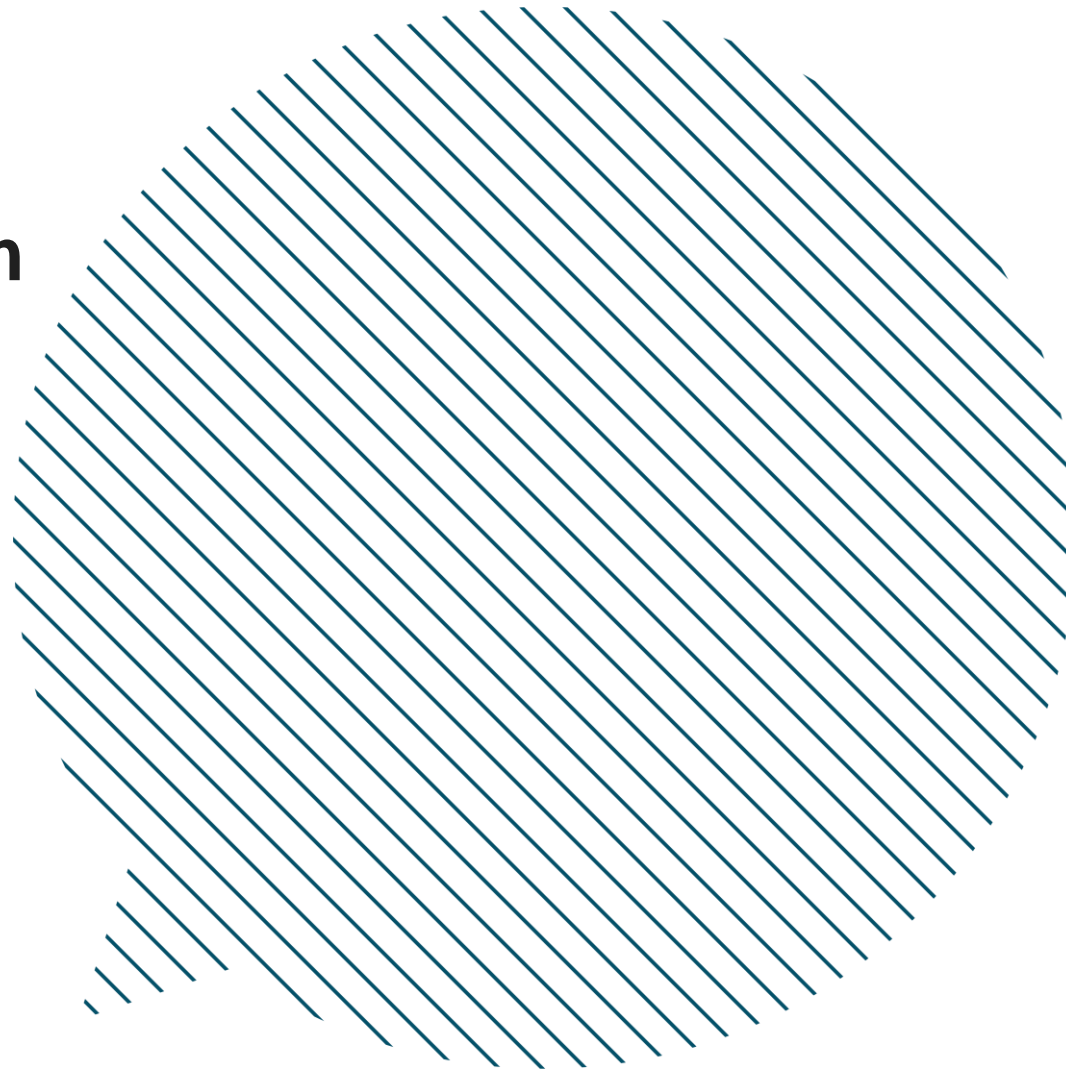


Oppfølgingsteam som arbeidsform

- strukturert tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Innlandets Demenskonferanse 2023

Liv Tveito, prosjektleder, HelseDirektoratet,



Pilot for oppfølgingsteam

- Strukturert tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov – uavhengig av alder og diagnose
- Pilot 2018 – 2021 med 6 kommuner
 - Forlengelse ut 2023 med 4 kommuner
- Fokus på system og strukturer i kommunene som sikrer **tidlig identifisering av behov**, **tverrfaglig utredning** og bruk av **oppfølgingsteam** som arbeidsform
- Følgeevalueres av Sintef



Utfordringsbildet mer teamorganisering



- Utvikle en helse- og omsorgstjeneste som er innrettet for å møte behovene til brukerne med de største og mest sammensatte og komplekse behovene.
- Behov for bedre utnyttelse av kommunens samlede ressurser og kompetanse
- Løsningen finnes i bedre tverrfaglig samarbeid og koordinering på tvers av tjenester, sektorer og nivå



Oppfølgingsteam - en mer strukturert tilnærming til grupper av brukere, basert på funksjon og behov, uavhengig av diagnose.



- Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov
 - Retter seg til ledere på alle nivå i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov
 - Strukturert oppfølging gjennom team – koordinator og individuell oppfølgingsplan

Hvem er de som har behov for koordinering og strukturert oppfølging?

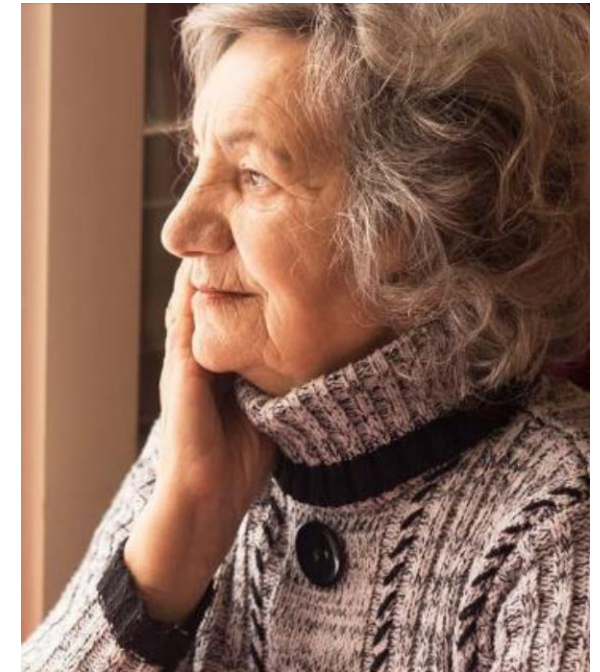
Personer med store og sammensatte behov – uavhengig av alder og diagnose



Kasper, Pia og familien

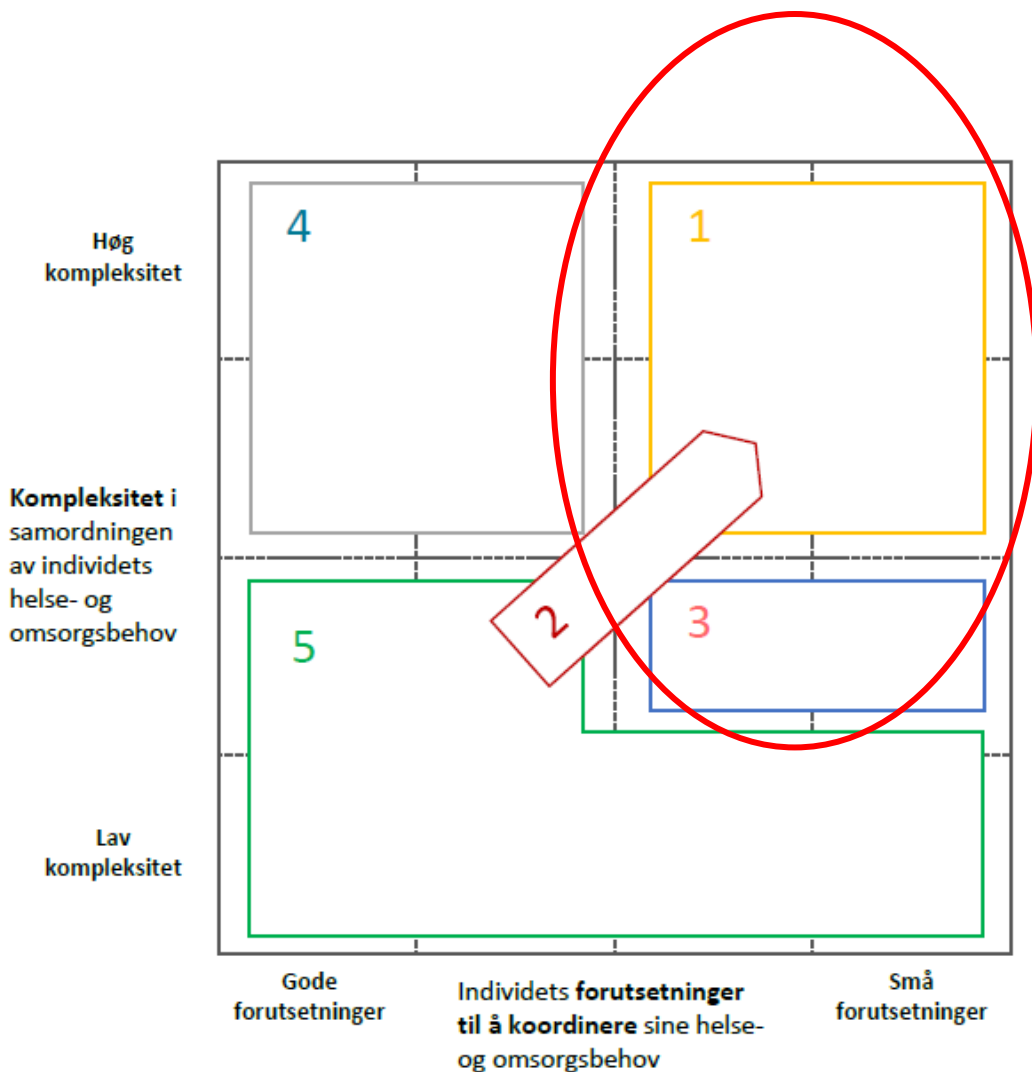


Morten 28 år



Klara 75 år

Grupper med behov for koordinering og samarbeid



Gruppe 1

Personer med sammensatte behov og begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine helsebehov:

Eksempler Gruppe 1:

- De mest syke eldre
- Personer med alvorlig psykisk- og somatisk multisykdom
- Folk som er i en sen palliativ fase



Gruppe 2

Akuttsyke individer som raskt krever insatser fra flere aktører og hvor det raske forløpet påvirker individets forutsetninger til å være delaktig i samordningen av sin helse og omsorg:

Eksempler Gruppe 2:

- Personer som nylig hatt slag
- Eldre mennesker som har lidd et fall



Gruppe 3

I hovedsak somatisk friske personer med begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine behov :

Eksempler Gruppe 3:

- Personer med kognitive eller nevropsykiatriske lidelser
- Barn med psykiske lidelser



Gruppe 4

Personer med sammensatte behov , men gode forutsetninger til å delta i koordineringen av sine behov :

Eksempler Gruppe 4:

- Individer med flere samtidige kroniske sykdommer, men god psykisk helse
- Ofte pasienter med kroniske sykdommer som går til kontroll hos fastlegen



Gruppe 5

I hovedsak psykologisk og somatisk friske individer:

Eksempler Gruppe 5:

- Personer som er helt frisk
- Personer som har en lettere kronisk sykdom
- Personer med nedsatt psykisk velvære

Hva er et strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam?

- Ikke et nytt spesialteam med faste ansatte, men en generisk arbeidsform
- Koordinator, tett dialog med bruker og pårørende, leder teamet.
- Fastlegen har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen og har en sentral rolle i samhandlingen omkring tema hvor det er behov for fastlegens kompetanse.
- Den enkelte tjenesteyter, som innretter sine bidrag slik at de inngår i pasient og brukers helhet
- Lovkravene om koordinator og IP legges til grunn



Å koordinere betyr «å få til å virke sammen». Det innebærer å se tjenester i sammenheng for å oppnå helhet og sammenheng i tilbudet.

Koordinator – teamleder og relasjonsbygger

«En tjenesteyter med hovedansvar....»

- Tett dialog med bruker og eventuelt pårørende
- Være relasjonsbygger og pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer
- Utforme en plan for oppfølgingen i samarbeid med bruker/pårørende
- Bistå personen i å sette mål
- Innkalle til møter og lede disse
- Delegere oppgaver
- Holde planen ajour og følge opp tidsplanen

NB: Sikre reell og optimal brukermedvirkning!!



Modell for strukturert tverrfaglig oppfølging

Aktører som identifiserer behov

Tidlig identifisering av behov

- Bruker
- Pårørende
- Fastlege
- Sykehus
- Kommunale tjenester
- Barnehage
- Skole
- NAV
- Andre

Identifisere behov, eller mulige behov, for koordinering og tverrfaglig oppfølging

Melde behov

Koordinerende enhet

Tverrfaglig utredning og etablering av Oppfølgingsteam

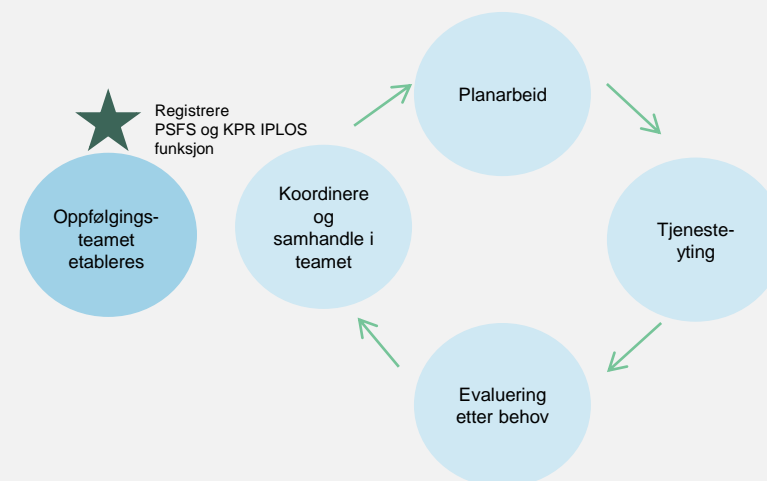


Beslutte Oppfølgingsteam



Aktører i Oppfølgingsteamet

Oppfølgingsteam



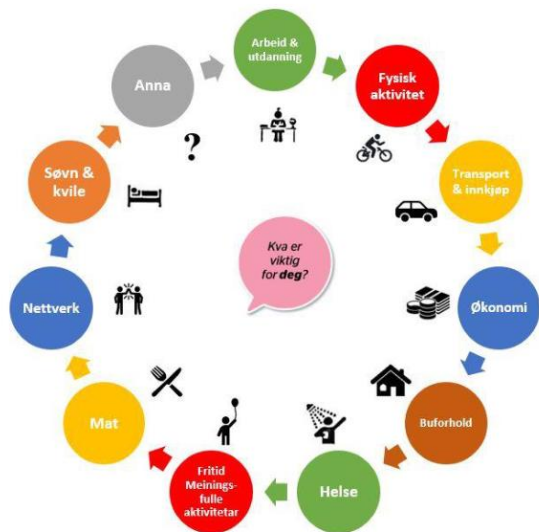
Verktøy/metoder for risikokartlegging

- ✓ «Hva er viktig for deg»
- ✓ Aktørkart
- ✓ Kontaktperson – koordinator?
- ✓ Registrere KPR – IP og koordinator

- ✓ Individuell oppfølgingsplan
- ✓ Måle, evaluere, justere

Hva er viktig for deg – eks på skjema brukt i pilot

PSFS- SKJEMA: KVA ER VIKTIG FOR DEG?
Pasientspesifikk funksjonsskala



Meininga med dette hjulet er å finne ut kva som er viktig for deg.

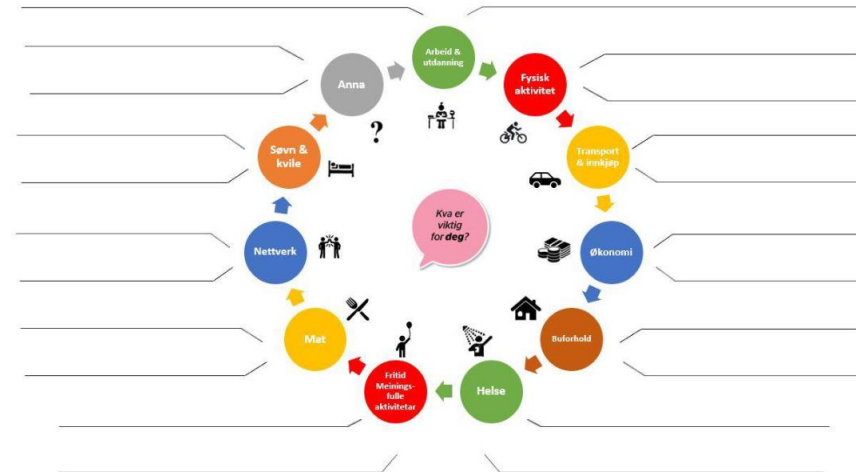
Me ønskjer saman med deg å gjere kartlegginga der du fortel om din kvardag. Kva aktivitetar er viktige, men utfordrande å meistra? Beskriv gjerne ein vanleg dag. Samtalen kan for eksempel starta med spørsmål: «Kan du fortelja meg kva du gjer når du vaknar om morgonen?», «Kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?» eller «Kva gjer dette til ei god dag?». Det er viktig at du fortel di historie.

Me ønskjer saman med deg å talsetta korleis du utfører desse aktivitetane på ein skala frå 0 (kan ikkje utføra aktiviteten) til 10 (kan utføra aktiviteten utan vanskar). Aktivitetar du vil fokusera på vert sett opp i ein plan. Planen er eit arbeidsdokument som me skal ha fokus på for å sikra at me jobbar med det som er viktig for deg.

Det vil bli ei evaluering av måla dine innan eit gitt tidsrom, eller seinast innan 6 månadar.

Aktivitetshjulet er eit verktøy som tilsette vil ta utgangspunkt i, når spørsmåla om kva som er viktig for deg blir stilt.

PSFS- SKJEMA: KVA ER VIKTIG FOR DEG?
Pasientspesifikk funksjonsskala



Kva er viktig for deg?					
Namn:	Utført av:	Dato:	Dato:	Dato:	
Aktivitet		Score 1.samtale	Score 2.samtale	Score 3.samtale	Score 4.samtale
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
		1.gj.snitt	2.gj.snitt	3.gj.snitt	4.gj.snitt
TOTALSCORE					
GJENNOMSNITT					
ENDRING OG OPPLEVD NYTTE					
<small>Noterte resultat minus første resultat. Ein differanse på 2 poeng eller meir, på tre samtale, indikerer ein betydeleg beiring av funksjon.</small>					



1. Samtale:
Eg vil be deg beskrive inntil fem viktige aktivitetar som du har problem med å utføre eller ikkje utføre i det helle tatt på grunn av dine plager. «Kva aktivitet har du vanskar med å utføre?»
«Bruk skalaen for å syna i kva grad du klarar å utføre aktiviteten.»
Noter talet i tabellen.

2. Samtale:
«Når me møttes sist den... (angi dato) ga du uttrykk for at du hadde vanskar med... Har du framleis vanskar med aktivitet 1, 2, 3 etc.?»
Angi på same skala og fyll i tabellen.

I kor stor grad kan du utføra aktiviteten?



Kan ikkje utføra aktiviteten

Kan utføra aktiviteten utan vanskar

Vel det smilefaset / sifferet som passar best



Kan ikkje utføra aktiviteten

Kan utføra aktiviteten utan vanskar

Oppfølgingsteam som arbeidsform skal bidra til

1

Bedre resultat
for pasient/
bruker

2

Bedre funksjon
for pasient/
bruker

3

Bedre opplevd
kvalitet for
pasient/
bruker

4

Forebygge/
utsette behov
for kommunale
tjenester

5

Redusere
unødvendige
sykehus-
innleggelser

Resultatmål i pilot



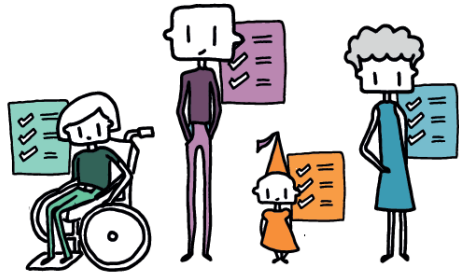
- ***Få erfaring og resultat på systemnivå***
 - Å få på plass strukturer for tidlig identifisering av behov
 - Å få på plass strukturer for at oppfølgingsteam blir en integrert arbeidsform i alle tjenester
 - Å sikre aktiv brukerdeltagelse
- ***Få erfaring og resultater med oppfølgingsteam på individnivå***
 - For barn og unge
 - For personer som sliter med psykisk helse/rus
 - For skrøpelige eldre
 - For kronisk syke
- ***Nasjonalt nivå:***
 - Høste erfaringer fra pilotkommunene
 - Dokumentere konkrete resultater
 - Resultater skal ha nasjonal overføringsverdi

Noen suksessfaktorer fra pilot

- Koordinerende enhet
 - God administrativ forankring av KE og godt synlig for alle
 - Tverrfaglig sammensatt og klart mandat
 - Nedfelte rutiner og prosedyrer
 - God kontakt med fastlegene
- Koordinator
 - Opplæring, koordinatorsamlinger, «betningskoordinatorer» og møtearenaer for veiledning og støtte
 - Rollen er anerkjent
 - Får god støtte og veiledning av leder
 - Ser koordinatorrollen som en del av jobben
 - Ha god oversikt over brukers situasjon og alle i teamet bidrar
- Forankring i ledelsen
 - Oppfølgingsteam som arbeidsform forankres i kommunens planverk
 - Løfte frem gode brukerhistorier – gevinster av strukturert tverrfaglig oppfølging.

- Les mer om pilot: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/pilot-for-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam>
- Kontaktinfo for pilot: liv.tveito@helsedirektoratet.no

Ressurser



Ditt liv, din plan

Til deg som kan ha behov for langvarige og koordinerte tjenester

- [E-læring](#) i koordinatorrollen
 - Rettigheter og plikter
 - Koordinatorrollen
 - Møteledelse
- [Filmsnutt om individuell plan og koordinator](#)
- [Brosjyre om individuell plan og koordinator](#) – informasjon til pasienter, brukere og pårørende
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)
- [Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov](#)
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#)



helsedirektoratet.no