



Nasjonal pilot:

# Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og risikokartlegging

Ved koordinator Liv Inger Masdal Næss



Steinkjer kommune



# Fremtidens primærhelsetjeneste - utfordringsbildet



- Kommunale helse- og omsorgstjenester gode hver for seg
- Tjenestene er for oppstykket og helheten mangler – svikt i koordinering
- Pasienter, brukeres og pårørendes medvirkning må styrkes
- Kompetanseutfordringer

# Flere sentrale dokumenter

Veiledere fra helsedirektoratet:

[Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) (2015)

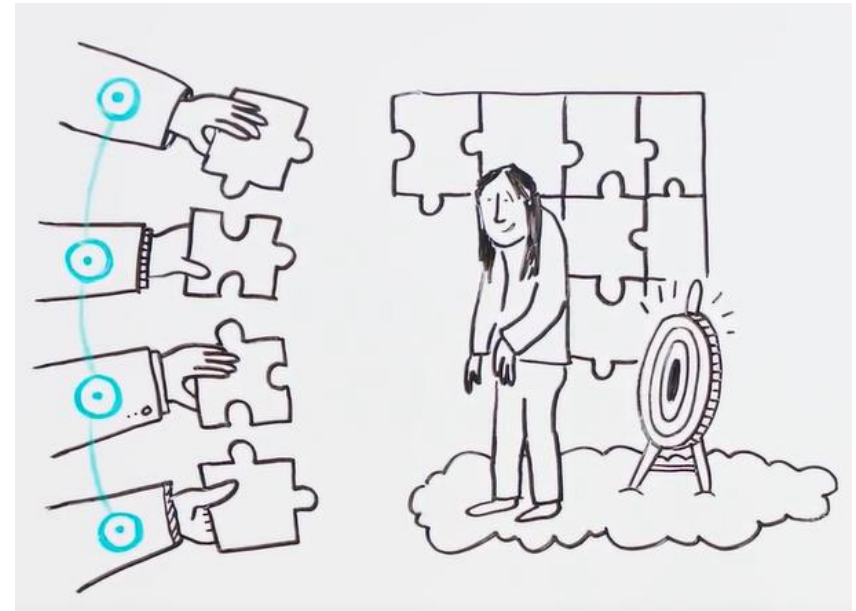
[Barn og unge med habiliteringsbehov](#) (2015)

[Oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#) (2017)

Piloten er en uttesting av modellene som er beskrevet i disse dokumentene.

## Formålet med piloten er:

- Bedre resultat for pasient og bruker, gitt personens egne mål
- Bedre funksjon for pasient og bruker (målt ved funksjonsmål) og bedre egenmestring
- Bedre pasient/ brukeropplevd kvalitet
- Å forebygge og/ eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Å redusere antall unødvendige sykehusinnleggelser



Steinkjer kommune



# Resultatmål:

Som en følge av arbeidet i piloten skal kommunene som deltar få bedre samarbeid på tvers av fag, nivåer og sektorer og aktiv brukerinvolvering i alle faser.

Resultatmålene for piloten er at:

- kommunene har lagt til rette for en gjennomgående struktur som sikrer systematikk og kompetanse i hele tjenesteforløpet
- kommunene identifiserer personer med risiko for helse og funksjonsfall tidlig
- kommunene har implementert strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av virksomheter, sektorer og nivå
- pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester, og pårørende involveres i den utstrekning pasient/bruker samtykker til dette.



Steinkjer kommune



## Tidlig identifisering av behov

## Oppfølgingsteam som integrert arbeidsform i alle tjenester

Tidlig identifisering av behov



Tverrfaglig utredning  
«Hva er viktig for deg?»



fastleg  
e



koordinator



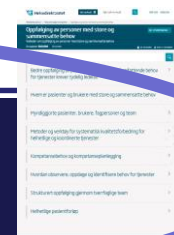
hjemmetjeneste  
n



sykehus



«Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov»



Steinkjer kommune

STEINKJER  
åpen, lys og glad



# Målgruppe

Målgruppen for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose

Eks.

- Barn, unge og voksne med behov for tjenester i ulike livsfaser
- Personer med muskel-, skjelett og smerteproblematikk
- Personer med behov for samtidige tjenester knyttet til f.eks. rus, psykisk helse, fysisk helse og psykososial fungering
- Eldre med flere diagnoser
  - (Lista er ikke uttømmende)



Steinkjer kommune



STEINKJER  
åpen, lys og glad

# Medvirkning og mestring

- Innbyggerens behov skal være bestemmende for sammensetningen av teamet
- Arbeidet skal ta utgangspunkt i den enkeltes mål og følge opp spørsmålet «Hva er viktig for deg?»
- Innbyggeren skal medvirke og gis optimal innflytelse på tjenestene
- Tjenestene skal fremme mestring og selvstendighet
- Tjenestene må tilrettelegges i et familie – og nettverksperspektiv





# Tidlig identifisering



- Det må være system for å oppdage og identifisere risiko og mulige behov for tjenester
- Det må fremgå tydelig hvor behov skal meldes
- Lav terskel for å melde behov
- Observasjon må være en del av tjenesteytingen
- Nytt verktøy for risikokartlegging skal bidra til å fange opp risiko tidlig
- Behovet må som hovedregel avklares gjennom tverrfaglig utredning, - eks. fastlege, sykepleier, fysioterapeut, psykiatrisk sykepleier, pedagog, NAV mm



# Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

- Oppfølgingsteam som en arbeidsform i alle tjenester/enheter
- Målgruppen er uavhengig av alder og diagnose
- **Koordinerende enhet** har en sentral rolle i arbeidet med å legge til rette for oppfølging av personer med store og sammensatte behov gjennom strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam
- **Fastlegens** rolle i oppfølgingsteamet er viktig, - 14 av dagens 25 mulige fastleger er med i utprøvingen av risikokartleggingsverktøyet, - derav alle 3 legene i Verran
- **Spesialisthelsetjenesten** må inngå i oppfølgingsteamet ved behov



# Pilotens betydning for Steinkjer og nye Steinkjer



- 3-årig prosjekt, - nasjonal pilot
- Fokus på tidlig innsats
- Teste ut risikokartleggingsverktøyet – fører det til at tjenesteapparatet kommer tidligere inn der det er behov?
- Innbyggeren i sentrum - brukermedvirkning er sentralt – opprette team i tråd med den enkeltes behov
- Videreutvikle og forbedre det arbeidet som allerede er i gang, - kan alltid bli bedre
- Fokus på innsikt og forankring i første omgang, - intervju, informasjon, kartlegge dagens situasjon, avklare lokale mål og delmål mm
- SINTEF er engasjert av Helsedirektoratet for forskning knyttet til piloten
- Tilbud om prosessveiledning og bistand til tjenesteutvikling gjennom prosjektet



# Så langt:



- Viktig med ledelsesforankring
- Har ansvarsgrupper fra tidligere
  - Begrepsendring til *oppfølgingsteam*
  - Endret prosedyrer mm
- Intervju for å få innsikt i dagens situasjon
- Ca 15 nye henvendelser om oppfølgingsteam hittil i 2019
- Fastlegene har fått nytt risikokartleggingsverktøy
- e-melding fra fastlege til koordinerende enhet
- Tjenestereise – ulike case
- Team i tråd med brukerbehov - fleksibelt sammensatt
  
- Felles kartleggingsverktøy er PSFS-skjema og IPLOS – andre verktøy etter behov
  
- Forskning – SINTEF



# Arbeidet fortsetter.....

