

KAN PASIENTSENTRERTE HELSETJENESTETEAM VÆRE EN GOD IDÉ FOR VIDERE SAMHANDLING OM STORBRUKERE?

ET MULIG SAMHANDLINGSPROSJEKT MED FLERE KOMPONENTER

Bakgrunn

Et fåtall av pasientene står for store deler av ressursbruken i helsetjenestene i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. I Helse Bergen HF står f.eks 10 % av pasientene for svært mange av liggedøgnene (53%) og har hyppige reinnleggelser (1). Tilsvarende forhold er også dokumentert andre steder i verden.

De vanligste storbrukerne er pasienter med sammensatte lidelser. Det er problemstillinger som blir hyppigere med aldersutviklingen, og er av WHO sett på som den største utfordringen for helsetjenestene framover.

Det er flere helsetjenester som har satt i verk gode tiltak for storbrukergruppen, bl.a. i Australia (2). Det er også skrevet en del om intervensjoner i grenseflaten mellom sykehus og primærhelsetjenesten for å bedre overgangene og forebygge innleggelser. Litteraturen er likevel ikke entydig ift. hvilke intervensjoner som har størst effekt for hvilken pasientgruppe (3). Dette skyldes trolig at effektene gjerne er sterkt kontekstavhengige.

1) Storbrukarar av somatiske spesialisthelsetenester. Seksjon for helsetenesteutvikling, FoU-avd, Helse Bergen 2013. <http://innsiden.helse-bergen.no/rapporter/Documents/Rapport-Storbrukarar-Bergen-2013.pdf>

2) Improving Care – Hospital Admission Risk Program. Melbourne: Public report State of Victoria, 2006

3) Purdy E. Avoiding hospital admissions. What does the research evidence say?

4) <https://forskning.no/helsepolitikk-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning-partner/flere-pasienter-lever-bedre-med-nytt-tilbud/1624780>

Bakgrunn



Gro Rosvold Berntsen, Markus Rumpsfeld og Monika Dalbakk er blant de står bak forskningen som viser at pasienter som får koordinerte helsetjenester har 43 prosent bedre overlevelse enn de som får oppleve det vanlige helse-systemet. (Foto: Jan Fredrik Frantzen / UNN)

Flere pasienter lever bedre med nytt tilbud

Når helsearbeidere koordinerte et helhetlig helsetilbud rundt hver enkelt pasient, gikk dødeligheten blant eldre, multisyke pasienter ned med 43 prosent. For de aller sykeste av oss er et vanlig helse- og omsorgstilbud i verste fall livsfarlig.

Oddny Johnsen
FRILANSJOURNALIST

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Tirsdag 28. januar 2020 - 04:30

Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) har hatt gode resultater knyttet til pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT), hvor pasientene får et koordinert og helhetlig tjenestetilbud gitt av et tverrfaglig team fra kommune og sykehus. Det har bl.a redusert dødeligheten for eldre og multisyke pasienter, samtidig som det har redusert antallet øh-innleggelser og liggedøgn i sykehuset (4).

Burde vi etablert et tilsvarende tilbud (5) i vårt opptaksområde, hvilke pasienter bør i så tilfelle få et slikt tilbud og hvordan bør det organiseres?

4) <https://forskning.no/helsepolitikk-nasjonalt-senter-for-e-helse-forskning-partner/flere-pasienter-lever-bedre-med-nytt-tilbud/1624780>

5) <https://unn.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/pasientsentrert-helsetjenesteteteam-psht#les-mer-om-pasientsentrert-helsetjenesteteteam-psht>

Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) ved UNN

Pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) ^

Henvising

Du kan henvise pasienter over 60 år med sammensatte/kroniske sykdommer som trenger ekstra oppfølging, spesielt etter utskrivelse fra sykehus.

Henvising fra UNN

Send tilsynsanmodning til Pasientsentrert team i DIPS

Henvising fra fastleger

Send henvising til Medisinsk klinikk, geriatrisk avdeling. Merk henvisingen med «PASIENTSENTRERT TEAM».

Teamet er tverrfaglig og består av ansatte både fra kommune og sykehus. Hensikten med et helsetjenesteteteam er utvikling av et bedre og mer helhetlig tjenestetilbud til pasientgruppen.

Teamet er:

- Tverrfaglig sammensatt - består av lege, sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter, farmasøyt og helsesekretær
- Opptatt av samarbeid med pasient, pårørende og helsepersonell
- Pasientsentrert – tar utgangspunkt hva som er viktig for pasienten
- Helhetlig – ser hele pasienten
- Proaktivt – forebyggende fokus. Forbygge utvikling av akutt sykdom, bistå med tidlig vurdering og diagnostikk av hjemmeboende eller nylig innlagte pasienter i sykehus
- Mobilt - arbeider både på sykehuset og ute i kommunen, bistår med planlegging og oppfølging i hjemmet den første tiden etter utskrivelse
- Risikoanalyse - er en viktig arbeidsverktøy som teamet bruker for å kartlegge og forstå den helhetlige situasjonen til pasienten

Hva gjør teamet

Ved utskrivelse: bidra til bedre koordinerte utskrivelser, bistå med å organisere nødvendig opplæring for pasient, pårørende og personale, bistå med oppfølging hjemme den første tiden.

I hjemmet/på sykehjem: Teamet gjør tverrfaglige vurderinger og utredning, og kan starte behandling i samarbeid med fastlege. Teamet kan ved behov også bidra med å organisere undersøkelse ved sykehuset.

Teamet er et supplement til eksisterende tilbud i sykehus og kommune, og vil samarbeide tett med disse.

Allerede et stykke på vei med flere aktuelle komponenter

- Forbruksprofilen til storbrukere i Helse Bergen HF ble i 2013 kartlagt og dokumentert i en egen rapport om storbrukere (1).
- Kommuner og sykehus jobbet mye med å kartlegge og analysere tjenestetilbudet for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester, som ble dokumentert i egen rapport i 2020 (2)
- Mottaksklinikken i Helse Bergen HF har iverksatt egne rutiner for mottak og oppfølging av eldre og skrøpelige pasienter, som utgjør hovedandelen av storbrukerne
- Andre enheter i Mottaksmodellen vurderer å innføre rutiner for å avdekke graden av pasienters skrøpelighet ved bruk av eget scoringsverktøy
- Et viktig spørsmål er hvilke pasienter som evt. bør følges opp av PSHT for å få best effekt med tanke på reinnleggelser og forbruk av liggedøgn?

Er det mulig å predikere hvem som har stor sannsynlighet for å bli reinnlagt?

1) Storbrukarar av somatiske spesialisthelsetenester. Seksjon for helsetenesteutvikling, FoU-avd, Helse Bergen 2013. <http://innsiden.helse-bergen.no/rapporter/Documents/Rapport-Storbrukarar-Bergen-2013.pdf>

2) Prosjekt Langvarige og koordinerte tjenester – rapport 2020

Flere komponenter som bør og kan settes sammen...

1. Foreløpige resultater tyder på at vi i omtrent $\frac{3}{4}$ av alle tilfeller klarer å identifisere pasienter som vil oppleve en reinnleggelse innen de neste 30 døgn.
Prediksjonen utføres ved hjelp av maskinlæringsalgoritmer, og baserer seg på innleggelseshistorikk – dvs. personspeifikke variabler i NPR-meldingen reflekterer risiko for reinnleggelse.
Basert på dette kan personell i sykehus og evt. kommunehelsetjeneste automatisk varsles om pasienters risiko for reinnleggelse.
2. Prediksjonen i pkt. 1 kan brukes til å identifisere hvilke pasienter som systematisk bør få en vurdering av funksjonsnivå (skrøpeligetsscore).
3. En to-trinns løsning som beskrevet i punktene over kan være grunnlag for å identifisere hvilke pasienter PSHT bør følge opp.

Veien videre

- Innovasjonsprosjekt med å automatisk «varsle» klinikere i sykehuset om enkeltpasienter som har stor risiko for å få en reinnleggelse er i gang, og vil pågå utover høsten og vinteren.

Prosjektet vil også se nærmere på om prediksjonsmodellen i samspill med en standardisert scoring/vurdering av pasientens skrøpelighet gir en enda større grad av treffsikkerhet når det gjelder å identifisere storbrukerne.

- Identifiseringen hjelper imidlertid ikke disse pasientene om ikke man har en klar tanke om videre tiltak som bør iverksettes for å forebygge reinnleggelser.

Tiltakene kan allerede starte ved innleggelsestidspunktet i akuttmottaket eller i kommunehelse-tjenesten i god tid før en akuttinnleggelse. Tiltakene bør imidlertid skje i samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, og PSHT kan kanskje være en god modell for en slik samhandling?

Det gjenstår imidlertid en god del tankearbeid knyttet til hvordan PSHT evt. bør organiseres i vårt opptaksområde, og dette arbeidet håper Helse Bergen HF kan startes opp ila. høsten.

Er dette av interesse å teste ut?

- Erfaringer og resultater fra evt. etablering av et PSHT-prosjekt bør dokumenteres ved hjelp av følgeforskning, og muligens kan det skje ved hjelp av en randomisert studie.