om at man skal få på plass en plattform for tilgang til suksesshistorier og deling av erfaringer.

<sup>11</sup> Stormottakerakademiet er en lærings-, kompetanse og kommunikasjonsplattform for personsentrerte-, helhetlige- og proaktive forløp i helsevesenet



PSHT-teamene har gjennom årene utviklet flere metoder (eksempelvis: «hva er viktig for deg?», bruk av risikovurderinger for å identifisere både reaktive tiltak (forberede helsetjenesten på mulige hendelser) og proaktive tiltak (forebygging av uønskede hendelser), samarbeidsmøter for å støtte arbeidet med PHPH og det er viktig å kunne dele kunnskap om disse og å utvikle nye eller forbedre de man benytter i dag.

I delprosjekt A har det vært spesielt fokus på problemstillinger rundt det å kunne gjøre tidlig identifisering av stormottakere og potensielle stormottakere. Bakgrunnen er at vi har sett at det er noen ganger vanskelig å forstå helhetsbildet av situasjonen for en pasient når pasienten er innom en sykehusavdeling for en spesifikk behandling. Fagavdelingen ser på sitt delproblem og er tunet inn på å behandle det etter beste praksis. Kontekst og helhet kan bli vanskelig å se med mindre det er helt åpenbare tegn på at en pasient har behov for en mer helhetlig vurdering. Et klassisk eksempel er når Olga (78) har falt og brukket hofta. Da vil hun trolig få god behandling for hofta, mens bakenforliggende grunner til at hun har falt og eventuelt forebyggende tiltak for å sikre selvstendighet og livskvalitet kanskje blir oppfattet som noen andres oppgave å finne ut av.

I stormottakerprosjektet har vi prøvd ut Medrave som mulig verktøy for tidlig identifisering av stormottakere og potensielle stormottakere (Se Vedlegg 2 – Rapport om erfaringene med Medrave for rapport om erfaringene med Medrave).

UNN er foreløpig det eneste sykehuset som har hatt Medrave for utprøving. Det er laget en integrasjon mot DIPS som betyr at strukturerte data om inneliggende pasienter legges i fil som Medrave henter inn hvert 15. minutt. Det er de siste to års data på inneliggende pasienter som hentes ut. Det er laget en sikker løsning for dette i samarbeid med Helse Nord IKT. Løsningen er godkjent av PVO.

Det er en utfordring at man i dagens konfigurasjon kun ser data fra UNN og ikke også data eller score fra kommunene. Dette, sammen med at rutinene i UNN er at man skriver i journalen i etterkant av behandling, gjør at i dagens oppsett har man ikke informasjon om siste hendelse og årsak til innleggelse i UNN. Dette er ikke et problem med verktøyet, men en konsekvens av rutinene i UNN og andre norske sykehus på når journalen føres. Mangelen på data fra fastlege betyr at man da ikke har oppdaterte og fullstendige data inn i systemet.

Det har vært gjennomført diskusjoner med avdelinger om stormottakere for å øke bevisstheten om stormottakere. I noen tilfeller har gjennomgang av inneliggende pasienter med bruk av Medrave score vært brukt til å synliggjøre kompleksiteten hos enkelte pasienter. Ofte er disse allerede gjenkjent som pasienter med sammensatte og komplekse behov av klinikerne, men diskusjonen har gitt en bredere forståelse av behovet og Medrave eller lignende verktøy (f.eks. skal det utvikles et analyseverktøy i DIPS) kan bidra til å synliggjøre eller flagge pasienter som bør vurderes for om de bør henvises til PSHT eller få en mer helhetlig og proaktiv oppfølging i avdelingen.

Det er behov for digital støtte for å tidlig identifisere stormottakere. UNN bør jobbe aktivt med sine leverandører, HN-IKT og gjennom Helsefellesskapet til å finne fram til egnet og godt verktøy. Erfaringene tilsier at for at dette skal lykkes må man også ha tilgang til data fra primærhelsetjenesten med de utfordringer det gir.

## Inkludering av andre stormottakergrupper

En viktig del av stormottakerprosjektet har vært å utvide prinsippene og metodene til alle grupper stormottakere omtalt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: Barn og unge med sammensatte behov, multikronikere og rus og psykiatri, i tillegg til skrøpelige eldre.

Å utvide pasientgruppene ble gjort stegvis og gjennom først å bygge opp et samarbeidsforhold til de aktuelle fagmiljøene. PSHT har ikke ansvar for behandling og har heller ikke fagkompetanse på alle de kliniske problemstillingene som denne utvidelsen innebærer. Det har vært lagt vekt på å dokumentere prosessene rundt en del av disse nye gruppene av stormottakere for å lære av de pasientcasene som er gjennomført.

En sentral utfordring har vært organisering og koordinering av helsetjenestene rundt pasienter med langvarige forløp med ulike fagavdelinger på sykehus og ulike nivå involvert. I slike tilfeller har vi opplevd at det tar lang tid å få organisert samhandlingsmøter fordi nøkkelpersoner ikke er tilgjengelige samtidig og koordinering og samordning er ikke en prioritert oppgave. På slike møter er ofte nøkkelpersoner bare delvis til stede og må besvare telefoner og andre henvendelser underveis, noe som stykker opp møter og gir lite framdrift og engasjement.

Det neste problemet er at avtalte oppfølgingsplaner ikke blir fulgt opp. Dette skyldes dels at det ikke er god støtte i de digitale systemene for å lage og dele felles planer der roller og ansvar endres over tid. «Eierskap» til pasienten er en stor utfordring fordi det er umulig å forutsi når og hvor pasienten dukker opp neste gang og hvilket helseproblem har utløst krisen når pasienten har sammensatt sykdomsbilde med flere hoveddiagnoser. Et annet problem er at mange av stormottakere har ikke en klinisk problemstilling som kan tilordnes til kun «én» fagavdeling, men flere. Dette skaper utfordringer med ansvars plassering i dagens system.

Dette fører til uklarhet om hvem som eier felles planer og håndtering av endringer og oppdateringer av disse.

PSHT-Harstad hadde noe mer erfaring med en videre gruppe pasienter gjennom piloten og PSHT-Narvik hadde et nytt team gjennom stormottakerprosjektet som også hadde et videre perspektiv enn skrøpelige eldre.

Aldersfordelingen (se Figur 5) på pasienter henvist til PSHT for 2022 sier noe om volumet av pasienter utenfor gruppen skrøpelige eldre.

Som et element i løse dette har vi foreslått etablering av **pasientens team**, basert på at det gjøres en grundig proaktiv analyse av risiko for ulike sykdomsutviklinger og med klare proaktive tiltak for å forebygge og forberede tiltak ved utvikling i helsen.

Dette er et konsept som foreløpig mangler juridiske rammer for roller og finansiering og som mangler støtte digitale verktøy og de infrastrukturene man har for samarbeid rundt en pasient. Tilordning av tilgang til informasjon og håndtering av informasjon er et nøkkelement, men dagens systemer er mer laget for å opprettholde skillene i de organisatoriske strukturene og ikke for å muliggjøre nødvendige samarbeidsprosesser for de pasientene med sammensatte behov. Pasientens team er et supplement til ordninger som kontaktleger og koordinator og er viktigst for de mest komplekse og sammensatte forløpene.

## Pasientskjema

Det etablert et skjema (Se Vedlegg 5 – Egenvurderingsskjema) for å registrere informasjon for å gi kontekst for hver pasientcase i PSHT-seksjonene. Lagring av data fra skjemaene ble godkjent av PVO for bruk til kvalitetsforbedring.

I alt ble 138 skjema registrert. Det er knyttet noe usikkerhet til etterlevelse av metodikk i utfyllingen som kan ha gitt en bias gjennom skjev seleksjon av case og vi finner helt klart variasjon i kvalitet i utfylling av skjema med mange blanke eller delvis utfylte skjema.

## PSHT-Tromsø

- Antall skjema registrert: 33
- Pårørende involvert (N=31) i 65% (6% av case ønsket ikke pasient involvering av pårørende)
- Gevinst N=32
  - Antatt positiv gevinst i 75% av case
  - Antatt negativ gevinst i 19% av case (noen observasjoner: pasient motsetter seg behandling, skapt forventninger som ikke innfris, pasient erkjenner ikke totalt sykdomsbilde (typisk psykiatri-komponent))
  - Usikker på gevinst i 6% av case
- Digitale hjelpemidler N=29
  - Digitale hjelpemiddel brukt i 24% av case, men få med bruk av videokonferanse
- Liggetid N=26
  - Liggetid forkortet: 15%
  - Liggetid forlenget: 15% (observasjon: ofte fordi nye behov er avdekket, eller påvente av kommunale tjenester eller utfordringer med å samle fagmiljø i UNN)
  - Liggetid uendret: 69%
- Ø-hjelp N=30
  - Ø-hjelp behov redusert: 23%
  - Ø-hjelp behov ikke endret: 77%
- Lengre forløp enn forventet (N=22): 33% (observasjon: ofte forklart med utfordringer med at grad av kompleksitet har vist seg større enn forventet og nye pasientgrupper med problemstillinger som teamet ikke har erfaring med og må da bygge opp kontakt og støtte fra relevant fagmiljø).

## PSHT-Harstad

- Antall skjema registrert: 64
- Pårørende involvert (N=55) i 75% (2% av case ønsket ikke pasient involvering av pårørende)
- Gevinst N=53
  - Antatt positiv gevinst i 89% av case
  - Antatt negativ gevinst i 11% av case
  - Usikker på gevinst i 0% av case
- Digitale hjelpemidler N=54
  - Digitale hjelpemiddel brukt i 31% av case, men få med bruk av videokonferanse
- Liggetid N=51
  - Liggetid forkortet: 29%
  - Liggetid forlenget: 12% (observasjon: ofte fordi nye behov er avdekket, eller påvente av kommunale tjenester eller utfordringer med å samle fagmiljø i UNN)
  - Liggetid uendret: 59%
- Ø-hjelp N=53
  - Ø-hjelp behov redusert: 38%
  - Ø-hjelp behov ikke endret: 62%

- Lengre forløp enn forventet (N=22): 21% (observasjon: psykiatri og påvente av eksterne aktører de vanligste årsakene til lengre forløp).

### PSHT-Narvik

- Antall skjema registrert: 41
- Pårørende involvert (N=41) i 68% (0% av case ønsket ikke pasient involvering av pårørende)
- Gevinst N=37
  - Antatt positiv gevinst i 89% av case
  - Antatt negativ gevinst i 11% av case
  - Usikker på gevinst i 0% av case
- Digitale hjelpemidler N=36
  - Digitale hjelpemiddel brukt i 50% av case, PSHT-Narvik har vært veldig aktive i bruk av videokonferanse som middel for kommunikasjon
- Liggetid N=32
  - Liggetid forkortet: 63%
  - Liggetid forlenget: 6% (observasjon: ofte fordi nye behov er avdekket, eller påvente av kommunale tjenester eller utfordringer med å samle fagmiljø i UNN)
  - Liggetid uendret: 31%
- Ø-hjelp N=28
  - Ø-hjelp behov redusert: 71%
  - Ø-hjelp behov ikke endret: 29%
- Lengre forløp enn forventet (N=22): 45% (observasjon: ofte forklart med utfordringer med å få kontakt med eksterne ressurser eller at situasjon for pasient har tilsagt at det var riktig å holde pasienten lengre).

### Andre stormottakerforløp i UNN- stormottakersatsning

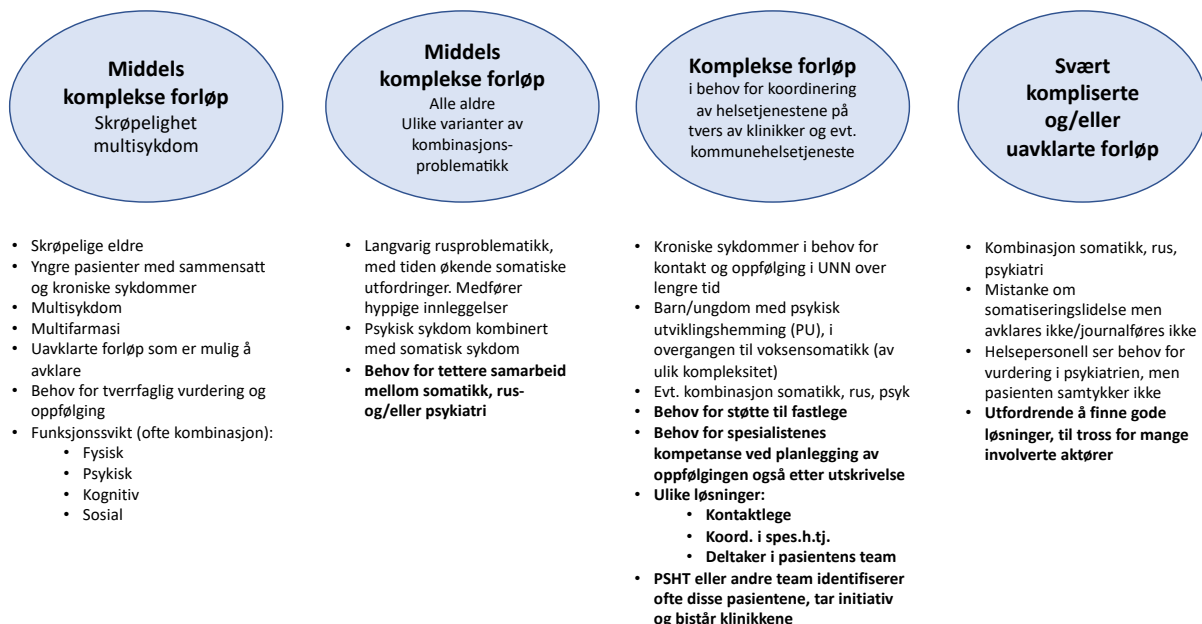
Før prosjektet kom i gang og gjennom prosjektperioden har stormottakerprosjektet og ESI-ledelsen forsøkt å være aktive med tanke på å støtte prosessene for å etablere flere tverrfaglige team som har vært i støpeskjeen i UNN over en tid. En del av dette arbeidet har vært å bidra til å holde liv i prosessene eller også aktivt foreslå nye løsninger når noe kjører seg fast.

- Diabetisk fotsår og trykksår
  - Godkjent i direktørens ledergruppe
  - Prosjektet har delvis bidratt med prosess og videreutvikling av modell
  - Bidratt i diskusjon og tydeliggjøring av rolle for PSHT/FKF
- Psykisk helseteam i somatikk
  - Bidratt i diskusjon om rolle for PSHT/FKF og samarbeider med prosjektet
- Lege-koordinator habilitering (oppfølging av DLG sak)
  - Bidrar i diskusjon om rolle for PSHT/FKF

Gjennom disse prosessene har det blitt tydelig at UNN har potensiale for å få til ordninger som krever organisering på tvers av fag i UNN. Det har vist seg krevende å få en klinikk til å ta ansvaret for et team som består av deltakere på tvers av avdelinger og klinikker.

**Oppsummert er erfaringene fra prosjektperioden at:**

- Prinsipp og metoder fungerer godt på de fleste pasientgruppene som har vært henvist til PSHT og FKF. Se Figur 10 for en illustrasjon av hvilke tjenester som kan være egnet for pasienter med ulik grad av kompleksitet.
- Utfordringer med å få etablert koordinator og kontaktlege i komplekse forløp som går over tid – det er usikkert hvor pasient dukker opp i UNN neste gang – hvem har hovedansvar, roller til andre aktører.
- Introduksjon av pasientens team som konsept har fungert som metode for å lage en felles plan, men har ikke støtte i system og strukturer og dette bryter fort sammen over tid.
- Stormottakere med særlig komplekse forløp, somatiseringslidelser eller sykdom som ikke erkjenner behov for hjelp, som ikke har sykdomsinnsikt eller motivasjon for å bli bedre/friskere, eller der oppsøking av hjelp er en del av sykdomsbildet krever trolig andre løsninger eller annen type samarbeid hvor spesialist fra PHRK på den pasientgruppen har en nøkkelrolle.
- Mange av pasientforløpene har involvert pårørende – som ressurs, som medpasient, eller på annet vis i en kritisk rolle for det helhetlige helsebildet for pasienten. I noen pasientforløp er det i løpet av arbeidet med et pasientforløp henvist til PSHT blitt tydelig at viktige ressurspersoner for en pasient (som f.eks. ektefelle) enten er stormottaker selv eller er i ferd med å bli det. Dette er også en del av et helhetsbilde som kan være vanskelig å avdekke hvis man ikke tar seg tid til å finne ut hva som er viktig for pasienten og hvordan helhetsbildet ser ut. Samarbeid med primærhelsetjenesten og omsorgstjenestene om proaktive tiltak kan ha stor betydning for selvstendighet og livskvalitet for flere enn den ene pasienten man har fått henvist.



Figur 10 Modell for ulike grader av kompleksitet og typiske tjenester som kan være egnet for den enkelte type pasient

## Digital samhandling og oppfølging

Delprosjekt E hadde et mandat knyttet til å bedre bruk av digital samhandling og hjemmeoppfølging spesielt. Delprosjektet hadde store organisatoriske utfordringer knyttet til

stor omskiftning av personell i den ansvarlige seksjonen i ESI og manglende kontinuitet i oppstartsfasen. Det var også tidlig klart at delprosjektet fikk en god drahjelp fra de raske endringene i bruk av videokonferanser og andre verktøy for digital samhandling som kom som følge av COVID-pandemien.

I tillegg kom det forventninger fra ledelsen i UNN og fra sentrale myndigheter om en endring av pasientoppfølging til økt bruk av digitale møter.

En del av de oppgavene der stormottakerprosjektet og delprosjekt E spesielt skulle bidra med ble dermed ivaretatt gjennom andre prosesser og med flere drivkrefter enn det som var tilgjengelig gjennom prosjektet. Delprosjekt E ble omorganisert noe for å harmonere med andre prosjekter og aktiviteter for å unngå dobbeltarbeid.

PSHT-seksjonene er aktive brukere av digitale møter både internt, men også ut mot primærhelsetjenesten, fastlegene, hjemmetjenesten og pasient og pårørende. Spesielt PSHT-Narvik har vært veldig bevisste på å sette opp digitalt møte som første alternativ og at det skal begrunnes dersom man ikke bruker et digitalt møte (første møte med pasient er alltid personlig og ansikt til ansikt).

Erfaringene er jevnt over gode og det har skapt mulighet for å få til dialog, spesielt ut mot fastlegene.

Det er fortsatt slik at man ofte ønsker å ha ansikt til ansikt møter når det handler om å bli kjent og der det å bygge tillit og å bli kjent er et viktig formål med møtet.

I tillegg har PSHT-seksjonene (spesielt PSHT-Tromsø) deltatt aktivt i flere prosjekter med tanke på utprøving av nye digitale tjenester og bidra i utviklingsprosesser av slike verktøy. PSHT Tromsø har praktisk erfaring med bruk av både UNNs og kommunens videosystem, både for pasientoppfølging og administrasjon – Teams, Join, Whereby og Easy meetings.

Andre prosjekter:

- Deltar i pilotutprøving av digital behandlings- og egenbehandlingsplan (DBEP) i regi av HN-IKT, Helsedirektoratet, Norsk helsenett
- Digital hjemme oppfølgingsprosjekt (DHO) i Nord-Troms kommuner (ledes av Kvæningen), finansiert av KS og Forskningsrådet
- Løftet diskusjon om samordning mellom foretak og investeringer i velferdsteknologi i kommunene (tas videre i Helsefelleskapet, eget FSU)
- Påbegynt arbeid med digitalt læringsverktøy (følges opp i stormottakersatsningen)

## Gevinster og gevinstrealisering

Et prosjekt vil ofte legge vekt på de konkrete resultatene som prosjektet skal levere. Disse resultatene skal så gjøre organisasjonen i stand til å realisere forventede gevinster.

For stormottakerprosjektet var det «The Quadruple Aims»<sup>12</sup> som var lagt til grunn for de forventede gevinstene:

- Bedre resultat for de som mottar PHPH
- Bedre helse for stormottakere
- Bedre kost/nytte
- Bedre tilfredshet blant helsearbeidere

---

<sup>12</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4226781/>

## Bedre resultat for stormottakere

Resultatene til forskningen til Gro Berntsen et al<sup>13</sup> la opp til å utvide målgruppen og stipulere gevinster man kunne forvente for de pasienter som mottar PPH:

- 10% ø-hjelp innleggelser
- 32% ø-hjelp liggedøgn
- +2,3x økning i elektiv behandling
- 43% dødelighet 6 mnd (-42%, 12 mnd, upublisert)

Egenevalueringen gjennom skjema fra PSHT viser lignende resultater for liggetid og øyeblikkelig hjelp innleggelser.

En nasjonal analyse gruppe utgående fra det arbeidsgruppen «Framskrivning av somatiske helsetjenester 2040» har bidratt med analysearbeid for å beskrive effekter av PSHT teamene på UNN og kommunene sammenlignet med resten av landet.

Gjennom dette analysearbeidet får vi en sterk bekreftelse at resultatene fra Berntsen et al holder seg når vi sammenligner UNN og kommunen sine driftstall med resten av landet.

Selv om dette ikke er like sikre tall som det som er vist gjennom forskningen, så styrker dette at dette er en bedring av resultatene for den enkelte stormottaker.

## Bedre helse for stormottakere

Bedre helse for stormottakere kan vi oppnå gjennom å oppnå bedre samhandling på tvers av fag og nivå, raskere identifisering av stormottakere og mulige stormottakere og å få til et skifte mot mer forebygging og egenmestring. Dette er viktig for å få til en mer bærekraftig helsetjeneste. Skiftet mot mer forebygging ligger i prinsippene for PSHT og stormottakerprosjektet.

Det er lagt ned et viktig arbeide i løpet av prosjektperioden for å få erfaring med forsterket koordinering i samarbeid med KE ved UNN. Dette arbeidet har bekreftet inntrykket fra pasient- og brukerombudet om at koordinatorordningene ikke er godt nok implementert i UNN. Dette har vært et gjentatt punkt i årsmeldingene fra pasient- og brukerombudet.

Vi har i prosjektperioden opplevd store problemer med å få samlet fagpersoner til tverrfaglige møter og ofte er tiden det tar å få til helhetlige gjennomgangsmøter med tanke på å få koordinert behandlingsplaner og samarbeidet om løsninger for pasienten en forsinkende faktor som i seg selv gir lengre opphold i UNN eller lengre behandlingstid for PSHT.

## Bedre kost/nytte

Det er flere faktorer som kompliserer beregningen av kost/nytte ved gjennomføring av et vellykket stormottakerprosjekt. Fordi pasientene typisk mottar tjenester fra flere fag og på ulike nivå i helsetjenestene så er det flere ulike finansieringsordninger som spiller inn og det er vanskelig å forutsi hvor man gjennom forebygging kan måle en sparing på grunn av unngått innleggelse eller tjenestebehov.

Analysegruppen i Helse Sør-Øst som har laget «Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester» har gjennom sitt oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet hatt

---

<sup>13</sup> Gro Berntsen, M. Dalbakk, J. Hurley, T. Bergmo, L. Spansvoll, J. G. Bellika, S. O. Skrøvseth, T. Brattland, M. Rumpsfeld, Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial : [BMC Health Services Research](#) volume 19, 682 (2019)

tilgang på omfattende data fra alle regioner både fra NPR og KPR og laget en sammenstilling der de har sett på effekten av PSHT-tjenestene i UNN (se tekstboks nedenfor og Figur 11).

Relative risiko på utfallsmål kontroll vs. psht				
	RR	95 % CI		P
		Nedre	Øvre	
Antall akuttinnleggelser 1 år etter indeksopphold slutt	0,65	0,57	0,75	p<0.001
Antall akuttinnleggelser 2 år etter indeksopphold slutt	0,93	0,77	1,13	p>0.1
Antall akuttliggedøgn 1 år etter indeksopphold slutt	0,83	0,79	0,87	p<0.001
Antall akuttliggedøgn 2 år etter indeksopphold slutt	1,87	1,74	2,01	p<0.001
Død 30 dager etter indeks start	0,37	0,13	0,91	p<0.05
Død 1 år etter indeks start	0,51	0,33	0,76	p<0.01
Død 2 år etter indeks start	1,23	0,72	2,09	p>0.1
Langtidsinstitusjon 1 år etter indeks slutt	0,64	0,36	1,11	p>0.1
Langtidsinstitusjon 2 år etter indeks slutt	0,79	0,50	1,26	p>0.1
Korttidsopphold 1 år etter indeks slutt	0,61	0,42	0,89	p<0.05
Korttidsopphold 2 år etter indeks slutt	0,62	0,42	0,89	p<0.05
Liggedøgn korttidsopphold 1 år etter indeks slutt	0,88	0,84	0,91	p<0.01
Omsorgsbolig 1 år etter indeks slutt	0,90	0,50	1,60	p>0.1
Omsorgsbolig 2 år etter indeks slutt	0,95	0,55	1,62	p>0.1
Helsetjenester hjem 1 år etter indeks slutt	4,44	3,03	6,59	p<0.001
Helsetjenester hjem 2 år etter indeks slutt	4,42	3,01	6,62	p<0.001

Figur 11 Relativ risiko på utfallsmål, kontroll versus PSHT (Christian Thoresen, Helse Sør-Øst)

I samarbeid med ØAS har prosjektet utarbeidet en modell for beregning av mulig innsparing i den enkelte avdeling basert på resultatene fra Gro Berntsens forskning. Denne modellen ble presentert i direktørens ledergruppemøte, august 2022.

Selv om modellen er enkel og har noen forutsetninger om liggedøgn så tilsier den at PSHT skal gi en effekt som gir en reduksjon i forventet vekst i behovet for nye sengeplasser og en mulig frigivelse av kapasitet til andre pasienter.

For di stormottakere kan dukke opp i helsetjenesten med et annet behov enn dagens hoveddiagnose så er det vanskelig å si sikkert hvor gevinsten for å henvise en spesifikk pasient vil kunne hentes in. Derfor er vi foreløpig avhengig av å modellere denne gevinsten og følge med på utviklingen. Det vi vet er at om vi ikke endrer noe så vil UNN i 2030 ha behov for å ha bygget ut kapasitet for 54 nye sengeplasser (ifølge beregninger fra UNNs økonomi og analysesenter). Økonomi i foretakene og tilgang på personell tilsier at det vil bli krevende for UNN å klare å realisere uten at det har stor innvirkning på rekruttering til kommunene og andre foretak i regionen. Det er derfor viktig at UNN lykkes med å utnytte kapasiteten i PSHT-seksjonene og at man generelt endrer måten å yte tjenester på til en modell som følger prinsippene om en personsentrert-, helhetlig- og proaktiv helsetjeneste (PHPH).

«Dette indikerer at vi kan forvente effekter av målrettede tiltak med integrerte helsetjenester, i både spesialist- og primærhelsetjeneste.» (Rapport: Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester, HSØ, 2023)

I modellen som analysegruppen fra Helse- Sør- Øst presenterer estimeres det en effekt på 6,58 sparte senger gjennom reduksjon i liggedøgn og akuttinnleggelse i UNN med utfordringsbildet UNN hadde i 2022. I 2022 hadde man 871 henvisninger og det tilsier ca 60% utnyttelse av mulig kapasitet (1500 henvisninger) etter stormottakerprosjektet.



### Oppsummering

Det er selektert en tilfeldig kontrollgruppe matchet på alderskategori, kjønn og akkumulerte liggedøgn for pasienter 65 år og eldre i 2019 for å forsøke å illustrere potensielle effekter av tilbud som psht i spesialisthelsetjeneste og kommune. Pasientene er fulgt fremover i tid fra 2019 over en to-årsperiode beregnet fra hhv start eller slutt på indeksopphold. Akkumulerte akuttliggedøgn 2019 var selektert som matchende variabel fordi pasienter inkludert i psht har et høyt volum av liggedøgn i indeksår, og sannsynlig en årsak til at pasienten blir henvist til psht.

Pasienter inkludert i psht har relativt sett færre akuttinnleggelser 1 år etter indeksopphold. De akkumulerer færre akutte liggedøgn 1 år etter, men øker i andre året. Pasientene som er i psht har lavere mortalitet inntil 1 år etter innleggelse på indeksopphold, men er ingen forskjell mellom gruppene ved 2 år. Det er ingen statistiske forskjeller i bruk av langtidsinstitusjon, men tendensen er lavere relativ risiko for pasientene i psht. Pasienter i psht har færre korttidsopphold og flere individer har hjemmehelsetjenester (sterkeste effekt).

Samlet har pasientene som er inkludert i psht et relativt redusert behov for akuttinnleggelser inntil 2 år etter indeksopphold, redusert mortalitet inntil 1 år etter indeks start, redusert behov for korttidsbehandling i kommunen. Det er et naturlig økt volum av helsetjenester hjem, ettersom tilbudet i psht er på tvers av forvaltningsnivå. Pasientene i psht har noe høyere gjennomsnittlig timenivå enn kontrollgruppe (ukorrigert n.s.).

Pasienter i psht har økt antall akutte liggedøgn 2 år etter indeksslutt, men færre innleggelser. Dette innebærer en høyere oppholdstid – og kan være relatert til den reduserte bruken av korttidsopphold i kommunen. Det korrigeres for akkumulerte utskrivningsklare liggedøgn første år etter indeks, men ikke to år etter – og vil kunne spille en rolle. Det er heller ikke gjort nærmere analyser av sykdomsbilde, utover å korrigere for charlson komorbiditetsindeks. Dette vil også kunne være en faktor å se nærmere på.

En eventuell kostnadsanalyse vil måtte fordele effekten på start og slutt av akutttopphold, samt nettoeffekter inkludert redusert behov for korttidsplasser i kommune og økningen i hjemmehelsetjenester. Varigheten av en effekt av psht vil også kunne være en faktor. I gjennomsnitt har pasientene i psht 5 registrerte kontakter per individ, noe som indikerer at intervensjonen er relativt kortvarig. Dette kan være en komponent i at liggedøgn øker i det andre året. Nærmere forløpsanalyser hvor varighet av oppfølging i psht inkluderes vil være relevant.

Samlet for den nasjonale oppfølging av pasienter over 65 år med akuttinnleggelse, indikerer en «svingdørs»-problematikk i fase hvor pasienten utvikler et fallende sykdomsbilde. Pasienter inkludert i psht ser ut til å ikke følge dette forløpet første året med færre akuttinnleggelser, færre akutte liggedøgn og lavere bruk av korttidsplasser og høyere overlevelse.

Figur 12 Oppsummering om PSHT, basert på data tilgjengelig under arbeidet med «Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester». Notat fra Christian Thoresen, HSØ, gjengitt med tillatelse.

### Bedre tilfredshet blant helsearbeidere

Det er et mål at gjennomføring av stormottakerprosjektet skal føre til en bedre tilfredshet blant helsearbeidere som får mulighet til å jobbe etter prinsippene personsentrert, helhetlig og proaktiv. Det er antatt at muligheten til å få jobbe mer helhetlig i seg selv gir en økt tilfredshet og mulighet til å se resultatene av eget arbeid. Det å unngå å oppleve at en pasient man nettopp har behandlet kommer tilbake med de samme problemstillingene er antas å også bidra til at man føler økt tilfredshet.

Det er ikke gjennomført noen systematisk kartlegging av en slik faglig tilfredshet blant ansatte i PSHT-teamene som en del av prosjektet.

Det har generelt vært god søkning på sykepleier- og terapeutstillinger i PSHT-seksjonene med godt kvalifiserte søkere til de fleste stillinger. Dette tyder på at det er interesse for prinsippene og metodene. For noen av de teamene har det vært utfordrende å rekruttere lege. Lege i PSHT sin rolle er annerledes enn lege i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, da den krever egenskaper knyttet til å gjøre gode dypdykk, samt

samarbeid både internt og eksternt. Det har vært samarbeidet via VK mellom lokalisasjonene for å sikre legerollen i alle team. Sekretær har også vist seg som en rolle som kan deles på tvers av fysiske PSHT-lokalisasjoner.

## Utestående oppgaver fra prosjektet

### Gevinstrealiseringsprosess med klinikkene

I DLG-møte (dato) ble det lagt fram plan for å gjennomføre gevinstrealiseringsprosess med alle klinikker basert på metodikk fra C3-senteret. Det ble laget et digitalt opplegg basert på bruk av Mentimeter for å kunne kjøre en lett prosess. På grunn av innføring av Metavision og ble dette utsatt og ikke gjennomført. Vurderingen var at det ikke ville bli en god nok prosess i en tid da hele organisasjonen var under press. Dette arbeidet skal følges opp i driften.

Alle økonomiske gevinstrealiseringsmodeller forutsetter at antall senger og bemanning på sengeposter eller andre enheter ved UNN og i kommunene reduseres, hhv. at ressursene re-allokeres til der det forventes økt og tilsiktet forbruk (som f.eks. hjemmetjenesten i kommunen eller investering i team).

### Videreutvikle forståelse av hvem som er stormottakere

Fra workshop gjennomført i forkant av prosjektet var det klart at forståelsen av hvem som er stormottakere, eller som står i fare for å bli det, var uklar i mange avdelinger og klinikker i UNN. Erfaringene fra dialoger med klinikkene bekreftet delvis dette bildet.

Dette er en stor kommunikasjonsoppgave som prosjektet ikke hadde prioritert godt nok eller undervurdert omfanget av. Antakelsen var at selve prosjektet og løypemeldinger og problemstillinger som ble løftet opp på ledernivå skulle bidra til en økt forståelse av at stormottakere ikke er nødvendigvis en gruppe mennesker som er typisk forbruker av en tjeneste, men at de er karakterisert med å ha behov for tjenester fra mange aktører eller at de har en grad av kompleksitet som skiller dem fra det store volumet av pasienter. Vi så en tilsvarende misforståelse i dialog med kommunene.

I videreføringen av stormottakersatsningen må settes enda større fokus på hvordan få til gode forløp for barn/unge i overgangen til voksensomatikken, hvordan klinikkene kan ta sitt ansvar, hvilket system skal vi teste ut/pilotere for å oppnevne kontaktleger, eventuelle team rundt pasienten. Det er også viktig å utvikle samarbeidet mellom somatikken og rus og psykiatri.

### Digital støtte for samhandling og koordinering på tvers av fag og nivå

Det er et stort behov for bedre digital støtte for samhandling og koordinering på tvers av fag og nivå. Prosjektet fikk uventet drahjelp av pandemien til å øke bruk av og erfaringer med spesielt videokonferanser.

Fremover vil det være en prioritet å integrere flere digitale løsninger og sikre harmonisering av systemene i foretak og kommunene, slik at de støtter personsentrerte forløp.

Utviklingen og implementeringen av Digital hjemmeoppfølging (DHO) og en egen kompetanseportal for personsentrerte helsetjenester vil bli prioritert. Målet er også å sørge for at en digital behandlings- og egenbehandlingsplan blir tilgjengelig for alle involverte parter, inkludert pasienten. En effekt av å utvikle kompetanseportal og ha felles prosjekter med utøvende deler av primærhelsetjenestene er styrking av nettverket mellom primærhelsetjenesten og sykehus. Det er viktig å ha aktive arenaer for dialog på operativt nivå i tillegg til de mer formelle arenaene på ledelsesnivå som Helsefelleskapet utgjør.

## Videreutvikle robuste finansieringssystemer som understøtter felles tverrfaglige team i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Videreutvikling av robuste finansieringssystemer er nødvendig for å ivareta ønsket tjenesteutvikling i kommunene og sykehusene.

I dag er det forskjellige finansieringsordninger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som er hemmere for satsning av tverrfaglige team.

Dagens finansieringssystem av tverrfaglige team krever budsjettprosesser og finansiering av slike satsninger gjennom omstilling og prioriteringer. Aksept for en startkostnad ved oppbygging av team er nødvendig, i påvente av mulige ressursomrokeringer når teamets innsats fører til de forventede effektene. Dagens finansieringsordninger, som innsatsstyring og rammefinansiering, gjør også økonomisk håndtering av individuelle pasientforløp komplisert. For eksempel vil spesialisthelsetjenesten kreve egenandel når sykehusets teamansatte er involvert i pasientforløpet, mens det samme ikke gjelder for pasienter som håndteres av kommunale ansatte.

I løpet av de siste månedene har det kommet signaler om at en ny nasjonal helse- og samhandlingsplan vil adressere utfordringene med samhandling og koordinering mellom kommuner og sykehus ved å introdusere samhandlingsbudsjetter. Samhandlingsbudsjetter kan være et viktig verktøy for å stimulere forsterket koordinering mellom kommuner og sykehus, spesielt med tanke på initiativer som tverrfaglige team som PSHT og videreføring av stormottaker-satsningen ved UNN og kommunene.

## Konklusjoner

Stormottakerprosjektet har lyktes i å utvide kapasitet i PSHT-teamene for å kunne betjene de henvisningene som kommer til PSHT og har kapasitet til å håndtere ytterligere vekst i antallet henvisninger.

Det er etablert nettverk ut mot alle 24 kommunene i UNN sitt opptaksområde slik at alle kommuner kan henviser eller samarbeide om stormottakere. Dette nettverket er nyttig også i andre sammenhenger der samhandling og løsninger må etableres i samarbeid med kommunene, eksempelvis om utskrivningsklare pasienter.

Det er arbeidet med å informere om stormottakerproblematikk og utvikling av samarbeidsrutiner med flere av avdelingene i UNN. Dette arbeidet må fortsette etter prosjektet, som en del av stormottakersatsningen.

Det er behov for å ytterligere forbedre evnen til å tidlig identifisere stormottakere og å videreutvikle verktøykisten for PHPH.

UNN, i samarbeid med kommunene, må fortsette å utvikles bedre modeller for å støtte tverrfaglige team som er organisert rundt pasienten – pasientens team. Slike arbeidsformer må få støtte i digitale systemer og strukturelle barrierer må bygges ned.

Ordningen med forsterket koordinerende funksjon må videreutvikles og strukturene og tilrettelegging for koordinering av komplekse forløp må forbedres.

Ovennevnte arbeidsområder bør prioriteres gjennom en handlingsplan med både kortsiktige og langsiktige målsetninger. Lavhengende frukt må identifiseres. Videreutvikling i en stormottakersatsning må særskilt ivareta bærekraft i et samhandlende og samarbeidende helsevesen og sikre realiserbarhet gjennom digitale verktøy, økt kapasitet til koordinering hos dedikert klinisk personell, med tilhørende myndighet og frihet til å organisere arbeidet og kompetanseheving hos både fagfolk, pasient og pårørende.

# Del 4 – Vedlegg

## Vedlegg 1 – Stillingsbeskrivelse FKF

### Funksjonsbeskrivelse for pasientkoordinator, Forsterket koordinerende funksjon (FKF) i Pasientsentrert team (PSHT) UNN

#### Kvalifikasjonskrav

Norsk autorisasjon som sykepleier, vernepleier, ergo- eller fysioterapeut.

#### Stillingens organisasjonsmessige plassering

Stillingen er del av PSHT og rapporterer til seksjonsleder PSHT. FKF samarbeider tett med PSHTs øvrige pasientkoordinator(er) og team. FKF samarbeider også tett med UNNs Koordinerende enhet (KE).

#### Stillingens formål

Stillingen skal gjennom personsentret tilnærming bidra til utvikling, pilotering, evaluering og etablering av forsterket koordinerende funksjon i PSHT. FKF skal, som en del av PSHT teamet, bidra til personsentrerte, helhetlige og proaktive helsetjenester for pasienter med langvarige og komplekse behov og bidra til forbedring og utvikling av pasientforløp.

Stillingen innebærer bruk av det potensiale som allerede finnes i eksisterende tjenester og skal i tillegg bidra til innovasjon og nytenkning av tjenestetilbudet med utgangspunkt i det som er viktig for pasienten. Dette også på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, samt i hht Stormottakerprosjektets (SMP) og PSHTs formål. Arbeidet utføres i tråd med gjeldende lover og avtaler for samarbeid og samhandling mellom UNN og kommuner.

#### Stillingens ansvars- og arbeidsoppgaver

Stillingen er tildelt PSHT gjennom Stormottakersatsningen (SMS) og er i prosjektperioden øremerket delprosjekt B. FKF skal ivareta en forsterket koordinerende funksjon blant annet gjennom å:

- bidra til utvikling av koordinert tjenestetilbud til utvidede pasientgrupper i SMP/SMS
- identifisere, følge opp og ha kontakt med aktuelle pasienter
- være «superbruker» på koordinering for henviste pasienter til PSHT
- trekke inn andre tjenester og team – etablere pasientens team
- bidra til etablering av kontaktlegefunksjon, Individuell Plan, Koordinator i spesialisthelsetjenesten etc. for de som har behov for det
- være støtte for sengeposter/poliklinikker i koordineringsoppdrag, inkludert kunnskapsformidling, råd og veiledning
- bidra til bedre koordinerte pasientforløp internt i spesialisthelsetjenesten og/eller eksternt sammen med kommunehelsetjenesten, samt eventuelt andre involverte
- kartlegge og holde oversikt over team og koordinatorfunksjoner på og rundt lokalisasjonen
- være pådriver ovenfor klinikkene vedrørende koordinering sammen med KE UNN
- delta i utprøving av teknologi som kan bidra til økt kvalitet på tjenesten
- stimulere til utvikling og innovasjon
- bidra inn i øvrige oppgaver i seksjonen

Alle ansatte i PSHT er medansvarlige for forsvarlig ressursbruk i teamet samt arbeide for at kvaliteten på tjenesten forbedres.

**Følgende gjelder for prosjektperioden, og kan utgå som del av funksjonsbeskrivelsen ved prosjektets slutt:**

Stormottakerprosjektet har varighet til og med 10. februar 2023.

En forsterket koordinerende funksjon skal samarbeide med UNNs koordinerende enhet (KE) som har et lovpålagt systemansvar og bidra til en styrking av koordineringskapasitet i UNN.

I fasen frem til oktober/november 2022 er de viktigste oppgavene:

- Identifisere og gjennomføre et bredt utvalg av pasientkoordineringsoppdrag under faglig ledelse av PSHT-seksjonsleder (med registrering av hvert pasientforløp i henhold til avtalte skjema og rutiner).
- Kartlegge, dokumentere og knytte kontakter med avdelinger og fagteam i UNN i samarbeid med andre FKF og PSHT pasientkoordinatorer, KE og seksjonsledelse (prosjektledelse og senterledelse).
- Fremdrift i delprosjekt B:
  - Jevnlige rapporterings- og evalueringsmøter i samarbeid med prosjektleder og PSHT seksjonslederne.
  - Hovedarbeidsområde er direkte oppfølging av pasienten/-pasientsaken. Øvrig på administrativt arbeid som kreves i delprosjektet.
- Erfaringsdeling med tanke på utvikling av tjenestene og identifisering av systemiske utfordringer ved å møte andre fagressurser og representanter for brukerutvalget i UNN

Perioden oktober/november og til prosjektets slutt:

I tillegg til overstående oppgaver skal noe mer tid settes av til forberedelse av prosjektavslutning og utarbeidelse av saker til prosjekteier for videre beslutning og arbeid med SMS

## Vedlegg 2 – Rapport om erfaringene med Medrave

### **Rapport om uttesting av Medrave i Infeksjonsposten UNN**

Identifisering og risikovurdering av stormottakere i UNN ved hjelp av Medrave

Til: Delprosjektleder Monika Dalbakk

Fra: Overlege/forsker Anne Helen Hansen

Dato: 30.05.2023

#### Bakgrunn

Mange pasienter som innlegges i sykehus har behov for koordinerte og samordnede tjenester fra flere avdelinger og fra primærhelsetjenesten. Det kan være utfordrende å indentifisere og prioritere hvilke pasienter som har størst behov og som har behov for en koordinert og samordnet helhetlig oppfølging. Medrave er et informasjonssystem som kan være et bidrag for å få dette enda bedre til.

Medrave ble opprettet i 1996 av leger som ønsket et verktøy som enkelt samlet inn kliniske data. Medrave samler inn data fra journalsystemet og lager rapporter og materiell for beslutningsstøtte. Medrave samarbeider med SKIL (Senter for kvalitet i legekantor), PraksisNett (Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten), Diabetesregisteret, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og flere andre aktører i helsetjenesten.

Medrave benyttes av mange fastlegekontor, men er ikke mye brukt i sykehus. I samarbeid med Helsedirektoratet er UNN fra oppstartsmøtet 05.04.2019 pilotsykehus for uttesting av Medrave som en del av Stormottakerprosjektet. Medrave har vært utprøvd internt i Pasientsentrert Helsetjenesteteam (PSHT) (fra april 2019 til desember 2020), og ved Geriatrisk seksjon (fra januar til juni 2021). Det var også planlagt utprøving i Ortopedisk seksjon høsten 2022, men sengeposten valgte å trekke seg på grunn av kapasitetsproblemer.

I januar og februar 2023 ble Medrave utprøvd i Infeksjonsmedisinsk seksjon, ofte kalt Infeksjonsposten. Infeksjonsposten er en del av Medisinsk klinikk.

Hovedmålet med piloteringen i UNN er at pasienter med omfattende helsetjenestebehov (stormottakere) skal bli identifisert og risikovurdert i forbindelse med innleggelse, og at pasienter med høy risikoskår og behov for omfattende koordinerte helsetjenester får tilbud om det.

Målsettingen for uttestingen i Infeksjonsposten var å finne ut om det var samsvar mellom den kliniske vurderingen som ble gjort, og Medrave scorene. Spørsmålet som ble stilt var om Medrave tilfører noe som klinikken trenger for tidlig å identifisere stormottakere.

#### Metode og gjennomføring

Arbeidsgruppen for uttesting av Medrave i Infeksjonsposten har bestått av delprosjektleder Monika Dalbakk, pasientkoordinator PSHT Silje Røst Heimlund (SRH), pasientkoordinator PSHT Martine Fygle Hjallanger (MFH) og overlege/forsker Anne Helen Hansen.

### **Data**

Vi utviklet et spørreskjema basert på prosjektgruppens kompetanse og erfaringer. Spørreskjemaet ble testet i januar 2023, og justert i henhold til testresultatene. Vi inkluderte spørsmål som på forskjellig vis sa noe om sykepleieren i Infeksjonspostens vurdering av nåværende pleie- og omsorgsbehov, sannsynlighet for endret pleie- og omsorgsbehov framover, sannsynlighet for lengre opphold i sykehuset enn nødvendig, og sannsynlighet for re-innleggelse.

Intervjuene ble tilrettelagt og gjennomført fra 9. januar til 2. februar 2023 av de samme to pasientkoordinatorer (SRH og MFH) fra PSHT ved personlig oppmøte på Infeksjonsposten. De fleste intervjuene (28/42) ble gjennomført av begge pasientkoordinatorer, og de resterende ble gjort av den ene av disse alene (SRH). Pasientkoordinatorene fra PSHT hadde på forhånd fylt ut skjemaet med pasientens navn, fødselsdato, innleggelsesdato og navn på sykepleier på Infeksjonsposten, og var til stede under utfyllingen for å svare på eventuelle spørsmål. Sykepleier på Infeksjonsposten som kjente godt til pasienten fylte ut skjema på et møte hvor også andre sykepleiere var tilstede, slik at vanskelige vurderinger kunne diskuteres.

### **Deltakere**

Pasienter som hadde vært innlagt minimum 3 dager ble inkludert. Satellittpasienter som lå på Infeksjonsposten ble også inkludert, men ikke satellittpasienter fra Infeksjonsposten som lå på andre sengeposter. Medrave scorene ble registrert for pasienten samme dag som intervjuet fant sted.

Data ble registrert for 43 innlagte pasienter. Dette er samtlige pasienter som var innlagt tre dager eller mer i intervjuperioden. Av disse ble en ekskludert fordi Medrave data manglet. Utvalget består derfor av 42 pasienter.

### **Variabler**

Følgende seks spørsmål var utgangspunkt for den kliniske vurderingen (variabelens kortnavn i parentes):

1. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten utskrives til et mer omfattende omsorgsnivå enn da pasienten ble innlagt? (Mer omfattende omsorgsnivå)
2. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasientens tilstand forverrer seg i løpet av de nærmeste 12 månedene? (Forverring nærmeste 12 måneder)
3. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten får økt behov for helse/omsorgstjenester i løpet av de nærmeste 12 månedene? (Økt behov for helse/omsorgstjenester nærmeste 12 måneder)
4. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten blir lengre i sykehuset enn nødvendig? (Lengre innlagt enn nødvendig)
5. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten blir re-innlagt i løpet av de nærmeste 12 månedene? (Re-innleggelse nærmeste 12 måneder)
6. Hvordan vurderer du pasientens pleietyngde? (Pleietyngde)

Svaralternativene var en fem-delt Likert skala med verdiene svært lav (1), lav (2), middels (3), ganske stor (4) og stor sannsynlighet (5).

For variabelen «Pleietyngde» var mellomverdiene 3.4 og 4.5 oppgitt for to pasienter. Disse ble endret slik at verdien 3.4 fikk verdien 3, og verdien 4.5 fikk verdien 5.

«Økt behov for helse/omsorgstjenester nærmeste 12 måneder» (nummer 3 i rekken ovenfor) ble valgt som klinisk hovedvariabel. Denne er særlig relevant for å kunne gjenkjenne økt behov (heller enn høyt behov) slik at avdelingen kan bidra til god kommunikasjon og tilrettelegging for endringer i forbindelse med overføring til annen avdeling eller utskrivelse. Variabelen har fokus på den individuelle pasients behov, ikke på tilgjengelighet av tjenester i spesialisthelsetjenesten eller i ulike kommuner.

De sju Medrave parameterne som ble registrert for hver pasient var «ACG-vekt», «RUB-gruppe», «Sannsynlighet for høyt ressursforbruk», «Risiko for innleggelse», «Antall kroniske sykdommer», «Antall diagnoser» og «Skjørhet».

For å få en autorisert og spesifikk definisjon av disse sju parameterne ble Medrave forespurt om en skriftlig redegjørelse av hva som inngår i parameterne, og hvordan skalaen for score skal brukes. Redegjørelsen ble tilsendt 31.03.2023, med ytterligere presiseringer 11.04, 14.04, 19.04, 24.04 og 04.05.2023 etter spørsmål og kommentarer fra oss.

ACG står for «Adjusted Clinical Groups», og er en inndeling av pasienter i 93 ulike grupper ut fra kompleksiteten i deres medisinske tilstand. Hver gruppe reflekterer alle diagnoser som er registrert i pasientjournalen for hver pasient i gruppen gjennom de siste 24 månedene. For hver ACG-gruppe er det så beregnet en verdi, en ACG-vekt, som reflekterer de økonomiske ressursene som trengs i helse- og omsorgstjenesten for å håndtere gruppens behov. I Norge og i UNN er det så langt brukt en vektet liste for diagnoser satt i primærhelsetjenesten, og beregnede kostnader gjelder for primærhelsetjenesten. Beregnet kostnad per pasient er basert på en svensk populasjon hvor ca 1.5 millioner innbyggere inngår. ACG-vekt uttrykkes på en skala fra 0.18 til 4.47, hvor høy score tilsier høyt ressursbehov. Parameteren bør fortrinnsvis benyttes på gruppenivå.

Om parameteren RUB-gruppe, skriver Medrave: «Vi velger nå å fjerne kolonnen «RUB-gruppe» fordi den kun er en sammenstilling av ACG-grupper i 6 hovedkategorier, som fremkommer mer detaljert i kolonnen ACG-vekt.» I en tidligere fase av Medrave-prosjektet i UNN har RUB vært regnet som den mest robuste indikatoren for å identifisere pasienter med omfattende tjenestebehov, og det har vært anbefalt at man gir størst oppmerksomhet til RUB-gruppe klassifikasjonen.

«Sannsynlighet for høyt ressursforbruk» er en rangert risiko for ressursforbruk for hver enkelt pasient de neste 12 månedene. Skalaen går fra 0.00 til 0.99. Beregningene baseres på ACG-programmets «Predictive Modelling» hvor også alder, kjønn, primærhelsetjenestens legemiddelkostnader og risiko for innleggelse i sykehus inngår, i tillegg til diagnosene. «Sannsynlighet for høyt ressursforbruk» rangerer alle pasienter i befolkningen etter hvor stor risiko de har for å tilhøre de 5% «dyreste» pasientene i de kommende 12 månedene. Pasienter med høy verdi står i fare for å trenge ekstra helseressurser. Parameteren bør fortrinnsvis benyttes på gruppenivå.



Parameteren «Risiko for innleggelse», som også inngår i «Sannsynlighet for høyt ressursforbruk» (se ovenfor) er basert på et utvalg av bestemte diagnoser som forventes å kreve poliklinisk spesialistbehandling eller innleggelse i sykehus i løpet av de nærmeste 6 månedene. Selv om våre pasienter allerede er innlagt i sykehus, kan denne parameteren si noe om fremtidig risiko for innleggelse eller behov for poliklinisk behandling for den aktuelle diagnosen, eller andre diagnoser. Avklaringen av at «Risiko for innleggelse» også omfattet poliklinisk spesialistbehandling og ikke bare innleggelse ble først gjort 04.05.2023, etter at vi hadde avsluttet analysene. På samme tidspunkt ble det også formidlet at man likevel ikke skal forholde seg til den tidligere angitte tidsperioden på 6 måneder fram i tid. Vi har valgt å beholde «Risiko for innleggelse» som betegnelse på denne variabelen til tross for at den er noe misvisende, da det er denne betegnelsen Medrave benytter. Parameteren bør fortrinnsvis benyttes på gruppenivå.

«Antall kroniske sykdommer» betegner antall kroniske tilstander, hvor tilstander er de 287 sykdomsgruppene i Expanded Diagnosis Cluster (EDC) som vurderes som langvarige, det vil si lengre enn 6 måneder. Parameteren bør fortrinnsvis benyttes på gruppenivå.

Parameteren «Antall diagnoser» tar med alle diagnoser som er registrert i pasientjournalen i UNN gjennom de siste 24 månedene. Parameteren kan brukes på individnivå.

«Skjørhet» er en markering av bestemte diagnoser som vurderes å påvirke pasientens skjørhet. Her inngår diagnosene inkontinens for avføring, liggesår, demens, falltendens, underernæring, manglende sosial støtte, urinretensjon eller -inkontinens, alvorlig synsnedsettelse, vekttap og gangvansker. Vår registrering i denne sammenhengen viser kun hvorvidt skjørhet i noen form er tilstede, eller ikke (svaralternativene ja/nei). Parameteren kan brukes på individnivå.

Etter en gjennomgang av de registrerte parameterne, har vi valgt å ta ut «RUB-gruppe» som variabel. De Medrave variablene som i noen grad kan motsvare den kliniske hovedvariabelen ble valgt ut til kappa analyser. Dette er variablene «ACG-vekt», «Sannsynlighet for høyt ressursforbruk», «Antall kroniske sykdommer» og «Antall diagnoser». For å kunne gjøre Kappa analyser, ble verdiene for disse Medrave variablene omgjort til en skala fra 1 til 5 (kvintiler), tilsvarende skalaen for den kliniske vurderingen.

## **Analyser**

Data ble analysert ved deskriptiv statistikk, Spearmans korrelasjonskoeffisient og Cohens kappa. De to sistnevnte er mye brukte statistiske mål for samsvar.

Sterk korrelasjon ble definert som Spearmans  $\rho > 0.5$ . Vi gjorde vektete kappa analyser, slik at små forskjeller får mindre vekt enn større forskjeller. Kappa=1 ble definert som fullstendig enighet, mens en kappa lik null indikerer ingen enighet eller at enighet kun er tilfeldig. Området 0.01-0.20 ble definert som litt enighet, området 0.21-0.40 ble definert som noe enighet, 0.41-0.60 som moderat enighet, 0.61-0.80 som betydelig enighet, og 0.81-0.99 som nær full enighet.

Vi brukte Excel til registrering av data og Stata versjon 17.0 til analysene.

## **Etiske forhold**

PSHT har søkt Personvernombudet (PVO) i UNN og fått tillatelse til å bruke Medrave i sykehuset, også for oppsøkende virksomhet mot andre avdelinger/seksjoner. Infeksjonsposten benyttet ikke selv Medrave som verktøy, men PSHT benyttet Medrave i Infeksjonsposten ut fra nevnte tillatelse, og med godkjenning fra seksjonsleder ved Infeksjonsposten.

Ved innsamling og bearbeiding av data ble pasient og sykepleiers navn anonymisert, slik at ingen andre enn de involverte pasientkoordinatorene fra PSHT og sykepleierne på Infeksjonsposten kunne identifisere pasientene.

## Resultater

Til sammen deltok 42 pasienter. Det er samtlige innlagte pasienter i Infeksjonsposten i perioden 9. januar til 2. februar 2023 som hadde vært innlagt i minst tre døgn og som hadde tilgjengelig Medrave score samme dag som intervjuet fant sted.

### Karakteristika ved pasientene

Pasientenes gjennomsnittsalder var 67.3 år, og median alder var 67.5 år. Yngste pasient var 42 og eldste pasient var 93 år. De fleste pasientene var menn (30/42 pasienter, 71.4%). For kvinner var gjennomsnittsalderen 73 år (median 77 år), og for menn 65 år (median 63.5 år).

### Vurdering av pasientens fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester

Sykepleierne i Infeksjonsposten vurderte at de største pasientgruppene var de med svært lav sannsynlighet for utskrivelse til et mer omfattende omsorgsnivå enn ved innleggelse (33.3%), middels sannsynlighet for forverring de neste 12 månedene (33.3%), ganske stor sannsynlighet for økt behov for helse/omsorgstjenester i løpet av de nærmeste 12 månedene (26.2%), lav sannsynlighet for å bli lengre innlagt enn nødvendig (35.8%), og middels sannsynlighet for re-innleggelse i løpet av de nærmeste 12 månedene (42.9%) (Tabell 1). Halvparten (50.0%) av pasientene ble vurdert å utgjøre svært lav pleietyngde (Tabell 1).

Gjennomsnittlig ACG-vekt var 2.47 (median 2.63), gjennomsnittlig sannsynlighet for høyt ressursforbruk var 0.57 (median 0.35), og gjennomsnittlig risiko for innleggelse var 0.98 (median 0.50). Pasientene hadde i gjennomsnitt 12.62 diagnoser og 3.31 kroniske tilstander. Skjørhet var markert for 9 pasienter (21.4%) (Tabell 2).

Ut fra variabelbeskrivelsen kunne man tenke seg at en klinisk vurdering av sannsynlighet for reinnleggelse (Tabell 1, variabel 5) og Medrave scoren for Risiko for innleggelse til en viss grad tok samme retning. Vi har derfor sammenstilt disse variablene i Tabell 3. Sammenstillingen viste at gruppen middels sannsynlig var størst i henhold til den kliniske vurderingen (42.9%), mens gruppen med lavest risiko for innleggelse var størst i henhold til Medrave scorene (50.0%). Det var lav korrelasjon mellom disse to variablene ( $\rho=0.1612$ ).

Vi fant forøvrig ingen sterke korrelasjoner (Spearman's  $\rho > 0.5$ ) mellom hver av de seks Medrave parameterne på den ene siden, og hver av de seks kliniske variablene på den andre siden. De 36 korrelasjonsanalysene viste Spearman's  $\rho$  i området mellom 0.0424 og 0.4626. Den sterkeste korrelasjonen fant vi mellom den kliniske parameteren Forverring nærmeste 12 måneder og Medrave parameteren Skjørhet ( $\rho$  0.4626). Den nest sterkeste korrelasjonen

fant vi mellom den kliniske parameteren Pleietyngde og Medrave parameteren Antall kroniske tilstander ( $\rho$  0.3927). Det forelå ingen negative korrelasjoner.

**Tabell 1. Sykepleieren i Infeksjonspostens vurdering av pasientens pleietyngde og fremtidige behov for helse- og omsorgstjenester i 5 kategorier**

Spørsmål	Sykepleierens vurdering av sannsynlighet antall (prosent)				
	Svært Lav (1)	Lav (2)	Middels (3)	Ganske Stor (4)	Svært Stor (5)
1. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten utskrives til et mer omfattende omsorgsnivå enn da pasienten ble innlagt?  (Mer omfattende omsorgsnivå)	<b>14</b> <b>(33.3)</b>	10 (23.8)	4 (9.5)	7 (16.7)	7 (16.7)
2. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasientens tilstand forverrer seg i løpet av de nærmeste 12 månedene?  (Forverring nærmeste 12 måneder)	4 (9.5)	8 (19.1)	<b>14</b> <b>(33.3)</b>	11 (26.2)	5 (11.9)
3. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten får økt behov for helse/omsorgstjenester i løpet av de nærmeste 12 månedene?  (Økt behov for helse/omsorgstjenester nærmeste 12 måneder)	8 (19.1)	8 (19.1)	9 (21.4)	<b>11</b> <b>(26.2)</b>	6 (14.2)
4. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten blir lengre i sykehuset enn nødvendig?  (Lengre innlagt enn nødvendig)	9 (21.4)	<b>15</b> <b>(35.8)</b>	10 (23.8)	4 (9.5)	4 (9.5)
5. Hvor stor sannsynlighet tror du det er for at pasienten blir re-innlagt i løpet av de nærmeste 12 månedene?  (Re-innleggelse nærmeste 12 måneder)	4 (9.5)	3 (7.1)	<b>18</b> <b>(42.9)</b>	12 (28.6)	5 (11.9)

6. Hvordan vurderer du pasientens pleietyngde?  (Pleietyngde)	<b>21</b> (50.0)	9 (21.4)	7 (16.7)	1 (2.4)	4 (9.5)
---	---------------------	-------------	-------------	------------	------------

Kortnavn på variabelen er angitt i parentes. Største gruppe er markert med fet skrift.

**Tabell 2. Gjennomsnitt og median for Medrave scorene**

	Skala	Gjennomsnitt	Median
ACG-vekt	0.18 - 4.47	2.47	2.63
Sannsynlighet for høyt ressursforbruk	0.00 – 0.99	0.57	0.35
Risiko for innleggelse	-	0.98	0.50
Antall diagnoser	-	12.62	10.50
Antall kroniske tilstander	-	3.31	3.00
Skjørhet	-	0.21	0.00

**Tabell 3. Klinisk vurdering av sannsynlighet for Reinnleggelse nærmeste 12 måneder og Medrave score for Risiko for sykehusinnleggelse**

	Antall (prosent)					
	0	1	2	3	4	5
Sannsynlighet for reinnleggelse de nærmeste 12 måneder (klinisk vurdering)	-	4 (9.5)	3 (7.1)	<b>18</b> (42.9)	12 (28.6)	5 (11.9)
Risiko for innleggelse (Medrave)	<b>21</b> (50.0)	10 (23.8)	4 (9.5)	6 (14.3)	0 (0.0)	1 (2.4)

Største gruppe er markert med fet skrift.

Ved oppsett av Medrave variabler i krysstabell mot den kliniske hovedvariabelen «Økt behov for helse/omsorgstjenester de nærmeste 12 måneder» fant vi fullt samsvar for 8 pasienter vedrørende ACG (19.0%), for 14 pasienter vedrørende Sannsynlighet for høyt ressursforbruk (33.3%), for 12 pasienter vedrørende Antall kroniske tilstander (28.6%), og for 11 pasienter vedrørende Antall diagnoser (26.2%) (Tabell 4). Ved også å inkludere tilgrensende verdier fant vi samsvar for 27 pasienter vedrørende ACG (64.3%), for 28 pasienter vedrørende Sannsynlighet for høyt ressursforbruk (66.7%), for 26 pasienter vedrørende Antall kroniske tilstander (62.9%), og for 33 pasienter vedrørende Antall diagnoser (78.6%) (Tabell 4).

Med den kliniske hovedvariabelen som utgangspunkt fant vi at vektet Kappa for ACG var 0.1256 (Standardfeil [SE] 0.1019), for Sannsynlighet for høyt ressursforbruk 0.2364 (SE

0.1040), for Antall kroniske tilstander 0.2025 (SE 0.1010), og for Antall diagnoser 0.2285 (SE 0.1040).

**Tabell 4. Krysstabell for den kliniske scoren Økt behov for helse/omsorgstjenester de nærmeste 12 måneder og Medrave scorene ACG, Sannsynlighet for høyt ressursforbruk, Antall kroniske tilstander og Antall diagnoser**

	Økt behov for helse/omsorgstjenester de nærmeste 12 måneder					
	1	2	3	4	5	Totalt
<b>ACG</b>						
1	<u>2</u>	2	0	0	1	5
2	2	<u>1</u>	3	3	1	10
3	1	2	<u>1</u>	3	0	7
4	2	0	2	<u>1</u>	1	6
5	1	3	3	4	<u>3</u>	14
Totalt	8	8	9	11	6	42
<b>Sannsynlighet for høyt ressursforbruk</b>						
1	<u>5</u>	2	0	0	1	8
2	0	<u>1</u>	2	1	1	5
3	1	1	<u>2</u>	2	2	8
4	1	2	3	<u>5</u>	1	12
5	1	2	2	3	<u>1</u>	9
Totalt	8	8	9	11	6	42
<b>Antall kroniske tilstander</b>						
1	<u>2</u>	2	0	1	0	5
2	2	<u>0</u>	1	2	2	7
3	2	2	<u>2</u>	0	0	6
4	2	4	3	<u>5</u>	1	15
5	0	0	3	3	<u>3</u>	9
Totalt	8	8	9	11	6	42
<b>Antall diagnoser</b>						
1	<u>4</u>	1	0	1	1	7

2	<b>2</b>	<u>2</u>	<b>3</b>	1	1	9
3	0	<b>2</b>	<u>3</u>	<b>4</b>	0	9
4	1	0	<b>3</b>	<u>1</u>	<b>3</b>	8
5	1	3	0	<b>4</b>	<u>1</u>	9
Totalt	8	8	9	11	6	42

Fullt samsvar er markert med fet skrift og understreking.

Samsvar med tilgrensende verdier er markert med fet skrift.

## Diskusjon og vurderinger

### Hovedfunn

For den kliniske hovedvariabelen «Økt behov for helse/omsorgstjenester de nærmeste 12 måneder» var det en jevn fordeling på de 5 Likert gruppene, med «ganske stor sannsynlighet» som den største gruppen (11 pasienter, 26.8%).

En sammenstilling av den kliniske vurderingen av sannsynlighet for Reinnleggelse nærmeste 12 måneder og Medrave scoren Risiko for innleggelse viste at gruppen middels sannsynlig var størst i den kliniske vurderingen (42.9%), mens gruppen med lavest risiko for sykehusinnleggelse var størst i Medrave (50.0%). Variablene var lavt korrelert ( $\rho=0.1612$ ). Vi fant ingen sterke korrelasjoner mellom kliniske variabler og Medrave variabler, men moderat korrelasjon mellom Forverring nærmeste 12 måneder (klinisk) og Skjørhet (Medrave) med en rho på 0.4626. Likedan fant vi moderat korrelasjon mellom Pleietyngde (klinisk) og Antall kroniske tilstander (Medrave) med en rho på 0.3927.

For den kliniske hovedvariabelen fant vi en vektet Kappa for ACG på 0.1256, for Sannsynlighet for høyt ressursforbruk på 0.2364, for Antall kroniske tilstander på 0.2025, og for Antall diagnoser på 0.2285.

Vi vil i det følgende diskutere og vurdere vår undersøkelse av utprøvingen av Medrave i Infeksjonsposten i UNN. Vi vil også gå inn på hva denne undersøkelsen har vist oss mer generelt om piloteringen av Medrave i UNN.

### Begrensninger og feilkilder

Det er mange grunner til at våre funn og konklusjoner må fortolkes med forsiktighet.

Vi manglet autoriserte og tydelige definisjoner av Medrave parameterne på det tidspunktet vi konstruerte det kliniske spørreskjemaet. Dette førte til at de kliniske parameterne kunne passet bedre til Medrave parameterne. De kliniske variablene fokuserer på nåværende (Pleietyngde) og særlig på framtidige behov, mens de fleste Medrave variablene fokuserer på nåværende situasjon og behov.

I vårt arbeid med å klargjøre Medrave parameternes betydning har vi forstått at algoritmen som parameterne benytter henter diagnosene fra fastlegenes journaler. Applikasjonen av algoritmen på den enkelte innlagte pasient henter imidlertid opplysninger fra sykehusjournalen, og diagnoser satt i primærhelsetjenesten kommer med bare i den grad de også gjenfinnes på adekvat sted i sykehusjournalen. For den enkelte innlagte pasient fanger

Medrave ikke opp diagnoser som er journalført under anamnestiske opplysninger, men bare diagnoser som er spesifikt satt opp i en diagnostisk rubrikk. Det er derfor knyttet usikkerhet til hvilke diagnoser som inngår i verdien som fremkommer i Medrave parameterne for den enkelte innlagte pasient.

Ifølge Medrave kan alle parametere benyttes med forsiktighet på individnivå, men helt tydelig er dette bare for Skjørhet og Antall diagnoser. De øvrige parameterne anvendes helst på gruppenivå. Dette harmonerer ikke med bruk av Medrave på individnivå, slik det er gjort i Infeksjonsposten og i UNN.

Beregningene av algoritmene i Medrave er gjort med basis i en svensk populasjon og i organisering og finansiering av svensk helsetjeneste. Her vil det være forskjeller som kan skape usikkerhet om relevansen for norske forhold. Vi tror imidlertid ikke at forskjellene er så store at det har hatt avgjørende betydning for våre funn og vurderinger.

Det kan ha vært feiltolkninger knyttet til forståelsen av det kliniske spørreskjemaet. Den kliniske vurderingen er ikke nødvendigvis objektiv og kan ha variert mellom ulike sykepleiere, ulike tidspunkter og ulike pasienter. Dette har vi ikke undersøkt nærmere, men på grunn av den tette oppfølgingen fra de to pasientkoordinatorene fra PSHT tror vi ikke dette har hatt større betydning her.

I vår undersøkelse inngår bare 42 pasienter. Det er en mulighet for at utvalget av pasienter kan være skjevt på grunn av det lave antallet deltakere, og fordi registreringen foregikk i en kort tidsperiode. Overflytting mellom avdelinger kan også ha gitt en skjevhet i deltakelsen. Dette kan ha hatt betydning for våre analyser og funn. Vi tror likevel ikke at seleksjonen av pasienter har hatt betydning for vår hovedkonklusjon siden hensikten med prosjektet var å teste Medrave i bruk overfor enkeltpasienter.

Vi har ikke funnet det hensiktsmessig å justere for alder og kjønn i et så lite materiale, og vi har heller ikke gjort kjønns- og alders spesifikke analyser.

Det er sist men ikke minst viktig å merke seg at vurderingen av samsvar mellom kliniske vurderinger og Medrave variabler ikke sier noe om hva som er det sanne bildet av pasientenes fremtidige helsetjenestebehov. Dette har ikke vært gjenstand for våre undersøkelser, og vil kun være mulig å avklare ved å følge den enkelte pasient over tid.

Vår undersøkelse basert på bruk av Medrave i Infeksjonsposten har vist oss noen generelle trekk ved utprøvingen av Medrave i flere avdelinger og seksjoner i UNN. Vi tror også at undersøkelsen har en viss overføringsverdi for å vurdere bruk av Medrave i spesialisthelsetjenesten i Norge. Ut over landets grenser tror vi neppe at vår undersøkelse har noen generaliserbarhet.

### **Den kliniske hovedvariabelen**

Den kliniske hovedvariabelen «Økt behov for helse/omsorgstjenester de nærmeste 12 måneder» er av interesse for vurderingen av den enkelte pasients behov. Variabelen fokuserer på framtidige behov, og vi fant at vurderingene fordelte seg nokså jevnt over Likert skala (Tabell 1). Vi har ingen spesifikk forklaring på denne fordelingen, men den er et godt utgangspunkt for videre analyser.

### **Lave korrelasjoner mellom klinisk vurdering og Medrave**

Vi fant at Medrave variablene var lavt korrelert mot de kliniske vurderingene. Den moderat høye korrelasjonen mellom Forverring nærmeste 12 måneder (klinisk) og Skjørhet (Medrave) virker plausibel, likedan den moderat høye korrelasjonen mellom Pleietyngde (klinisk) og Antall kroniske tilstander (Medrave). Den jevn over lave korrelasjonen kan muligens i stor grad forklares med at de fleste Medrave variablene ikke er laget for å benyttes på individnivå, mens de kliniske variablene er knyttet til den enkelte pasient. Videre spiller det nok inn at Medrave algoritmen har hentet sitt datagrunnlag fra primærhelsetjenestens journaler og ikke sykehusjournaler, mens den kliniske vurderingen er gjort i tilknytning til en spesifikk sykehusinnleggelse for den enkelte pasient.

Den lave korrelasjonen mellom sannsynlighet for Reinnleggelse nærmeste 12 måneder (klinisk) og Risiko for innleggelse (Medrave) er påfallende. Den kliniske variabelen forholder seg til 12 måneder. Vi ble først informert om at Medrave variabelen forholder seg til situasjonen 6 måneder framover, men ble senere informert om at man ikke kan angi noen tidsperiode for denne parameteren. Vi vurderer det uansett som lite sannsynlig at tidsaspektet skulle gi store utslag her. En annen mulig forklaring på den lave korrelasjonen kan være at innleggelse og reinnleggelse ikke nødvendigvis er og heller ikke oppfattes som synonymer. Helsedirektoratet definerer reinnleggelse som en akutt sykehusinnleggelse uansett årsak som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivning fra et sykehus. Vi har imidlertid definert dette annerledes i spørreskjemaet, med 12 måneder som tydelig angitt tidsperspektivet. Den viktigste forklaringen på den lave korrelasjonen ligger sannsynligvis i hvordan variablene er konstruert. Medrave algoritmen bygger på diagnoser fra pasientens fastlegejournal, og tar ikke høyde for at pasienten allerede er innlagt i sykehus. Alt i alt er det mye som tyder på at disse variablene ikke er sammenlignbare til tross for at begge på sitt vis fokuserer på sannsynlighet for innleggelse i sykehus den nærmeste tiden.

### **Lavt samsvar mellom klinisk vurdering og Medrave i Kappa analysene**

Med utgangspunkt i den kliniske hovedvariabelen «Økt behov for helse/omsorgstjenester de nærmeste 12 måneder» fant vi en vektet Kappa for ACG på 0.1256, for Sannsynlighet for høyt ressursforbruk på 0.2364, for Antall kroniske tilstander på 0.2025, og for Antall diagnoser på 0.2285. Kappa verdiene kan variere mellom 0 og 1, hvor en kappa lik null indikerer ingen enighet eller at enighet kun er tilfeldig, og verdien 1 indikerer full enighet. En Kappaverdi lavere enn 0,4 vil vanligvis bety lav samstemmighet, slik tilfellet synes å være her.

De fleste Medrave variablene fokuserer på nåtid og fortid, men variabelen «Sannsynlighet for høyt ressursforbruk» fokuserer på framtid og er således et viktig unntak. Vi anser derfor vurderingen av samsvar mellom denne og den kliniske hovedvariabelen som særlig relevant og interessant. Her fant vi altså Kappa verdien 0.2364, som er lav og ikke sikkert kan skjelves fra en Kappa fremkommet ved tilfeldighet. Det er likevel den høyeste Kappa verdien i vårt materiale.

Krysstabellen og de vektete Kappa analysene bekrefter langt på veg de lave korrelasjonene og indikerer lavt samsvar mellom Medrave, slik verktøyet er brukt i UNN, og de kliniske variablene vi har testet.

### **Vurdering av utprøving av Medrave i Infeksjonsposten i UNN**

Til tross for mangler og et lite datamateriale, er det mye som kan tyde på at Medrave, slik verktøyet er testet i Infeksjonsposten i UNN, så langt ikke er tilstrekkelig tilpasset bruk i sykehus.



Uttestingen av Medrave i Infeksjonsposten har vist at en del forhold kunne vært grundigere drøftet og avklart før delprosjektet startet. Dette er en overordnet og betydelig utfordring, men ikke en ukjent utfordring når helsepersonell og teknologer inngår prosjektsamarbeid. Mer spesifikt kunne det vært fordelaktig om en mer detaljert og presis betydning av innholdet i Medrave parameterne ble skriftliggjort og formidlet til alle deltakere og interessenter i prosjektet på et tidligere tidspunkt. Dette krever et utvidet samarbeid om forståelsen av hverandres fagområder, og samarbeid om felles formuleringer som kan utvikle den gjensidige forståelsen.

Muligens ville man gjennom tidligere avklaringer kunne forholdt seg på en enda bedre måte til de to viktigste utfordringene som kanskje ikke har vært tilstrekkelig drøftet, nemlig Medrave parameterens populasjonsperspektiv og datagrunnlaget for Medrave algoritmen.

Det er en stor utfordring at ACG systemet er tenkt brukt på en populasjon, ikke nødvendigvis på enkeltindivider. Systemet bør derfor anvendes med forsiktighet på enkeltpasienter (E-post fra Lennart Carlson 14.04.2023). Dette harmonerer ikke med uttestingen knyttet til enkeltpasienter innlagt i UNN. Medrave skriver at ACG vektene egentlig er «laget for å fastsette refusjonsmodellen for omsorgsenheter som har ulike omsorgstygde og ulike omsorgskostnader for sine pasienter. Hvis man ikke er interessert i refusjonsmodeller, er ikke ACG-vekten så relevant» (Møtoreferat 17.04.2023 ved Per Stenstrøm).

Den andre store utfordringen i vårt prosjekt har vært at Medrave algoritmen henter data fra primærhelsetjenestens journaler. Dette kan ifølge Medrave lett omstilles slik at data til algoritmen også hentes fra spesialisthelsetjenestens journaler i tillegg. I vårt prosjekt ble dette ikke drøftet initialt, og heller ikke gjort. Ifølge Medrave ville dette sannsynligvis ikke gitt store forskjeller i algoritmen, siden ACG vektene regner på rangordningen mellom ACG gruppene.

Et overordnet viktig spørsmål i prosjektet har vært hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten kan gjøre en kvalitativt god og helhetlig vurdering av pasienter som kan ha omfattende helsetjenestebehov, slik at disse får tilbud om det. Medrave er mye brukt i primærhelsetjenesten. I forbindelse med innleggelser vil helsepersonell i sykehusene være avhengig av gode data fra primærhelsetjenesten, hvor pasienten sannsynligvis er godt kjent fra tidligere. Det er derfor ikke gitt at utgangspunktet for en god helhetlig vurdering bør bygges på data fra sykehusets journaler, som er knyttet til innleggelser og polikliniske besøk, men som kanskje ikke fanger opp primærhelsetjenestens helhetlige informasjon om familiesituasjon, funksjonsnivå, utvikling over tid og andre relevante forhold som ikke nødvendigvis har vært gjenstand for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Ivaretagelse av pasienter med omfattende helsetjenestebehov vil uansett kreve samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, pasient og pårørende, og vil således alltid være utfordrende.

## Konklusjon

Vi har undersøkt om det var samsvar mellom kliniske vurderinger og Medrave scorene i Infeksjonsposten i UNN, og kommet til at det ikke foreligger samsvar ut over det man kan forvente ved tilfeldigheter.

Svaret på problemstillingen vår må videre bli at Medrave, i den formen programmet har vært testet i UNN, ikke tilfører klinikken ønsket bistand til å identifisere stormottakere på et tidlig stadium under innleggelsen.

Medrave algoritmen, slik den er brukt i UNN, har ikke bygget på sykehusets journaler, men først og fremst hentet data fra primærhelsetjenestens journaler. En vurdering av tilpasning til sykehusets journaler ble ikke gjort initialt i prosjektet, selv om det hadde vært mulig.

UNN har ønsket å bruke Medrave overfor enkeltpasienter, mens systemet først og fremst er laget for bruk med tanke på en populasjon. Avklaringen av denne diskrepansen ble gjort på et sent tidspunkt i prosjektet.

Pasienter med omfattende helsetjenestebehov fra både primær- og spesialisthelsetjenesten vil alltid kreve tett samarbeid mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, pasient og pårørende, og vil således alltid være utfordrende. Et risikovurderingsverktøy som Medrave kan teoretisk sett være et bidrag, men må tilpasses mer spesifikt til dette behovet og gi større sikkerhet enn det som er vist her. Et sikkert verktøy som gir tilleggsopplysninger i en helhetlig kartlegging av enkeltpasienter kan ha stor verdi, men bare dersom risikoskårene er pålitelige, avklart og forstått.

## Vedlegg 3 – Notat fra Christian Thoresen, HSØ

Analysen nedenfor er et resultat av arbeidsgruppe « Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester» utført av Helse Sør-Øst (HSØ) delt prosjektgruppen og godkjent for deling videre.

Data på pasienter i pasientsentrert helsetjeneste

### Bakgrunn

I forbindelse med revisjon av nasjonal framskrivningsmodell for aktivitet i somatiske spesialisthelsetjenester, var det særlig ønskelig å undersøke potensielle effekter av samhandling på tvers av primær- og spesialisthelsetjeneste. Pasientsentrert helsetjenestetteam (psht) ved Universitetssykehus i Nord-Norge HF er et tverrfaglig behandling- og utredningsteam, som mottar pasienter med særlig komplekst sykdomsbilde og/eller et stort behov for helsetjenester – og har formalisert et behandlingssamarbeid på tvers av forvaltningsnivå.

Tidligere publiserte arbeid () har vist at pasienter som var fulgt opp med psht hadde lavere risiko for akuttinnleggelse, reinnleggelse og død ved 6 måneder. Det var et høyere volum av planlagt poliklinisk kontakt for pasienten i psht.

I hvilken grad tilbudet påvirker behovet for kommunale tjenester er mindre kjent.

### Metode

Det benyttes Norsk pasientregister (NPR) og kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) i sammenstillingen. Pasienter som var registret i psht i 2019 i NPR (inkl. avdelingsopphold), men ikke i 2018 ble selektert som populasjon. Videre var det avgrenset til pasienter over 65 år med akuttinnleggelse i 2019. Kontrollgruppe (forhold 2:1) ble tilfeldig utvalgt av pasienter med akuttinnleggelse i Norge og matchet på alderskategori (fem-årig fra 65 til 99, deretter 100 år og eldre i en kategori), kjønn og akkumulerte akutte liggedøgn i 2019 (liggedøgnsgupper: 1-4;5-9;10-14;=>15). Hovedårsak til at gruppene ble matchet på akkumulerte akuttliggedøgn i 2019 var at preliminnære analyser indikerte et høyt volum av liggedøgn for pasientene i psht 2019. Første akuttinnleggelse 2019 ble selektert som indeksopphold for begge pasientgrupper.

De primære utfallsmålene er akkumulerte akuttliggedøgn og akuttinnleggelser henholdsvis 1 og 2 år etter slutt på indeksopphold. Død ved 30 dager, 1 år og 2 år etter indeksopphold. For de kommunale tjenestene er de definerte utfallsmålene hvorvidt pasienten har fått langtidsinstitusjon, korttidsinstitusjon og akkumulerte liggedøgn på korttidsopphold, omsorgsbolig eller hjemmetjenester og hjemmetjenester målt i snitt antall timer per pasient i henholdsvis 1 og 2 år etter utskrivelse fra indeksopphold.

For å kontrollere for andre forklarende variabler til eventuelle effekter kontrolleres det for kjønn, alder (kategorisk fem-årig alder), charlson komorbiditetsindeks (Quan 1 års akkumulert historikk i somatisk spesialisthelsetjeneste før indeks), fysisk funksjonsskåring (nærmeste innen +/- 60 dager for indeks) i kommunen, akkumulerte utskrivningsklare liggedøgn 1 år fra indeksopphold, om pasienten var innlagt fra langtidsinstitusjon. For analyser av kommunetilbud legges til antall institusjonsplasser i kommunen (målt som antall individer over 80 + med langtidsinstitusjonsplass per 100 000) og sentralitetsindeks fra SSB. Reelle missing settes til 0, og integreres i analyser som 0.

For kategoriske utfallsmål gjøres binomial logistisk regresjon, for antall-data benyttes poisson.

### Resultater

Tabell nedenfor viser oversikt over sentrale parametere i sammenligningen.

Relative risiko på utfallsmål kontroll vs. psht				
	RR	95 % CI		P
		Nedre	Øvre	
Antall akuttinnleggelse 1 år etter indeksopphold slutt	0,65	0,57	0,75	p<0.001
Antall akuttinnleggelse 2 år etter indeksopphold slutt	0,93	0,77	1,13	p>0.1
Antall akuttliggedøgn 1 år etter indeksopphold slutt	0,83	0,79	0,87	p<0.001
Antall akuttliggedøgn 2 år etter indeksopphold slutt	1,87	1,74	2,01	p<0.001
Død 30 dager etter indeks start	0,37	0,13	0,91	p<0.05
Død 1 år etter indeks start	0,51	0,33	0,76	p<0.01
Død 2 år etter indeks start	1,23	0,72	2,09	p>0.1
Langtidsinstitusjon 1 år etter indeks slutt	0,64	0,36	1,11	p>0.1
Langtidsinstitusjon 2 år etter indeks slutt	0,79	0,50	1,26	p>0.1
Korttidsopphold 1 år etter indeks slutt	0,61	0,42	0,89	p<0.05
Korttidsopphold 2 år etter indeks slutt	0,62	0,42	0,89	p<0.05
Liggedøgn korttidsopphold 1 år etter indeks slutt	0,88	0,84	0,91	p<0.01
Omsorgsbolig 1 år etter indeks slutt	0,90	0,50	1,60	p>0.1
Omsorgsbolig 2 år etter indeks slutt	0,95	0,55	1,62	p>0.1
Helsetjenester hjem 1 år etter indeks slutt	4,44	3,03	6,59	p<0.001
Helsetjenester hjem 2 år etter indeks slutt	4,42	3,01	6,62	p<0.001

Oppfølgende analyser på antall akuttliggedøgn 2 år etter indeks slutt hvor det kontrolleres for død 2 år, endrer ikke resultater. Det samme gjelder oppfølgende analyser på langtidsinstitusjon. Antall individer hadde lavere relativ risiko for reinnleggelse i 2019 (0,43 (0,30-0,61), p<0.001), men ikke forskjell i 2020, 2021 og 2022.

#### Oppsummering

Det er selektert en tilfeldig kontrollgruppe matchet på alderskategori, kjønn og akkumulerte liggedøgn for pasienter 65 år og eldre i 2019 for å forsøke å illustrere potensielle effekter av tilbud som psht i spesialisthelsetjeneste og kommune. Pasientene er fulgt fremover i tid fra 2019 over en to-årsperiode beregnet fra hhv start eller slutt på indeksopphold. Akkumulerte akuttliggedøgn 2019 var selektert som matchende variabel fordi pasienter inkludert i psht har et høyt volum av liggedøgn i indeksår, og sannsynlig en årsak til at pasienten blir henvist til psht.

Pasienter inkludert i psht har relativt sett færre akuttinnleggelse 1 år etter indeksopphold. De akkumulerer færre akutte liggedøgn 1 år etter, men øker i andre året. Pasientene som er i psht har lavere mortalitet inntil 1 år etter innleggelse på indeksopphold, men er ingen forskjell mellom gruppene ved 2 år. Det er ingen statistiske forskjeller i bruk av langtidsinstitusjon, men tendensen er lavere relativ risiko for pasientene i psht. Pasienter i psht har færre korttidsopphold og flere individer har hjemmehelsetjenester (sterkeste effekt).

Samlet har pasientene som er inkludert i psht et relativt redusert behov for akuttinnleggelse inntil 2 år etter indeksopphold, redusert mortalitet inntil 1 år etter indeks start, redusert behov for korttidsbehandling i kommunen. Det er et naturlig økt volum av helsetjenester hjem, ettersom tilbudet i psht er på tvers av forvaltningsnivå. Pasientene i psht har noe høyere gjennomsnittlig timenivå enn kontrollgruppe (ukorrigert n.s.).

Pasienter i psht har økt antall akutte liggedøgn 2 år etter indeksslutt, men færre innleggelse. Dette innebærer en høyere oppholdstid – og kan være relatert til den reduserte bruken av korttidsopphold

Deskript statistikk for pasienter med psht og i kontrollgruppe			
	Kontroll	PSHT	p
Antall	520	262	
Alder	88,46	80,38	p > 0.1
Andel kvinner	61 %	61 %	p > 0.1
Akuttliggedøgn 2019 (snitt (median))	16,26 (11,4)	16,3 (11,7)	p > 0.1
Charlson komorbiditetsindeks Quan	1,13	1,21	p > 0.1
Charlson 0-1	79 %	77 %	
Charlson 2-3	19 %	18 %	
Charlson 4 eller flere	3 %	5 %	
Utskrivningsklare liggedøgn 1 år etter indeksstart (snitt(median))	0,91 (0)	3,59 (0)	p < 0.001
Fysisk funksjonsvurdering +- 60 dager fra indestopp (n(%))	247 (47,5%)	160 (61,0%)	
Fysisk funksjonsvurdering +- 60 dager fra indestopp	2,62	2,44	p < 0.05
Fysisk funksjonsvurdering +- 60 dager fra indestopp (snitt inkl. 0-verdier)	1,24	1,49	p < 0.05
Innlagt fra institusjon	22 (4,2%)	2 (0,8%)	
Død 30 dager	31 (6%)	5 (1,9%)	
Død 1 år	149 (28,7%)	49 (18,7%)	
Død 2 år	191 (36,7%)	77 (29,4%)	
Antall akuttliggedøgn 2019	16,26	16,3	p > 0.1
Antall akuttliggedøgn 1 år etter utskrivelse indeks	9,81	10,35	p > 0.1
Antall akuttliggedøgn 2 år etter utskrivelse indeks	3,02	5,69	p < 0.001
Antall akuttliggedøgn 3 år etter utskrivelse indeks	2,71	4,44	p < 0.05
Antall med reinnleggelse 2019	197 (37,9%)	65 (24,8%)	
Antall med reinnleggelse 2020	65 (12,5%)	35 (13,4%)	
Antall med reinnleggelse 2021	33 (6,3%)	18 (6,9%)	
Antall med reinnleggelse 2022	35 (6,7%)	11 (4,2%)	
Langtidsinstitusjon 1 år etter indeks slutt	60 (11,5%)	27 (10,3%)	
Langtidsinstitusjon 2 år etter indeks slutt	83 (16%)	44 (16,8%)	
Korttidsopphold 1 år etter indeks slutt	216 (41,5%)	117 (44,7%)	
Korttidsopphold 2 år etter indeks slutt	243 (46,7%)	135 (51,5%)	
Omsorgsbolig 1 år etter indeks slutt	43 (8,3%)	21 (8%)	
Omsorgsbolig 2 år etter indeks slutt	48 (9,2%)	25 (9,5%)	
Antall med hjemmehelsetjenester 1 år etter indeks slutt	238 (45,8%)	210 (80,2%)	
Antall med hjemmehelsetjenester 2 år etter indeks slutt	255 (49,0%)	216 (82,4%)	
Snitt timer helsetjenester hjem første år etter indeks slutt	2,41	3,04	p > 0.5
snitt timer helsetjenester hjem andre år etter indeks slutt	2,63	3,23	p > 0.1

Resultatene fra regresjonsanalysene vises i tabell nedenfor.

i kommunen. Det korrigeres for akkumulerte utskrivningsklare liggedøgn første år etter indeks, men ikke to år etter – og vil kunne spille en rolle. Det er heller ikke gjort nærmere analyser av sykdomsbilde, utover å korrigere for charlson komorbiditetsindeks. Dette vil også kunne være en faktor å se nærmere på.

En eventuell kostnadsanalyse vil måtte fordele effekten på start og slutt av akuttinnleggelse, samt nettoeffekter inkludert redusert behov for korttidsplasser i kommune og økningen i hjemmehelsetjenester.

Varigheten av en effekt av psht vil også kunne være en faktor. I gjennomsnitt har pasientene i psht 5 registrerte kontakter per individ, noe som indikerer at intervensjonen er relativt kortvarig. Dette kan være en komponent i at liggedøgn øker i det andre året. Nærmere forløpsanalyser hvor varighet av oppfølging i psht inkluderes vil være relevant.

Samlet for den nasjonale oppfølging av pasienter over 65 år med akuttinnleggelse, indikerer en «sving-dørs»-problematikk i fase hvor pasienten utvikler et fallende sykdomsbilde. Pasienter inkludert i psht ser ut til å ikke følge dette forløpet første året med færre akuttinnleggelser, færre akutte liggedøgn og lavere bruk av korttidsplasser og høyere overlevelse.

## Vedlegg 4 – Innspill fra SamUT om komplekse pasienter

### **Komplekse pasienter**

Oppdelingen mellom psykisk helse/rus og somatikk skaper jevnlig utfordringer. Når en pasient har både alvorlig somatisk sykdom og alvorlig psykisk sykdom er det vanskelig å få håndtert saken på en smidig måte. To ulike saksforvalterkontor må inn i saken. Disse har ulike synspunkter for hva som skal følges opp, og det viser seg vanskelig å få laget en plan for pasienten. Det savnes ofte en instans som kan sikre koordinering og planlegging av tjenestene i slike saker.

Det er behov for at kommunen og UNN i større grad klarer å samhandle om pasienter med sammensatte problemstillinger. Det er behov for tydeligere struktur på pasientforløp. Det kan virke som at ulike instanser i kommunen jobber parallelt uten tilstrekkelig samarbeid. I en del forløp stopper prosessen med utskrivelse opp relatert til boligbehov eller andre forhold av mer praktisk art (flytting, rundvask, innkjøp av nødvendige ting, økonomi etc.)

Mangel på bolig skaper også forsinkelser. Det er ikke mulig å benytte elektronisk søknadsskjema. For personer som ikke har fast bostedsadresse er ordinær postgang ikke mulig, da disse ikke kan motta post.

I somatikken virker det å oppstå forsinkelser i mange deler av pasientforløpene. Det mangler systemer for å sikre at pasienter får hjelpemidler, at det blir montert håndtak der det skal og at det gjøre en innsats for at pasienter skal få terapeut-tjenester, treningsprogram og rehabilitering.

Det bør i større grad bli gjennomført fallforebyggende tiltak og trykksårsforebyggende tiltak. Pasienter som legges inn med funksjonssvikt kunne vært avverget dersom hjemmetjenesten i tydelige rutiner for å melde behov for økt tid hos hver bruker inn til forvaltningsenheten. For eksempel kan det settes inn økt tid i 14 dager for forebygging og igangsetting av tiltak før det skal være nødvendig med endring av vedtak. Forhåpentligvis vil pasientens fallerende funksjon ha snudd, noe som kan ha forhindret innleggelse i UNN og mulig korttidsopphold ved utreise.

Det er behov for å planlegge på litt lengre sikt, og at de eldre tilrettelegger i hjemmet, eventuelt kjøper seg en mer egnet bolig tidligere. Noen ganger erfarer vi at pasientsentrert tilnærming kan bidra til at pasienten meldes med behov for korttidsopphold fordi det er det pasienten selv mener er viktig. Mulig at noen av disse pasientene kunne reist direkte hjem med oppfølging hvis det var godt planlagte, koordinerte/ forsterkede tiltak som kunne settes inn raskt.

## Vedlegg 5 – Egenvurderingsskjema

Løpenummer (TRXXX/HAXXX/NAXXX)	
Annen ID	
Hjemkommune	
<b>Case beskrivelse</b>	
Henviser	
Kriterier for henvisning	Barn/unge
	Kroniker
	Rus
	Psykiatri
	Eldre
Henvist dato (dd.mm.åååå)	
Avsluttet dato (dd.mm.åååå)	
<b>Ressursbruk</b>	
Hvilke PSHT teamressurser trengte pasienten i større grad?	Hele PSHT-teamet
	PSHT lege
	PSHT sykepleier
	PSHT ergoterapeut
	PSHT fysioterapeut
	PSHT farmasøyt
	FKF
	Annen fagressurs i PSHT:
Hvilke andre UNN-ressurser trengte pasienten?	UNN lege(avd?)
	UNN sykepleier(avd?)
	UNN ergoterapeut(avd?)
	UNN fysioterapeut(avd?)
	UNN farmasøyt(avd?)
	UNN koordinator(avd?)
	Annen enhet, team- eller fagressurs i UNN:
Hvilke andre kommunale ressurser trengte pasienten?	Fastlege
	Sykepleier
	Hjemmehjelp
	Ergoterapeut
	Fysioterapeut
	Farmasøyt
	Koordinator
	Annen kommunal institusjon eller fagressurs:
Var pårørende involvert?	Ja



		Nei
		Relasjon:
Ble KE involvert?		Ja
		Ja, KE har overtatt pasienten
		Nei
Ble det laget en individuell plan (IP)?		Ja
		Nei
Ble det etablert en koordinator?		Ja
		Nei
Ble det etablert en kontaktlege?		Ja
		Nei
<b>PSHT-metodikk</b>		
Ble «hva er viktig for deg?» identifisert?		Ja – hva er målet?
		Nei
Har pasienten fått en proaktiv plan med handlingspunkter ved avvik?		Ja
		Nei
Hvilke kartleggingsmetoder ble brukt?		Risikosløyfen
		Amøbediagram
		Andre kartlegginger:
<b>Identifisering av styrker og svakheter</b>		
Var det strukturelle utfordringer i denne saken? (systemiske utfordringer, barrierer)		Ja – nevnt kort:
		Nei
Hvem er de kritiske aktørene i dette forløpet med tanke på å få til tidlig innsats og optimalisert forløp?		
Nevnt kort hva som ikke har fungert i dette forløpet (svakheter)		
Nevnt kort hva som har fungert godt i dette forløpet (styrker)		
Har det vært ønsket bedre samhandlingsstrukturer/-systemer i UNN knyttet til dette forløpet?		
Har det vært ønsket bedre samhandlingsstrukturer/-systemer i kommunen knyttet til dette forløpet?		
Har det vært ønsket bedre samhandlingsstrukturer/-systemer på tvers av nivåene (UNN – kommunen/fastlege) i dette forløpet?		
<b>Effekter</b>		
Bidro PSHT/FKF sine aktiviteter til gevinst for denne pasienten?		Ja – nevnt kort gevinstene:
		Nei
Ble videokonferanse brukt?		Ja – nevnt kort hvordan?
		Nei

Ble andre digitale løsninger brukt?	Ja – hvilke?
	Nei
Ble liggetid i UNN påvirket?	Ja, forkortet
	Ja, forlenget
	Nevn kort hvordan og hvorfor?
	Nei
Ble ø-hjelpinnleggelser påvirket?	Ja – nevnt kort hvordan?
	Nei
Har forløpet tatt lengre tid enn kompleksiteten skulle tilsi?	Ja – nevnt kort hvorfor?
	Nei
<b>Forbedring</b>	
Forslag til forbedring som kan ha redusert behovet for (re-)innleggelser i UNN eller behov for kommunal institusjon?	
Forslag til IT-verktøy som kunne vært nyttig for å forbedre dette forløpet?	
Oppsummering og utfyllende kommentarer	