



Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Om veilederen

Bakgrunn for oppdraget om å utvikle en veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Å utvikle en veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov er ett av tiltakene i oppfølgingen av primærhelsemeldingen, [Meld.St. nr. 26 "Fremtidens primærhelsetjeneste"](#). Dette oppdraget ble gitt til Helsedirektoratet fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2016.

I stortingsmeldingen foreslår regjeringen tiltak for mer strukturert oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Det pekes på at et økende antall pasienter og brukere har flere sykdommer samtidig, nedsatt funksjon knyttet til flere livs- og funksjonsområder og derav et omfattende bistandsbehov. Oppdraget presiserer at veilederen skal ha en generisk tilnærming som omfatter hele bredden av målgrupper innen somatikk, psykisk helse og rus.

I oppdraget presiseres også at tjenestene må ta utgangspunkt i hva pasienter og brukere opplever som viktig i sitt liv og sterkere vektlegging av funksjon fremfor diagnose. Stortingsmeldingen peker på behov for tjenesteutvikling med vekt på

- Sterkere ledelse
- Økt kompetanse
- Tverrfaglig teamorganisering gjennom oppfølgingsteam

Et sentralt tiltak er også å sikre tidlig identifisering av behov slik at det kan iverksettes tilpassede tiltak for å påvirke fremtidig bistandsbehov.

Sentrale temaer i utfordringsbildet, slik det beskrives i stortingsmeldingen, er at tjenesteyterne jobber hver for seg og/eller monofaglig. Det pekes på behov for tydeligere ledelse for å sikre koordinering i tjenestene. Mange pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får ikke oppfylt retten til individuell plan og tilbys ikke koordinator. Dette kan også medføre at pasienter og brukere ikke involveres i utformingen av sitt tilbud, slik regelverket legger til grunn. Regjeringen ønsker at disse pasient- og brukergruppene skal sikres et mer strukturert og målrettet tilbud gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam.

Målgrupper for veilederen

Veilederen retter seg til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov. I prinsippet inkluderes hele bredden av helse- og velferdstjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene er imidlertid den mest sentrale tjenesteyteren på helse- og velferdsområdet. Det følger av dette at veilederen har en tydelig innretning mot kommunene.

Sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten som eksempelvis NAV, barnevern, oppvekst og utdanning har en viktig rolle, og veilederen beskriver samarbeidsflater med disse. Det ligger en oppfordring til at helse- og omsorgstjenesten i kommunene bør være pådrivere for samarbeid på tvers av sektorgrenser. Tegn på begynnende behov for helse- og omsorgstjenester blir i mange tilfeller først synlig for aktører utenfor helsetjenesten.

Arbeidsprosess og metodikk i utviklingen av veilederen

I bestillingen av oppdraget ble det presisert at veilederen skulle gi anbefalinger innenfor gjeldende lov og regelverk. Den skulle utfordre til endret praksis gjennom mer strukturert oppfølging av personer med store og sammensatte behov. Dokumentasjon fra følgende to internasjonale satsinger har vært særlige relevante, og er tatt inn i arbeidet: ([intern lenke](#))

- [CHRODIS - "Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle"](#)

- [NICE-retningslinje for multisyke](#)

Det er ikke gjennomført systematiske kunnskapsoppsummeringer, men det henvises til relevante studier og rapporter under de ulike kapitlene.

Oppstart av arbeidet med å utvikle konseptet for veilederen skjedde gjennom en workshop i september 2016. Her deltok representanter for pasienter og brukere, fag- og interesseorganisasjoner, høyskoler, forskningsmiljø samt tjenester i kommuner og helseforetak. Direktoratet fikk konkrete innspill til beskrivelse av brukergruppene, temaer og innhold. Gruppen ble samlet til ny workshop i desember 2016 hvor de ga tilbakemelding på konkret tekstutkast fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har også samarbeidet med KS og FHI, særlig relatert til deres arbeid med læringsnettverk. I tillegg har professor Anders Grimsmo, NTNU, kommuneoverlege Tove Røsstad, Trondheim kommune, og professor Helge Ramsdal, Høyskolen i Østfold gitt sentrale bidrag til arbeidet.

Arbeidet med veilederen har vært organisert som et prosjekt med deltakelse fra flere avdelinger i Helsedirektoratet. Prosjektet for utvikling av veilederen inngår i "primærhelseprogrammet" i Helsedirektoratet. I dette programmet inngår flere oppdrag/prosjekter for oppfølging av primærhelsemeldingen, som eksempelvis utvikling av primærhelseteam. Det er dermed sikret tett samhandling på tvers av tilgrensende prosjekter.

Utkast til veileder var på ekstern høring i perioden juni - sept 2017. Vi mottok 67 høringsvar fra brukerorganisasjoner, kommuner, helseforetak, høyskoler, fag- og interesseorganisasjoner og kompetansemiljøer. Her ble det gitt mange gode innspill til forbedringer. Sentrale tilbakemeldinger var at vi burde legge sterkere vekt på spesialisthelsetjenesten rolle, fastlegens rolle og andre sektorer sine bidrag. Det ble også påpekt at vi burde trekke frem barn, unge og pårørende tydeligere. Innspillene er i hovedsak tatt til etterretning i ferdigstilling av veilederen.

Den tematiske innretningen i veilederen

Veilederen utfordrer til tjenesteutvikling med særlig vekt på operasjonalisering av bestemmelsene i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#). Krav og anbefalinger er spisset inn mot planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av tjenestene for å sikre helhetlige tilbud til pasienter og brukere med behov for samtidige og sekvensielle tjenester fra ulike aktører.

Fagspesifikke anbefalinger for ulike målgrupper finnes i øvrige [nasjonale veiledere og retningslinjer](#). Under linken "praktisk" finnes lenker til anbefalte verktøy, metoder og prosedyrer.

Viktige begreper

Begreper er fortrinnsvis forklart i den konteksten hvor de hører hjemme. Om målgruppene for denne veilederen brukes vekselvis person, pasient eller bruker. Når det gjelder språklige bydeformer på anbefalinger gjelder følgende:

- skal og må - Lov- eller forskriftsfestet, eller så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig ikke å gjøre som beskrevet.
- bør - Sterk anbefaling fra Helsedirektoratet.
- kan - Eksempel eller anbefalt forslag til hvordan man kan handle for å oppnå et lovkrav eller en sterk anbefaling.

Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og utprøving av verktøy for forebyggende risikokartlegging

I 2018 starter det opp en pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam og for utprøving av verktøy for forebyggende risikokartlegging. Arbeidet har som mål å redusere sykehusinnleggelser og økt bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingsarbeidet ledes av Helsedirektoratet og skal gjøres i samarbeid med 5 - 7 pilotkommuner. Dette utlyses våren 2018 og kommuner som ønsker å delta kan søke. Anbefalinger i denne

veilederen blir lagt til grunn i piloten. Arbeidet skal følgeevalueres.

Oppdateringer av denne veilederen

Elektroniske veiledere som utgis av HelseDirektoratet oppdateres kontinuerlig i samsvar med eventuelle endringer i lov- og regelverk. For denne veilederen vil det også suppleres med verktøy og anbefalinger basert på erfaringer fra pågående og planlagt utviklingsarbeid på området. Dette vil særlig gjelde piloter for henholdsvis utprøving av primærhelseteam og oppfølgingsteam.

Innholdsfortegnelse

[1 Bedre oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for tjenester krever tydelig ledelse](#)

[2 Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov](#)

[3 Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team](#)

[4 Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester](#)

[5 Kompetansebehov og kompetanseplanlegging](#)

[6 Hvordan observere, oppdage og identifisere behov for tjenester](#)

[7 Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team](#)

[8 Helhetlige pasientforløp](#)

1 Bedre oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for tjenester krever tydelig ledelse

1.1 Målgruppene for denne veilederen

Veilederen retter seg til ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov. I prinsippet inkluderes hele bredden av helse- og velferdstjenester både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten har også en viktig rolle. Kommunene er imidlertid den mest sentrale tjenesteyteren på helse- og velferdsområdet. Det følger av dette at veilederen har en tydelig innretning mot kommunene.

Veilederen beskriver viktige samarbeidsflater med andre sektorer. I dette ligger en oppfordring til at helse- og omsorgstjenesten i kommunene bør være pådrivere for samarbeid på tvers av sektorgrenser. Tegn på begynnende behov for helse- og omsorgstjenester blir i mange tilfeller først synlig for aktører utenfor helsetjenesten.

1.2 Innbyggernes hjelpebehov kan påvirkes

Det bør legges til grunn at innbyggernes behov for tjenester kan påvirkes gjennom tidlig identifisering av behov og målrettet og strukturert innsats. I tråd med erfaringer fra andre land, utfordrer regjeringen til mer strukturert oppfølging gjennom tverrfaglig teamarbeid og helhetlig strukturert tilnærming. En slik tilnærming, som innebærer at tjenester fra ulike enheter virker sammen til en helhet for pasient og bruker, stiller store krav til ledelse.

[Primærhelsetjenestemeldingen](#) peker på at behovet for tjenester er endret ved at flere har kroniske sykdommer og psykiske plager. Stadig flere har samtidig behov for tjenester fra et vidt spekter av fagområder. Mange kunne fått et bedre liv og færre innleggelse i spesialisthelsetjenesten dersom innhold og organisering av den kommunale helse- og omsorgstjenesten var bedre tilpasset behovet. Mer målrettet tilnærming kan også på sikt dempe presset på tjenester.

1.3 Sentrale ledergrep for å sikre bedre oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Punktene nedenfor er sentrale ledergrep for å sikre mer systematikk i identifisering og utredning av behov, og strukturert tverrfaglig oppfølging av personer med store og sammensatte behov. I arbeidet med kvalitetsforbedring er det viktig å sikre at tiltakene omfatter hele bredden av brukergrupper - uavhengig av alder, diagnose og funksjonsnivå. Det lenkes til utdyping av temaene senere i veilederen.

- **Øverste leder skal sikre systematisk kvalitetsforbedring i tjenestene**

Øverste leder har ansvaret for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i samsvar med krav til planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende. (intern lenke til kap 4)

- **Pasienter og brukeres medvirkning må styrkes**

Ledere skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende i utvikling og gjennomføring av tjenestene på både individ- og systemnivå. Kontinuerlige brukerundersøkelser og gode rapporteringsrutiner knyttet til dette temaet er sentralt for kvalitetsutvikling i tjenesten.

Tilnærmingen i møte med pasienter og brukeres behov bør snus fra "Hva feiler det deg?" til "Hva er viktig for deg?". Tjenestene skal fremme mestring og selvstendighet. (intern lenke)

- **Organisering av tjenestene må ta utgangspunkt i pasienter og brukeres behov**

Dersom organisering av tjenestene utgjør barrierer som hindrer at pasienter og brukere får tilgang til nødvendig kompetanse, må det gjennomføres tiltak for å utbedre dette. (intern lenke)

- **Kommunene må sikre systematikk og god praksis for tverrfaglig utredning av behov**

Pasienter og brukere med behov for tjenester på flere områder må få sitt behov avklart gjennom tverrfaglig utredning. Det må sikres nødvendig og tilstrekkelig faglig breddekompetanse. Det kan også være behov for kompetanse fra sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten for å sikre helhetlig tilnærming. (Intern lenke)

- **Observasjonskompetansen i tjenestene bør styrkes**

Det må etableres systematikk i observasjon og identifisering av behov i tjenestene. Observasjonskompetansen hos personell i kommunens helse- og velferdstjenester bør styrkes gjennom systematiske kompetansetiltak og veiledning. Det må være avklart hvor behov/mulige behov skal meldes. (Intern lenke)

- **Legge til rette for bruk av kompetanse på tvers av organisatoriske enheter**

Tverrfaglig samarbeid gjennom team krever tydelig ledelse som understøtter at teamet kan virke sammen som en helhet på tvers av organisatoriske grenser. Dette kan utfordre tradisjonelle barrierer i tjenestene. Ledere bør fremstå som rollemodeller og legge tydelige forventninger til blant annet samhandling, kompetanseutveksling og veiledning på tvers av enheter. (Intern lenke)

- **Kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide om et helhetlig og koordinert tjenestetilbud slik at det ikke oppstår brudd i forløp**

I det lovpålagte samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bør helhetlig og koordinert oppfølging av personer med store og sammensatte behov jevnlig være på dagsorden. Kommunene bør etterspørre kompetanse fra spesialisthelsetjenesten på fagområder hvor det ikke er naturlig å ha spisskompetanse på kommunalt nivå. Det må utvikles god praksis for gjensidig veiledning. (intern lenke)

- **Kommunene må legge til rette for at pasienter får nødvendige fastlegetjenester**

Fastlegen må fremstå som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det må sikres at personer med omfattende behov for tjenester får nødvendige mediskfaglige tjenester. Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste. (intern lenke)

- **Sterkere lederforankring av koordinering og teamarbeid**

Koordinerende enheter må sikres tydelig mandat og god lederforankring. Enhetene har en sentral rolle i å legge til rette for helhetlige og koordinerte tjenester gjennom sitt overordnede ansvar for individuell plan og koordinator. Koordinatorer må sikres nødvendig lederstøtte og opplæring slik at de blir trygge og kompetente i rollen. (Intern lenke)

- **Kommunene bør ta i bruk velferdsteknologi**

Kommunene anbefales å ta i bruk velferdsteknologi for å fremme selvstendighet og tilrettelegge for økt mestring. Det er nødvendig å sikre kompetanse som er på høyde med den teknologiske utviklingen. (intern lenke)

1.4 Utfordringsbilde for bedre oppfølging av brukere med store og sammensatte behov

Utvikling av store og sammensatte behov kan skyldes faktorer ved tjenestene

«Store og sammensatte behov» kan ikke utelukkende beskrives ut fra egenskaper ved individet. En sentral nøkkel til kvalitetsforbedring ligger i erkjennelsen av at utvikling av store og sammensatte behov også i betydelig grad kan skyldes faktorer ved tjenestene.

Økende spesialisering og «silo-organisering» av tjenester kan ha bidratt til fragmentering av tjenestetilbudet både i kommuner og i spesialisthelsetjenesten. De som trenger bred faglig tilnærming må forholde seg til et økende antall tjenesteytere. Dermed øker også behovet for koordinering ved at bidrag fra mange aktører må ses i sammenheng og organiseres på en strukturert måte rundt den enkelte.

Fragmentering kan også skape utfordringer i å fange opp endringer i behov. Det kan oppstå uklarheter om hvem som observerer hva og hvordan dette meldes videre slik at behovet blir avklart. For pasienter og brukere som følges opp av et stort antall fagpersoner kan mangel på kontinuitet i oppfølging og observasjon også være en sentral utfordring.

Formålet med spesialisering har uten tvil vært kvalitetsforbedring. Men opprettelse av spesialtilpassede tilbud for spesifikke tilstander, med klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, har en iboende dynamikk ved at noen kan "falle mellom stoler". Eventuelle spesialiserte tilbud vil kunne imøtekomme deler av en person sitt behov, og den helhetlige ivaretagelsen blir mangelfull. Dersom det ikke samtidig med utvikling av spesialiserte tilbud sikres differensierte tjenester som ivaretar helhetlig oppfølging av personer med sammensatte behov, kan etablering av gode tilbud for noen utilsiktet skape et dårligere tilbud for andre.

Mennesker med store og sammensatte behov er en uensartet gruppe. For å finne løsninger for bedre oppfølging er det nødvendig og både identifisere felles kjennetegn ved brukergruppene og å få innsikt i faktorer ved faglig tilnærming og organisering av tjenestene som gjør at behovene ikke imøtekommes godt nok. (intern lenke)

Tjenesteyterne har ulike rammer for sin virksomhet

Helhetlig og overordnet ledelse på tvers av organisatoriske virksomhetsgrenser er avgjørende for helhetlige og koordinerte tilbud på individnivå. For de fleste pasienter og brukere med omfattende behov for bistand er det i kommunen de fleste tjenesteaktørene befinner seg. I tillegg til helse- og omsorgstjenester gjelder dette områder innen oppvekst og utdanning, sosialtjenester, NAV og barnevern.

Kommunen er dermed i en unik posisjon til å sikre gode tilbud til disse pasient- og brukergruppene. Det er sannsynligvis også i kommunen at en har den beste muligheten til å oppdage og identifisere behov i en tidlig fase. Samtidig er samhandlingen med spesialisthelsetjenesten svært viktig.

Utfordringene i å sikre helhetlige tilbud kommer til syne i den konkrete koordineringen rundt enkeltpasienter. Det er koordinatorene og øvrige fagpersoner i teamet som sammen med pasient og bruker erfarer barrierene når bidrag fra ulike aktører skal virke sammen til en helhet. Kompleksiteten i samhandlingen kan i stor grad tilskrives ulikhet i faglige, administrative og organisatoriske rammer. Eksempler på dette er ulikhet i

- eierskap
- ledelse og styringssystemer
- regelverk
- prioritering
- finansiering og økonomiske insitament
- samhandling
- dokumentasjon og IKT-systemer/fagsystemer
- fagtradisjoner og kulturer

(Anders Grimsmo, 2016)

Ledelse og uregjerlige problemer - "wicked problems"

I tillegg til at tjenestene har ulike rammer for sin virksomhet, består kompleksiteten også i at tjenesteytingen ofte ikke kan følge forutsigbare beslutningsprosesser langs en tidslinje som ved standardiserte behandlingsforløp med et start- og et slutt punkt. Den valgte løsningen vil eksempelvis ikke gjøre en pasient frisk. Motsatsen til dette er det som omtales som «wicked problems», oversatt til "uregjerlige" problemer.

Noen kjennetegn ved uregjerlige problemer er

- at kunnskapsgrunnlaget er ufullstendig eller motstridende
- ulike delproblemer er sammenvevd med andre delproblemer
- mål og suksesskriterier er vanskelig å definere
- løsningene er ikke enten rette eller gale

Disse faktorene gjør det vanskelig å standardisere. Rasjonelle måter og «temme» utfordringene på har vært å dele opp problemene og ta dem en for en ved at noen håndterer rusproblemet, noen bolig, andre sosial deltakelse osv. Summen av slik spesialisering blir fragmenterte tjenester. Løsningen er derfor å akseptere at «uregjerlige problems» er «uregjerlige», og erkjenne at utfordringene ikke kan fjernes. Innretningen i tjenestene må dermed være å redusere dem. ([Rittel & Webber 1973](#)) i ([Vold Hansen og Ramsdal 2014](#)).

Løsningen bør være sirkulære prosesser med kontinuerlig veksling mellom data og prøving av tiltak, evalueringer og justeringer. To sentrale prinsipper er samarbeid og brukermedvirkning. ([Einstein 2007](#)) i ([Vold Hansen og Ramsdal 2014](#)). Denne tilnærmingen kjenner vi også fra [forbedringsmodellen](#) som benyttes i kvalitetsforbedring i tjenesten.

Kunnskapsgrunnlaget for oppfølging av personer med store og sammensatte behov

Personer med store og sammensatte behov kan ha behov for behandling og oppfølging knyttet til flere ulike diagnoser og funksjonsutfordringer samtidig. Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, som utgis av Helsedirektoratet, gjelder ofte enkeltdiagnoser eller avgrensede problemstillinger. Det betyr at det for en person eksempelvis kan være flere faglige retningslinjer og veiledere som gjelder. Anbefalinger i diagnosespesifikke faglige retningslinjer kan stå i motstrid til hverandre dersom personen har flere diagnoser.

Oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov kan som nevnt bare i begrenset grad standardiseres. Problemenes karakter ligger i et komplekst samspill mellom ulike faktorer. "*Verken psykiske lidelser, rusproblemer eller sosiale problemer kan uten videre gjøres til gjenstand for kontekstfrie, globale og rettlinjede standarder basert på avgrensede diagnoser og behandlingsopplegg, selv om en selv sagt kan lære av andre erfaringer*". Det medfører at det i begrenset grad finnes dokumentert kunnskap fra RCT-studier, som er "gullstandard" i retningslinjearbeid. (Jerndal Fineide og Ramsdal i Vabø og Vabo, Universitetsforlaget 2014).

Det finnes imidlertid god forskning som understøtter strukturert tverrfaglig oppfølging av personer

med store og sammensatte behov slik denne veilederen beskriver det. Det henvises til dette i flere kapitler i veilederen og under "Praktisk info" nedenfor.

Praktisk

Kildehenvisninger

- Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. ["Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings"](#), Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016(3).
- Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. ["Managing patients with multimorbidity in primary care"](#), BMJ. 2015;350:h176.
- Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K., ["Palliative care from diagnosis to death"](#). BMJ. 2017;356:j878.
- May CR, Eton DT, Boehmer K, Gallacher K, Hunt K, MacDonald S, et al. ["Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness"](#), BMC Health Serv Res. 2014;14:281.
- Bergmo TS, Berntsen GK, Dalbakk M, Rumpsfeld M. ["The effectiveness and cost effectiveness of the Patient-Centred Team \(PACT\) model"](#): study protocol of a prospective matched control before-and-after study. BMC Geriatr. 2015 Oct 23;15:133

Se også til dokumentasjon i tilknytning til "CHRODIS - EU-samarbeid" og "NICE-retningslinjer for multisyke" i kapitlet om "Internasjonale satsinger for bedre oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov" (intern lenke).

1.5 Internasjonale satsinger på bedre oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Temaet for denne veilederen er også på dagsorden i europeisk sammenheng. Følgende to modeller er nært beslektet med rammene for denne veilederen, og er tatt inn i arbeidet:

CHRODIS - EU-samarbeid

Norge har deltatt i prosjektet ["Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing across the Life Cycle"](#). Prosjektet er støttet av EU og har resultert i en «Multimorbidity Care Model» som er utviklet i dialog mellom representanter fra de europeiske landene.

Modellen inneholder anbefalinger og henvisninger til kunnskapsoppsummeringer knyttet til oppfølging av pasienter med flere diagnoser og utfordringer på ulike livsområder.

Målgruppene for dette europeiske prosjektet sammenfaller med målgruppene i denne veilederen. Anbefalingene i denne veilederen er også i samsvar med konklusjonene i CHRODIS.

NICE-retningslinje for multisyke

I September 2016 lanserte NICE en ny generisk retningslinje for oppfølging av pasienter med flere diagnose. [«Multimorbidity: clinical assessment and management»](#). Multimorbiditet referer til 2 eller flere langvarige sykdomstilstander som kan inkludere

- «defined physical and mental health conditions such as diabetes or schizophrenia
- ongoing conditions such as learning disability
- symptom complexes such as frailty or chronic pain
- sensory impairment such as sight or hearing loss

- alcohol and substance misuse.»

2 Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov

2.1 Kjennetegn ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Kjennetegn ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Hovedkjennetegnet ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov er at symptomer og faktorer er vevd sammen. Tilstanden kan ikke forklares ut fra enkeltfaktorer som diagnose eller avgrenset funksjonsproblem. Den må forstås ut fra personens helhetlige situasjon. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning. (intern lenke til kap 1.3)

Det finnes ingen standard definisjon av denne pasient- og brukergruppen. En tilnærming kan være å legge til grunn definisjonen av "multisykdom" i retningslinjen "[Multimorbidity: clinical assessment and management](#)", NICE guideline 2016:

"Multisykdom refererer til tilstedeværelse av to eller flere langvarige helseproblemer som kan inkludere

- definert fysisk eller psykisk helseutfordring - spesifikke diagnoser
- vedvarende utfordringer på grunn av nedsatt evne til læring
- mange og sammensatte symptomer knyttet til generelt nedsatt helsetilstand/"skrøpeligheit" og kronisk smerte
- nedsatt syn og hørsel
- misbruk av alkohol eller andre rusmidler".

I tillegg til disse punktene kan problemer knyttet til sosial fungeringsevne være en sentral faktor. Dersom helsetilstanden er relatert til sjeldne diagnoser kan også dette være kompliserende.

Tilleggfaktorer som kan påvirke kompleksiteten

I tillegg til den somatiske og psykiske helsetilstanden, synliggjort gjennom diagnoser og nedsatt funksjon, kan utfordringer på følgende områder være sentrale for personens opplevelse av behov:

- Bolig
- Økonomi
- Familie og nettverk
- Utdanning og arbeid
- Kulturell bakgrunn
- Aktivitet og meningsfull fritid
- Ivaretagelse av egen helse, herunder håndtering av legemidler
- Tannhelse
- Ernæring

Dette er samtidig også områder hvor tiltak kan ha stor effekt på livskvalitet og evne til mestring til tross for mange diagnoser og omfattende funksjonsproblemer.

Når individuelt tilpasset oppfølging i samsvar med denne veilederen bør vurderes

Oppfølging i samsvar med denne veilederen bør gjøres etter en tverrfaglig vurdering av en persons samlede behov for helse- og omsorgstjenester. Eventuelle behov for tjenester fra andre sektorer bør også inngå i dette. Behovet bør være av et omfang som tilsier at det kan oppnås effekt av tverrfaglig strukturert oppfølging.

Tilnærming gjennom strukturert oppfølging bør vurderes for personer som

- har utfordringer knyttet til å håndtere dagliglivets gjøremål/daglig fungering
- mottar tjenester fra flere aktører og trenger ytterligere bistand
- har langvarige fysiske og/eller psykiske helseproblemer
- har generelt nedsatt helsetilstand
- har jevnlig behov for bistand knyttet til uforutsette utfordringer og akutte behov
- tar flere faste legemidler
- har vedvarende problemer knyttet til sosial og psykososial fungering

Tiltak for å håndtere risiko for fremtidig sykdomsutvikling kan også bli en tilleggbelastning i form av "behandlingsbyrde" ("burden of disease"). Eksempler på dette kan være behandling av høyt kolesterol, benskjørhet, psykisk sykdom osv. Det er viktig å være oppmerksom på at anbefalinger i faglige retningslinjer er beregnet på enkeltsykdommer og er utledet fra forskning på personer uten "multisykdom".

Praktisk

Kildehenvisninger

- Retningslinjen "[Multimorbidity: clinical assessment and management](#)", NICE guideline 2016.
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. "[Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study](#)" Lancet. 2012 Jul 7;380(9836):37-43.

2.2 Eksempler på personer med store og sammensatte behov

I det følgende gis eksempler på noen pasient- og brukergrupper og hva som kjennetegner behovet. Listen er ikke uttømmende, og eksemplene kan være overlappende.

Barn, unge og voksne med behov for tjenester i et livsfaseperspektiv

Både omfanget og hvilke tjenester den enkelte har behov for kan være sterkt knyttet til livsfase. Barn i skolepliktig alder med nedsatt kognitiv funksjonsevne trenger eksempelvis andre tjenester enn eldre med tilsvarende funksjonsproblemer. Det må sikres gode overganger mellom ulike livsfaser. Dette stiller krav til kontinuitet og koordinering på tvers av fag og sektorer. Familieperspektivet, herunder samarbeid med pårørende, er sentralt.

Ut fra et livsfaseperspektiv kjennetegnes barn, unge og mennesker i yrkesaktiv alder av behov for bistand fra flere sektorer. Tjenestene bør i størst mulig grad gis på de livsarenaer som den enkelte befinner seg. Dette stiller krav til fleksibilitet. - Et førskolebarn kan ha behov for å få sitt fysioterapitilbud i barnehagen. - For en yrkesaktiv bør trenings- og behandlingstilbud tilpasses både familie- og arbeidssituasjon.

Behovet kan omfatte et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinsk, fysikalsk, psykososialt, miljøterapeutisk, sansemessig, kognitivt, ernæringsfaglig, rusfaglig, sosialfaglig og spesialpedagogisk. Behovet for samtidighet i tjenesteytingen kan skape høy grad av kompleksitet.

Personer med muskel-, skjelett og smerteproblematikk

Personer med muskel- og skjelettsykdommer finnes i stor grad i den yrkesaktive del av befolkningen. Tilstanden er ofte forbundet med smerte. Det er den vanligste årsaken til sykefravær og uføretrygd. Det er varierende praksis for hvorvidt sykemeldte følges opp av kommunens helse- og omsorgstjeneste utover fastlegen.

Muskel- og skjelettsykdommer er ved siden av psykiske lidelser viktigste årsak til helsetap. (["Sykdomsbyrde i Norge 1990 - 2013", FHI 2016](#)).

Personer med behov for samtidige tjenester knyttet til både psykisk helse, rus, somatisk helse og psykososial fungering

Somatisk diagnose og åpenbare medisinske behov kan overskygge behov for en bredere tilnærming enn det man umiddelbart ser. På samme måte kan rusmiddelproblemer eller psykiske vansker/lidelser overskygge behov for fysisk funksjonstrening og somatisk oppfølging. Utfordringen er at tjenestene bare ser biter av den helheten som personen selv opplever. Det kan dermed oppstå en konfliktsituasjon ved at tjenestene ikke forstår reaksjoner og symptomer, noe som igjen gir tilleggsbelastning.

Tjenester og brukere erfarer at kombinasjon av samtidige utfordringer knyttet til både psykisk helse, rusmiddelbruk og somatisk helse ikke fanges opp i tilstrekkelig grad.

Eldre med flere diagnoser

Flere diagnoser er et sentralt kjennetegn for personer med store og sammensatte behov. Dette gjelder i stor grad eldre. På dette området synliggjøres også asymmetrien i spesialisthelsetjenestens og kommunenes tilnærming. Spesialisthelsetjenesten følger diagnosespesifikke retningslinjer mens kommunene har en bredere tilnærming med sterkere fokus på funksjon. Dette kan skape utfordringer for helhetlige forløp på tvers av nivåene. ([Røstad m.fl., BMC 2013](#)) Å håndtere flere legemidler kan også være en utfordring for disse brukergruppene. Utvikling av demens kan ofte være en kompliserende faktor. Mange har også problemer knyttet til ernæring og tannhelse.

Eldre som i tillegg til somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet er særlig sårbare. Det anvendes i liten grad fagkompetanse på tvers av tjenesteområdene for disse brukergruppene.

Personer med innvandrerbakgrunn

Å være innvandrer og samtidig ha omfattende behov for tjenester gir ofte komplekse utfordringer. Språkproblemer vanskeliggjør dialogen mellom fagpersoner og bruker. Mange har liten kunnskap om offentlige tjenester, dårlig sykdomsforståelse og mangelfull kunnskap om helse. Mange har også et begrenset nettverk i Norge. Det er ulikheter i bruk av helsetjenesten mellom innvandrere og den øvrige befolkningen. Deler av innvandrerbefolkningen benytter seg eksempelvis i mindre grad av helsetjenester ved psykiske helseproblemer.

Utfordringene forsterkes ved at tjenestene ofte har mangelfull kompetanse om innvandreres helse, kultur og kunnskap om rettigheter. Undersøkelser viser mangelfull bruk av tolk i offentlig sektor. ([NOU 2014:8 Tolking i offentlig sektor](#))

Personer med kroniske sykdommer og tilstander

Kroniske sykdommer og tilstander kan både være medfødt, tidlig ervervet eller oppstått senere i livet. Eksempler på målgrupper er mennesker med psykisk utviklingshemming, neurologiske sykdommer og sjeldne tilstander. De fire store sykdomsgruppene på NCD-området, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft, representerer også en betydelig del av målgruppen.

Alle aldersgrupper er representert blant målgruppene. Behov for tjenester i et familie- og livsløpsperspektiv er et sentralt kjennetegn. Dette er pasienter og brukere som ofte er kjent i tjenestene, men hvor manglende systematikk for observasjon og revurdering etter hvert som behovet endrer seg kan få store konsekvenser. Blant mennesker med psykisk utviklingshemming har 70 % behov for medisinskfaglig behandling av somatiske tilstander. ([Hjernehelserapporten, Helsedirektoratet 2017](#))

Barn, unge og familier som følges opp av barnevernet

Barn, unge og familier som har en eller annen form for oppfølging fra barnevernet har ofte behov for bistand fra flere sektorer. Det er den senere tid pekt på omfattende svikt i den helhetlige oppfølgingen, herunder samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenesten. Det kan ofte være vanskelig å sette fingeren på svikt knyttet til enkelthendelser. Problemet ligger i at enkelttjenester bare ser sin lille flik av virkeligheten uten å se personens helhetlige livssituasjon. ("[Dei forsto meg ikkje](#)", [Helsetilsynet 2016](#))

2.3 Pasient- og brukerhistorier til bruk i opplæring og tjenesteutvikling

«Dei forsto meg ikkje»

Tilsynsrapporten «[Dei forsto meg ikkje](#)» fra fylkesmennene i Hordaland, Rogaland og Troms, av 19. sept 2016, sammenfatter sentrale sviktområder i en omfattende barnevernssak. Den samlede konklusjonen er at tjenestene og personellet ikke forsto den situasjonen og det behovet som denne jenta hadde. Det ble ikke sikret en samlet forståelse og vurdering av helseutfordringene. Samhandling, brukermedvirkning og informasjonsutveksling var ikke god nok. Behov knyttet til bolig var ikke forsvarlig vurdert. Veiledning til de som skulle følge opp var ikke god nok. Vurderingene ble ikke gjort tidlig nok og grundig nok. I siste instans handlet det også om at heller ikke tilsynsmyndighetene hadde undersøkt og vurdert tilstrekkelig de mange meldingene som de hadde fått.

Aron 5 år

Aron bor sammen med foreldrene og to brødre på 3 og 9 år. Han er født i Norge, men foreldrene kom hit for 10 år siden. Far snakker norsk, mor snakker morsmål og engelsk. Far er ofte på reise, mor er da alene om omsorgen. De har lite nettverk og ingen familie i Norge. Foreldrene har god omsorgsevne, men gir uttrykk for at de trenger avlastning.

Aron ble utredet hos BUP og fikk diagnosen barneautisme da han var fire år. Autismeteamet har veiledet og informert, og Aron har fått hjelp fra spesialpedagog i barnehagen. Han har dårlig språk og kommuniserer ved hjelp av bilder. Han har også hypermobile ledd og dårlig balanse og har derfor jevnlig fysioterapi.

Aron er stort sett blid og fornøyd. Han liker å se på filmer med fly på nettbrett. Når mor tar fra han nettbrettet kan han bli sint, skrike høyt og kaste ting rundt seg. Han er svært aktiv og trenger tilsyn hele tiden når han er våken. Dersom ytterdøren er åpen går han ut. Det har vært flere leteaksjoner i nærområdet, og mor er redd at fremmede skal tro hun ikke klarer å passe på han og at de skal kontakte barnevernet. Han plukker mye på ting. Det har ført til skade på møbler, tapet og klær. Han trenger hjelp til det meste; å kle av og på seg, til tannpuss, toalettbesøk og til å spise.

Aron skal begynne 1. klasse til høsten. Forvaltningskontoret har bedt enhet for psykisk helse barn og unge om å gjøre avtale om hjemmebesøk hos familien.

Emil 18 år

Emil bor sammen med sine foreldre og går siste året på videregående skole. Han har en eldre bror som er flyttet hjemmefra som han har god kontakt med. Emil er en sosial gutt med godt humør. Han har stort nettverk og er opptatt med fotball, moped og skolearbeid. I tillegg er han en del sammen med kjæresten som går i samme klasse. Han liker skolen og har planer om å utdanne seg til ingeniør.

I oktober for ett år siden ble Emil utsatt for en mopedulykke der han får en alvorlig hodeskade. Kort tid etter ulykken blir han overført til en spesialisert rehabiliteringsavdeling på sykehuset. Han har nedsatt kraft og følelser i høyre side, og sliter mye med nedsatt hukommelse og konsentrasjon. Han har også ordletingsvansker. Personalet opplever at han har noe nedsatt innsikt i egen situasjon og tar sjanser. For eksempel har han flere ganger reist seg fra rullestolen med stor fare for å falle. Foreldrene er svært bekymret for hvordan det skal gå med sønnen. Kjæresten og kameratene er ofte på besøk, noe Emil setter stor pris på.

Emil har nå vært fire måneder på rehabiliteringsavdelingen. Han har hatt stor bedring i funksjonsevne, går uten personstøtte og er selvhjulpent i daglige gjøremål som personlig hygiene, påkledning og måltider. Hans kognitive funksjonsnivå er noe bedre men han sliter fremdeles med å huske avtaler og å komme i gang med og fullføre oppgaver. Trenger ofte påminning for å få gjort det han skal i løpet av dagen. Han virker deprimert og sliter med mange bekymringer og tunge tanker om fremtiden. Men han har samtidig et ønske om å fullføre videregående skole og begynne på ingeniørstudiet.

Sykehuset har meldt til kommunen at utskriving er under planlegging og har innkalt forvaltningsenheten og pårørende til et møte på sykehuset.

Kari 36 år

Kari har utviklet overvekt fra barndommen. Da hun var 29 år veide hun 152 kg. Hun har gjennomført et rehabiliteringsprogram som er en ikke-kirurgisk behandlingsform med mål om å endre livsstil. Hun oppgir at hun er deprimert. Hun opplever tungsinn, våkner tidlig om morgenen og er initiativløs. Hun er tungpust og har artroseplager, noe som virker begrensende på fysisk aktivitet. Hun har også problemer med balansen. Hun har diabetes og høyt blodtrykk. Hun har to gode venner, men for øvrig lite sosialt nettverk og familien bor et stykke unna. Hun er uføretrygdet i 50 % og er for en stor del langtidssykemeldt fra jobben sin. (["Gjør det så enkelt som mulig" - Tipshefte om individuell plan, Helsedirektoratet 2008](#))

Martin 55 år

Martin er 55 år. Han arbeider som kokk, men er sykemeldt. Han har astma, kols, lungeemfysem, allergier. Martin er gift og har to barn. Han har hunder og driver med jakt. Martin må muligens begynne med surstoff om natta. Han er overvektig, røyker mye og drikker en del også.

Martin var skrevet ut av sykehuset etter et alvorlig astmaanfall. Han har fått beskjed om at han må ha surstoff om natta. Han er sykemeldt på 5. måned og vil ikke ha kontakt med jobben. Han er deprimert, sint og motløs og vil ikke gå ut. Har fått angstanfall. Martin vurderer å skille seg for at kona ikke skal "drasse rundt med en syk mann". Han vil avlive bikkjene for han tror ikke at han kommer på jakt mer.

Martin trener ikke, men går innimellom til fysioterapeut på grunn av vond nakke. Han har fått tilbud om røykeavvenningskurs av legen sin, men orker ikke å tenke på det akkurat nå. En lege nevnte at han var overvektig, men Martin er lite villig til å forandre kosthold. Han har hyppige, store kurer med kortison og føler seg stadig sulten. (["Gjør det så enkelt som mulig" - Tipshefte om individuell plan, Helsedirektoratet 2008](#))

Klara 80 år

Klara på 80 år har kols, benskjørhet, hjertesvikt og begynnende demens. Hun bor på landet alene i egen bolig. Hun har et sterkt ønske om å bo hjemme så lenge som mulig. Barna har flyttet til storbyen

og ser henne sjelden. Hun er engstelig og dårlig til bens, og har hatt flere innleggelser årlig på grunn av pustebesvær som både skyldes hennes lungesykdom og hjertesykdom. Hun trenger en del hjelp til det praktiske i huset og har vanskelig for å komme seg ut. Hun har i dag hjemmesykepleie 4 ganger i uka og hjemmehjelp daglig.

3 Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team

3.1 Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere

Tjenestene skal fremme mestring og selvstendighet

«Mennesker må aldri hjelpes på en måte som binder dem til våre løsninger og svar, men alltid slik at de blir frie til å finne sin egen vei».

(«Person og profesjon» av Torborg Aalen Leenderts, Gyldendal 1995)

Å fremme selvstendighet, mestring, trygghet, positivt selvbilde og opplevelse av styring og kontroll i eget liv er ekstra viktig for personer med omfattende hjelpebehov. Fagpersonell må understøtte personens ressurser, forsterke det positive og fremme håp og konstruktive mestringsstrategier. Tjenesteytere må forstå naturlige og menneskelige reaksjoner på vanskelige situasjoner og livshendelser, og samtidig ha klokskap til å utfordre til ansvar og aktiv medvirkning. Å prioritere tid til å møte den enkelte og dens familie og nettverk der de er, er avgjørende. En slik bruker- og ressursfokusert tilnærming må være lederforankret. Det er viktig at ledere viser tydelig retning for tjenestene på dette området.

Brukere med omfattende behov for bistand kan ofte utvikle negativt syn på seg selv og egne muligheter. For mange kan omfattende bistand føre til at de opplever å tape kontrollen i eget liv, og manglende likeverdighet i relasjonen med tjenesteyterne. Å fremme selvstendighet og mestring er også viktig for å motvirke negativ avhengighet til tjenestene.

Begrepet "empowerment" utdyper viktige perspektiver i medvirkning. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer "empowerment" som en prosess der personer oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres liv. Det kan oversettes med myndiggjøring eller «å gjøre sterk». Dette er en ressursfokusert tilnærming som tar utgangspunkt i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Tjenestenes rolle er å bidra til å bevisstgjøre og styrke dette slik at personen kan nå sitt potensial, og bistå til at pasient og bruker får tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet. Myndiggjøring handler også om at tjenestene deler makt og gir frihet og ansvar.

Hva er viktig for deg?

Tilnærmingen i tjenestenes kontakt med den enkelte bør snus fra «Hva feiler det deg?» til «Hva er viktig for deg?». Dette beskrives ofte som et paradigmeskifte og er uttrykk for en endret tilnærming i forholdet mellom fagrollen og pasient- og brukerrollen.

På individnivå handler dette om å møte pasienter og brukere med respekt og en lyttende holdning. - Hva opplever personen som viktig i sitt liv? - Hvordan bør tjenestene tilrettelegges for å understøtte den enkeltes mål og ønsker? Å lytte til mennesket bak diagnosene og «merkelappene», er avgjørende for å sikre god kvalitet i oppfølgingen.

Spørsmålet innebærer samtidig en utfordring for den tradisjonelle fagrollen som "ekspert". Det handler om å bistå personen i å finne de løsningene som er best for den enkelte fremfor å komme med

de raske svarene. Det er viktig å forstå og respektere at det kan være vanskelig å svare på spørsmålet "Hva er viktig for deg?". Spørsmålet er på et dypere plan enn bare å spørre hva en person trenger hjelp til. Mange kan trenge tid til å utvikle en trygg relasjon før de er i stand til å svare. For fagpersonen kan det også være situasjoner hvor det er krevende å håndtere svarene. Det bør derfor sikres både kommunikasjonsfaglig og terapeutisk kompetanse samt veiledning knyttet til dette temaet. (lenke til kompetansekap)

Tjenestene må tilrettelegges i et familie- og nettverksperspektiv

Å ha omfattende behov for tjenester påvirker roller og arbeidsfordeling i både familie og nettverk. Å sikre tjenester i et familie- og nettverksperspektiv er derfor viktig. Dette er også sentralt ved kartlegging og utredning av ressurser og behov. Tjenestene skal legge til rette for at pårørende, familie og nettverk kan medvirke i samsvar med pasient og bruker sitt ønske.

Det må legges vekt på at den enkelte og dens familie og nettverk kan leve et så normalt liv som mulig til tross for behov for bistand fra offentlige tjenester. Å se personen i sitt vante miljø er et sentralt utgangspunkt for å forstå den helheten som tjenestene skal passe inn i. Pårørende og familie kan være viktige ressurser, sammen med øvrige sosiale nettverk i fritid, skole og arbeidsliv. Temaer knyttet til medvirkning og samarbeid med pårørende, herunder om tjenestenes plikter, er nærmere utdypet i Helsedirektoratets [veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#).

Ledere må legge til rette for at pasienter og brukere kan medvirke og gis optimal innflytelse på tjenestene

Det er viktig at ledere fremstår som rollemodeller og fronter pasienter og brukeres medvirkning som en overordnet strategi på alle nivåer i tjenesten. Det bør etableres rutiner for rapportering fra tjenestene til ledernivå om medvirkning både på individ- og systemnivå.

For brukergrupper med omfattende behov for bistand kan tjenester fra det offentlige bli en betydelig del av dagliglivet. For noen gjelder behovet livet ut. Reell innflytelse er derfor ekstra viktig. Medvirkningen skal omfatte både

- Planlegging
- Utforming av tiltak
- Gjennomføring av tiltak
- Evaluering

Brukere skal også medvirke i tjenesteutvikling på systemnivå. Dette bør omfatte avveininger om både organisering, faglig innhold og strukturer for samhandling.

Åpenhet og god kommunikasjon, deling av kunnskap og klargjøring av alternativer er forutsetninger for at den enkelte kan påvirke sitt tjenestetilbud. Gjennom bruk av verktøy for "[Samvalg](#)" kan personell hjelpe pasienter og brukere til å ta informerte valg gjennom en balansert fremstilling av alternativer. Informasjon om mulige konsekvenser av de ulike valgene er grunnlaget for å kunne ta informerte valg.

Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes forutsetninger

Tjenestene må legge til rette for at pasient og bruker kan medvirke ut fra egne forutsetninger. Å fremme mestring og selvstendighet er viktig også for personer som enten varig eller midlertidig har nedsatt evne til medvirkning og til å ta selvstendige valg. I tilfeller hvor pasient og bruker ikke er i stand til å representere seg selv/ikke har samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med vedkommende.

Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. For personer med varig nedsatt kognitiv funksjonsevne, er det særlig viktig at tjenestene arbeider målrettet sammen med pasient, bruker og eventuelt pårørende og nettverk, for å utvikle trygge samarbeidsrelasjoner

som fremmer optimal selvstendighet og deltakelse. Bestemmelsene om medvirkning utdypes i Helsedirektoratets [Rundskriv IS-8 2015, Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#).

Barn skal ut fra egne forutsetninger alltid høres i spørsmål om egen helse, og har rett til å være med å ta avgjørelser som angår dem.

Kravet om tilrettelegging av informasjon innebærer også at helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten plikter å sikre nødvendige tolketjenester til de som trenger det.

Om plikten til å ivareta mindreårige barn som pårørende

Helsepersonell skal bidra til å dekke behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Denne plikten gjelder helsepersonell både i kommunene, spesialisthelsetjenesten og i private helsetjenester. I spesialisthelsetjenesten skal slik oppfølging ivaretas av barneansvarlig personell.

Barn som pårørende utdypes i eget kapittel i Helsedirektoratets [veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#).

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#) - om retten til medvirkning og informasjon.
- [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#), Rundskriv IS-8 2015, Helsedirektoratet - utdyping av hvordan bestemmelsene i loven skal forstås.
- [PSFS kartleggingsskjema](#) - skjema som vektlegger spørsmålet "Hva er viktig for deg".
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 1](#) - om at tjenestene skal tilrettelegge for mestring.
- ["Utvikling av en ny brukerrolle i helse- og omsorgstjenesten - en beskrivelse av suksessfaktorer"](#), Notat om kvalitetsutvikling nr 5, FHI 2016.
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#), Helsedirektoratet 2017.
- [E-læringskurs om Samvalg](#) - Læringsportalen Helse Sør-Øst.
- [Beslutningsstøtte for Samvalg knyttet til spesifikke diagnoser](#), Helse Norge.
- [FNs konvensjon om barnets rettigheter](#) - artikkel 12.
- [Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene](#), Helsedirektoratet 2011.
- [Helsepersonelloven § 10 a](#) - om helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a](#) - om barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten.

Definisjon av Samvalg

«Ved samvalg samarbeider pasient og helsepersonell om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, i den grad og på de måter pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere alternativene, ut fra beste tilgjengelige kunnskap om effekt, fordeler og ulemper, og til å utforske egne verdier og preferanser. Målet er å bli enige om å velge det alternativet som er i tråd med pasientens personlige preferanser». ([Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 – 2019](#))

Filmer om brukermidvirkning

- [Om ungdom og brukermidvirkning](#) - Ungdomsrådet ved Akershus universitetssykehus HF
- [Om brukermidvirkning/brukerrepresentasjon i utvikling av lærings- og mestringstilbud](#) - Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring - NKLMH

3.2 Ledere må legge til rette for myndiggjorte fagpersoner

En fagpersons opplevelse av trygghet i fagrollen er viktig for en god dialog med brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Det kan være særlig utfordrende å yte tjenester til personer med omfattende behov for bistand. Å oppleve støtte og anerkjennelse fra leder, og å kunne fremstå som en myndiggjort fagperson, er en viktig forutsetning for å kunne fremme myndiggjorte pasienter og brukere.

Noen kjennetegn ved myndiggjorte medarbeidere er at de

- vet hva ledere forventer av dem - mandat og ansvar er avklart og tydelig formidlet
- er trygge på egen kompetanse og kan henvise til andre ved behov
- opplever avklarte forventninger i forhold til kolleger
- er trygge på at de kan melde fra til leder og dele utfordringer de møter og at det er system og praksis for å melde om feil og mangler i tjenesten
- får tilstrekkelig informasjon til å gjøre en god jobb
- opplever innflytelse og kontroll over egen arbeidssituasjon
- opplever trivsel på arbeidsplassen

Det må gis rom til utvikling av fagrollen og tilgang til veiledning, både generelt og i vanskelige situasjoner. Det må sikres rutiner for dette slik at det ikke baseres på tilfeldigheter. (intern lenke til kapitlet om kompetanse)

Det bør være kultur for ærlighet og åpenhet om behov for kompetanse knyttet til de oppgavene den enkelte skal løse. Ledere bør legge vekt på å skape lærende organisasjoner som kontinuerlig fremmer deling og utvikling av kompetanse.

3.3 Ledere må legge til rette for myndiggjorte team

Det tverrfaglige teamet må gis nødvendig mandat til å ivareta helheten

Ledere må være tydelige på hva som er teamets mandat. Tjenesteyterne i teamet må oppleve anerkjennelse i arbeidet med å sikre helhetlige og koordinerte tjenester samt fremme brukernes mestring, integritet og selvbestemmelse også i situasjoner hvor dette kan utfordre eksisterende rammer i tjenestene. Det må være anerkjent som god praksis å melde fra om dette. Det kan eksempelvis være situasjoner hvor en pasient eller bruker trenger tilbud som mangler eller som er vanskelig tilgjengelig, eller tilfeller hvor det er lang ventetid på tjenester.

Team kan ofte være sammensatt av personell fra ulike virksomheter. Ledere må anerkjenne at dette kan være krevende, og sikre nødvendig og tydelig lederstøtte. Ledere bør vise interesse for teamets arbeid som helhet, og gi rammer for "team-building" og fremme utvikling av tverrfaglig samarbeid som arbeidsmetode.

Det er viktig at teamet opplever at de har ledere som "går sammen med dem" i arbeidet med å utvikle gode og koordinerte tjenester. Å følge opp pasienter og brukere gjennom team innebærer å bli tett involvert i de utfordringene som vedkommende møter. Faglig engasjement for pasienter og brukeres situasjon bør bekreftes positivt.

Koordinator må gis nødvendig myndighet som teamleder og bør kunne ta beslutninger knyttet til arbeidsprosessen

Koordinatorer må gis nødvendig myndighet til å ta beslutninger knyttet til den løpende koordineringen rundt den enkelte bruker. Det må være tydelig hvilke saker som skal løftes til beslutninger i lederlinjen.

Se mer [om koordinatorrollen i veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#).

Koordinators rolle som teamleder kan være utfordrende fordi det enkelte teammedlem i tillegg forholder seg til hver sine linje-/fagledere. Det bør være avklart at koordinators rolle og myndighet som teamleder hovedsakelig dreier seg om arbeidsprosessen i teamet. Koordinator bør eksempelvis kunne innkalle til møter i teamet uten avklaring på ledernivå. (intern lenke til koordinatorrollen)

Det er viktig med tydelig rolleavklaring og at det ikke legges urealistiske forventninger til koordinator. Alle teammedlemmene har et selvstendig ansvar for å fremme et godt tverrfaglig samarbeid til pasient og brukers beste. Mandat til å innvilge tjenester bør som hovedregel ikke tillegges koordinator eller øvrige i teamet. Koordinator må sikre at behov meldes videre for nødvendig tverrfaglig vurdering. Det er naturlig at det tverrfaglige teamet bidrar med dokumentasjon i vurdering/revurdering av vedtak sammen med de som har myndighet til å innvilge tjenester, som eksempelvis forvaltningskontor.

[Koordinerende enhet](#), har en sentral rolle i å understøtte koordinator sitt arbeid gjennom sitt overordnede ansvar for individuell plan og koordinator. Å sikre nødvendig oppfølging, opplæring og veiledning av koordinatore er sentralt i dette.

4 Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester

4.1 De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene er sentrale sjekkpunkter i forbedringsarbeidet

Kvalitetsdefinisjonen som legges til grunn for kvalitetsforbedring i hele helse- og omsorgstjenesten ble introdusert gjennom den nasjonale kvalitetsstrategien "[Og bedre skal det bli](#)" i 2005, og har seks dimensjoner. Om disse punktene etterlevs i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov, har man sannsynligvis også sikret grunnlaget for gode tjenester til alle.

For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

De samme dimensjonene legges også til grunn i det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet.

Praktisk

Kildehenvisninger

- "[God kvalitet - trygge tjenester](#)". Meld.St. 10 (2012-2013) - om kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
- "[Rammeverk for kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten](#)", Helsedirektoratet 2010 - omfatter både

kommunene og spesialisthelsetjenesten.

4.2 Kommuner og helseforetak skal ha et system for kontinuerlig forbedringsarbeid

Virksomhetene skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring

Kommuner og helseforetak skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jfr [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 3-4 a](#). Bestemmelsen er utdypet i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) og i egen [veileder til denne forskriften](#). Systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere på alle nivåer i tjenestene. Systematikk i kompetanseplanlegging er beskrevet i eget kapittel. ([intern lenke](#))

Det bør anvendes systematisk forbedringsmetodikk i arbeidet med kvalitetsutvikling

I regi av Pasientsikkerhetsprogrammet presenteres [«forbedringsmodellen»](#) - en nasjonal modell for systematisk forbedringsarbeid. På programmets nettside formidles kunnskap, tips og anbefalte verktøy.

Sentralt i arbeidet med å forbedre kvaliteten i tjenesten er å måle nå-situasjonen. Vi har i Norge flere forskjellige innfallsvinkler til kunnskap om kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene. Den mest overordnede oversikten finnes i regjeringens [årlige stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet](#). Her finnes internasjonale sammenligninger, samt oppsummeringer av årsrapporter fra bl.a. [Helsetilsynet](#), [meldeordningen for uønskede hendelser](#), [Norsk pasientskadeerstatning](#), [pasient- og brukerombudene](#) og det nasjonale [kvalitetsindikatorsystemet](#).

Det må sikres nødvendig rapportering slik at ledere kan følge med på utøvende tjenester

Det følger av kravene til styringssystem at ledelsen kontinuerlig må følge med på virksomheten og gjøre nødvendige endringer. I dette ligger også å sikre at pasienter og brukere får nødvendige tjenester i samsvar med den enkeltes behov. I styringssystemet må det innarbeides rapporteringsrutiner som sikrer at overordnet ledelse regelmessig får informasjon fra de utøvende tjenestene på en måte som gjør dem i stand til å følge med på kvaliteten på brukernivå.

Innhold i slik rapportering bør i størst mulig grad kunne hentes ut fra ordinær dokumentasjon av klinisk virksomhet. Å sikre god og effektiv dokumentasjon i den løpende tjenesteytingen er derfor svært viktig.

Eksempler på sentrale temaer å følge med på er

- om pasienter, brukere og pårørende sine erfaringer med tjenestene - opplevd kvalitet
- om pasienter/brukere med omfattende behov for tjenester er sikret en tverrfaglig utredning med utgangspunkt i personens ønsker og mål
- om pasient/bruker har fått oppnevnt koordinator
- om det er etablert et tverrfaglig oppfølgingsteam
- om pasient/bruker har individuell plan
- om pasienter, brukere og eventuelt pårørende har fått tilstrekkelig informasjon og opplæring
- om ivaretagelse av mindreårige barn til foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade
- om bruk av tolk ved behov
- ...

Det bør tilstrebes å få frem kunnskap om kvalitet gjennom både struktur-, prosess og resultatindikatorer

I systematisk forbedringsarbeid bør en følge indikatorer på flere områder. For pasienter og brukere med omfattende behov og hvor kvaliteten ofte avhenger av mange ulike faktorer, er det viktig å få frem kunnskap både om arbeidsprosessene og sluttresultatet. Indikatorer skal gi informasjon om kvaliteten på tjenestene, og kan inndeles i struktur-, prosess- og resultatindikatorer:

- Strukturindikatorer sier noe om for eksempel antall leger eller sykepleiere.
- Prosessindikatorer sier noe om man er på rett vei i prosesser som leder frem til resultatene. For eksempel hvorvidt man har gjennomført en prosess i tråd med en sjekklister.
- Resultatindikatorer sier noe om sluttresultatet.

Helsedirektoratet utvikler og publiserer nasjonale kvalitetsindikatorer for helse- og omsorgstjenesten. Indikatorerne utvikles i samarbeid med helsefaglig ekspertise fra tjenestene.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Pasientsikkerhetsprogrammet](#) - forbedringsmodellen
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#) - om krav til kvalitetssystem.
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 2](#) - utdypende om krav til system for kvalitetsarbeidet.
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3](#) - om ansvaret for styringssystem.
- [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring helse- og omsorgstjenesten](#), Helsedirektoratet - utdypende om bestemmelsene i forskriften.

Om kvalitetsindikatorer

Ofte kan det være meningsfullt å følge indikatorer på flere områder samtidig for å sjekke at tiltakene på ett område ikke går ut over andre deler av tjenesten. Det som måles får oppmerksomhet og blir viktig. Det må derfor vektlegges å måle det som er viktig, og ikke nødvendigvis det som er enklest å måle. Når prosessen man måler er stabil, kan man ofte gå over til kun å følge med på resultatindikatorer, og dersom disse endrer seg, bør man igjen måle prosessen for å finne ut hva som har endret seg.

I tillegg til kvantitative målinger må det innhentes kunnskap om brukernes opplevelse av tjenestene, jfr [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 g](#). Kvantitative målinger kan gjerne suppleres med kvalitative undersøkelser som eksempelvis fokusgruppeintervju, pasientfortellinger, eller filmatisering av pasienter og brukeres "reise" gjennom systemet. Slike brukerfortellinger har vist seg å være nyttige for å bedre tjenestene.

- [Om kvalitetsindikatorer](#), Helsenorge
- [Nasjonale kvalitetsindikatorer](#), Helsedirektoratet - oversikt over kvalitetsindikatorer
- [Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten](#) - nasjonalt rammeverk for primær- og spesialisthelsetjenesten.

Kjennetegn ved lærende organisasjoner

"I en avhandling ved London School of Economics, har Phil Rosengarten gjort en sammenstilling av forskningen innen dette området, og kommet frem til følgende ti karakteristika ved lærende organisasjoner:

1. *Team-arbeid og team-læring*

2. Systemisk tenkning og mentale modeller
3. Fri flyt av informasjon vertikalt og horisontalt
4. Opplæring og trening av hele arbeidsstokken
5. Belønningssystem for læring
6. Kontinuerlig forbedring
7. Fleksibilitet i virksomhetens strategi og blant ansatte
8. Desentraliserte hierarki og deltakende ledelse
9. Lærende laboratorier og kontinuerlig eksperimentering
10. Støttende, lærende bedriftskultur

En lærende organisasjon kjennetegnes av at den er i stand til å lære av erfaringer uten å bli fanget av dem, og kan overføre dette til markedet. Det strebes etter å gjøre læring til en sentral aktivitet i organisasjonen, isteden for at det er en tilfeldig hendelse som går tapt. Det overordnede målet er å skape en lærende organisasjonskultur med gode læringsystemer som gjør såvel at organisasjonsmedlemmene lærer av sine feil og suksesser, og som bruker denne lærdommen til å komme opp med nye ideer, løse problemer og effektivisere eksisterende forretningsprosesser." (e-studie.no)

4.3 Pasienter, brukeres og pårørendes erfaringer skal vektlegges i kvalitetsarbeidet

Erfaringer fra de som bruker tjenestene og pårørende er en sentral kilde til informasjon i kvalitetsforbedringsarbeidet. Det må sikres et system for involvering og medvirkning både på individ- og systemnivå. Det er viktig å inkludere alle brukergrupper, herunder barn og unge. Personer med nedsatt evne til å formidle egne erfaringer, trenger bistand fra pårørende eller øvrige nærpå personer til å sette ord på sine opplevelser i møte med tjenestene.

Det bør legges vekt på at slike undersøkelser knyttes tett opp til tjenesteytingen og at de gjennomføres systematisk og regelmessig. Det kan være nødvendig å benytte ulike metoder for å få innspill fra hele bredden av målgrupper. Eksempler er spørreskjema, dialogmøter, fokusgrupper, individuelle samtaler osv. Innspill fra etablerte pasient- og brukerråd, ungdomsråd, pårørendegrupper og tilsvarende er også viktig.

"Brukeropplevd kvalitet inkluderer brukernes vurdering av prosesser og strukturer knyttet til ikke-medisinske faktorer (pasientrapporterte erfaringer), effekt av behandling (pasientrapporterte resultater) og pasientsikkerhet". ([Kunnskapssenteret for helsetjenesten, FHI](http://kunnskapssenteret.for.helsetjenesten.fhi.no))

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) - om å anvende pasienter, brukeres og pårørendes erfaringer.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 10](#) - om pasienter og brukeres innflytelse i utforming av tjenester.
- [Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#), Helsedirektoratet - om medvirkning både på individ og systemnivå.
- [Veileder om pårørende](#), Helsedirektoratet - om pårørendes medvirkning.
- [Kunnskapssenteret for helsetjenesten](#); Folkehelseinstituttet - Verktøy og veiledning i å utvikle brukererfaringsundersøkelser.

4.4 Det må benyttes tilgjengelige styringsdata fra ulike datakilder til kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling

Kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid fordrer ferske data. De viktigste kildene til slike data er tjenestenes egne fagsystemer. Dette må kombineres og sammenstilles med tilgjengelige data fra andre kilder som nasjonal statistikk og rapporter fra undersøkelser.

I analysearbeidet anbefales bruk av analysefaglig kompetanse, jfr. anbefaling i kapitlet om kompetanseplanlegging. ([intern lenke](#))

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 6 b](#) - om innhenting av informasjon og kunnskap.

IPLOS i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)

[Kommunalt pasient- og brukerregister](#) skal inneholde data fra alle tjenester som er regulert i [lov om kommunale helse- og omsorgstjenester](#).

[IPLOS-opplysningene](#) er en del av KPR og består av standardiserte data som er av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov. Registeret gir landsdekkende statistikk.

Statistikk fra IPLOS-opplysningene danner grunnlag for blant annet å følge med på tjenestene gjennom bruk av sumrapporter. Rapportene viser hvem brukerne er (alder, diagnoser etc.), hvilke tjenester kommunen tilbyr og hvilke behov brukeren har. Rapportene kan brukes til å sammenlikne tjenestene innad i kommunen og på tvers av kommunegrensene. Det er utviklet 14 sumrapporter, som til en viss grad er implementert i kommunenes elektroniske pasientjournal (EPJ). Kommunen kan ta ut rapporter etter eget ønske og behov. God kvalitet på sumrapportene forutsetter god kvalitet på de dataene som registreres.

Statistikken kan benyttes til å:

- vurdere kvalitet på tjenestene
- vurdere ressursbruk og sikre likeverdige og virkningsfulle tjenester
- prioritere/planlegge for den videre utvikling
- følge med på hvordan ulike brukergrupper og tjenestene endrer seg ved gjennomføring av ulike handlingsplaner og reformer
- sammenligne med nasjonal statistikk og andre kommuner

Hvordan kommunene kan benytte IPLOS-opplysningene, utfordringene med sumrapportene og alternative måter å bruke opplysningene på er beskrevet i rapporten "[Økt nytteverdi av IPLOS-opplysningene](#)".

SAMDATA kommune

Styringsdata fra [SAMDATA kommune](#) har som mål å gi mer kunnskap om kommunal variasjon i helse- og omsorgstjenester og understøtte kommunenes eget forbedringsarbeid. SAMDATA kommune beskriver utvikling og variasjon i kommunale helse- og omsorgstjenester.

SAMDATA kommune inneholder tall for bruk av fastleger og andre kommunale helse- og omsorgstjenester i alle landets kommuner. Her finnes også tall på kostnader til helse- og omsorgstjenester, årsverkstall og data på omfanget av utskrivningsklare pasienter. De mest sentrale datakildene for SAMDATA kommune er IPLOS-registeret, KOSTRA og KUHR-databasen.

SAMDATA spesialisthelsetjenesten

[SAMDATA spesialisthelsetjenesten](#) er årlig rapport om utviklingen i ressursinnsats til

spesialisthelsetjenesten, bruk av tjenestene og utnytting av ressursene for både somatisk behandling, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dataene er hovedsaklig hentet fra Norsk pasientregister (NPR).

BrukerPLAN

BrukerPlan er et verktøy for å kartlegge omfanget og karakteren av rus- og psykiske helseproblemer blant brukerne av kommunens helse-, omsorgs- og velferdstjenester. BrukerPlan kartlegger tjenestemottakerens funksjon på flere områder, som bruk av rusmidler, fysisk og psykisk helse og sosiale forhold som bolig, arbeid, nettverk og aktivitet. Verktøyet kan brukes til kartlegging, kvalitetssikring, utvikling og planlegging av tjenester.

At kommunene benytter BrukerPlan er også nyttig for at spesialisthelsetjenesten kan dimensjonere sine tjenester riktig i samarbeid med kommunen (["Sammen om mestring"](#), Helsedirektoratet, 2014, IS-2076).

Ungdata

Ungdata er et kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser. Undersøkelsen innebærer at skoleelever på ungdomstrinnet og i videregående opplæring svarer på spørsmål om ulike sider ved livet sitt. Undersøkelsene foregår i skoletiden og gjennomføres elektronisk.

Ungdata dekker helheten i ungdoms liv og omfatter et bredt spekter av temaområder (foreldre og venner, skole, lokalmiljø, fritidsaktiviteter, helse og trivsel, rusmiddelbruk, risikoatferd og vold)

Velferdsforskningsinstituttet NOVA ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har ansvar for gjennomføringen av ungdataundersøkelsene i samarbeid med landets sju regionale kompetansesentre innen rusfeltet: [KoRus Vest Bergen](#), [KoRus Vest Stavanger](#), [KoRus Midt-Norge](#), [KoRus Øst](#), [KoRus Sør](#), [KoRus Nord](#), [KoRus Oslo](#).

Folkehelseprofiler FHI

Kommunens ansvar for å ha oversikt over og følge med på helsetilstanden i befolkningen er styrket gjennom [folkehelseloven](#). Oversikten skal gi grunnlag for det brede sektorovergripende folkehelsearbeidet og kan være en sentral kilde i arbeidet med kommunal planlegging.

I forarbeidene til folkehelseloven sies det at

«Oversikten kan også inngå som et av flere grunnlag for styring og prioritering av helse- og omsorgstjenestens arbeid, herunder planlegging og evaluering. Videre vil en løpende oppdatert oversikt være grunnlag for revidering av kommunens mål, strategier, handlingsprogram mv.» (Prop. 90L (2010-2011) Lov om folkehelsearbeid, side 108)

For å understøtte arbeidet har Folkehelseinstituttet utarbeidet [Kommunehelse statistikkbank](#). Her kan kommunene hente ut data om innbyggernes helsetilstand. Statistikken utgjør grunnlaget for folkehelseprofilene i kommuner og fylker.

Statistikken omfatter befolkning og levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom.

Ressursportalen

[Ressursportalen](#) har som formål å bidra til at kommunene og fylkeskommunene tar i bruk faktabasert kunnskap på tvers av mange fagfelt. Her er det samlet statistikk, analyser, analysemetoder, forskning og annen relevant informasjon på ett sted. Den primære målgruppen er personer som direkte eller indirekte arbeider med kommunal og regional planlegging og styring.

Ressursportalen er utviklet av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Nord-Trøndelag fylkeskommune og KS Nord-

Trøndelag.

4.5 Læringsnettverk bør benyttes som metode for tjenesteutvikling

Læringsnettverk er et verktøy for forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten. Hensikten er å bedre kvaliteten på tjenestene gjennom å dele kompetanse på tvers av ulike områder. Kjernen i læringsnettverk er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling og organisasjon. Det erfarer som viktig at både spesialisthelsetjenesten og kommunene deltar. [Kunnskapssenteret for helsetjenesten](#), FHI, legger til grunn følgende krav til et læringsnettverk og skiller det dermed fra andre typer felles kompetanse- og kvalitetsutvikling:

1. Deltakerne i et læringsnettverk har et felles område de vil forbedre.
2. Samlingene, opplevelsen av fellesskap og utviklingen av en «vi- følelse» legger grunnlag for å dele ideer, stille spørsmål, inspirere og lære av hverandre.
3. Deltakerne utvikler en faglig plattform - en kunnskapsdatabase, gjennom foredrag om relevante tema, felles opplevelser, verktøy, og tilnærminger til utfordringer på eget fagfelt. Det kreves at nettverket fungerer over en lengre tidsperiode.

Forskning viser til noen suksesskriterier som må ivaretas hvis læringsnettverk skal bidra til kvalitetsforbedring. Det er

- leder- og medarbeiderforankring
- organisasjonskultur som fremmer forbedringsarbeid
- tilgang til nøyaktige og komplette data om egne tjenester

Se også kapitlet om strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team ([intern lenke](#)).

Praktisk

Eksempler på læringsnettverk

- Erfaringer fra læringsnettverk i regi av KS i samarbeid med Kunnskapssenteret i FHI støtter opp om disse suksesskriteriene. [«Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke»](#) strekker seg over 18 måneder og omhandler forbedring av pasientforløp for multisyke eldre som har lange og komplekse forløp. Satsingen bygger på [«Helhetlige pasientforløp i Hjemmet»](#) (HPH) i Trondheim og Orkdalsregionen. KS og Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har på oppdrag for HOD gjennomført to læringsnettverk fra 2013-2015 og har påbegynt to av åtte nye regionale læringsnettverk for 2016 -2019. Det er også [læringsnettverk om barn og unge](#) samt [læringsnettverk om psykisk helse og rus](#).

Målene for satsingen er å utvikle helhetlige pasientforløp i kommunene, styrke brukerens opplevelse av mestring og involvering i eget pasientforløp, ta i bruk metoder og verktøy for gode pasientforløp, styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere og redusere «unødvendige» sykehussinleggelses.

Det er indikasjoner på at læringsnettverk har bidratt til en retningsendring i tjenestene ved at kommunene i større grad gir tjenester ut fra en helsefremmende tilnærming med fokus på det som er viktigst for pasienten. En forsterker for denne retningsendringen er oppmerksomheten på spørsmålet «Hva er viktig for deg». Her benyttes [kartleggingsverktøyet PSFS](#) (patient specific functioning scale) som et «Hva-er-viktig-for-deg-skjema». Her finner man hva som er viktig for brukeren, skårer funksjonsevne i forhold til dette, for så å skåre igjen fire uker senere. Etter hvert som også helseforetakene har blitt med i læringsnettverk, har en erfart at det er svært viktig at nettverkene er felles for helseforetak og kommuner.

- [Oppsummering av forskning om effekt av læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring](#), Kunnskapssenteret for helsetjenesten, FHI.
- [Håndbok i læringsnettverk](#) - Kunnskapssenteret for helsetjenesten, FHI.

- I regi av [Senter for kvalitet i legekontor](#) (SKIL) arbeides det systematisk for kvalitetsforbedring i legekontor.

4.6 Verktøy for helseinnovasjon bør benyttes i arbeidet med fag- og tjenesteutvikling

[Verktøy for helseinnovasjon](#) gir helse- og omsorgssektoren et helhetlig prosessverktøy i fag- og tjenesteutviklingsarbeidet. Verktøyet gir felles språk, metode og prosessbeskrivelser for utviklingsarbeidet på tvers av fag, nivåer og sektorer. Verktøyet dekker hele prosessen fra før arbeidet starter, gjennom utviklingsfasen og frem til løsningene er implementert og gevinster realisert.

I alt utviklings- og innovasjonsarbeid er det viktig at det etableres en innovasjonskultur i organisasjonen. Dette er et lederansvar. Å gi rom for og anerkjennelse av medarbeideres initiativ og idéer er viktig. Verktøy for helseinnovasjon har både tips til hvordan [ledere kan etablere en endrings- og innovasjonskultur](#) og [veiledning for de som har en idé](#).

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Verktøy for helseinnovasjon](#), InnoMed - felles språk, metode og prosessbeskrivelse.

5 Kompetansebehov og kompetanseplanlegging

5.1 Strategisk kompetanseplanlegging bør benyttes for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene

Kompetanseplaner bør inngå i det kommunale planverket

Kommunene plikter å planlegge sin virksomhet og skal ha et styringssystem for dette. Politisk vedtatte kompetanseplaner bør inngå i det kommunale planverket. Planene bør inneholde fremskrivninger av fremtidig behov for kompetanse. For pasienter og brukere med store og sammensatte behov er det særlig viktig å sikre tilstrekkelig faglig bredde. Det bør også beskrives hvordan kompetansen skal utnyttes.

Kompetanseplanene må omfatte hele bredden av kompetanse som kommunen trenger for å ivareta sitt sørge-for-ansvar for helse- og omsorgstjenester. Det innebærer også personell som yter tjenester etter avtale med kommunen, som eksempelvis fastleger og fysioterapeuter. Samarbeidsflater mellom helse- og omsorgstjenestene og andre sektorer bør beskrives. Det samme gjelder grensesnittet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Et sentralt tema er å sikre at det ikke oppstår brudd i forløp på grunn av mangel på kompetanse i sårbare overganger. Kompetanseplanlegging i et forløpsperspektiv vil også gi bedre målrettet ressursbruk. Det bør sikres bred involvering i arbeidet med kompetanseplanene internt i kommunen. Den gjensidige dialogen om dette mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten hører naturlig hjemme i arbeidet med de lovpålagte samarbeidsavtalene.

Kommunene bør ta i bruk verktøy for strategisk kompetanseplanlegging

Strategisk kompetanseplanlegging er et viktig virkemiddel for å sikre nødvendig kompetanse og tilstrekkelig personellressurser. Fylkesmennene og KS bistår kommunene med opplæring i kompetanseplanlegging. KS sitt [verktøy for strategisk kompetanseplanlegging](#) anbefales.

Datagrunnlag for analyse og fremskrivning av behov bør sikres gjennom systematiske kartlegginger

Systematiske kartlegginger av pasient- og brukergrunnlaget, arbeidsoppgaver i tjenesten og personellet sine kvalifikasjoner bør legges til grunn for vurderinger av personell- og kompetansebehov både på kort og lang sikt. Formålet er å kunne planlegge volum og utforming av tjenestene. Endrede arbeidsformer og økt bruk av velferdsteknologi er også sentrale faktorer i vurderingen av fremtidig behov. Andre forhold i lokal- og storsamfunnet kan også påvirke fremskriving av behovet for personell.

Framskrivninger av behovet for helse- og sosialfaglig personell i kommunene krever et godt datagrunnlag. Datagrunnlaget finnes i ulike kilder. Framskrivninger bør beskrive

- nåværende personellsituasjon - hvilke type oppgaver og stillinger personell har i kommunen i dag og hvilken formal- og realkompetanse de ansatte har
- behovsutviklingen i befolkningen
- endringer som følge av fagutvikling og nye metoder

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Kommuneloven § 23](#) - om rådmannens ansvar. Rådmannen skal sørge for at kommunen drives i samsvar med lover, forskrifter og overordnede instruksjoner, og at den er gjenstand for betryggende kontroll. I dette ligger plikten til å legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten og dens personell blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#) - om kommunens sørge-for-ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1](#) og [Helsepersonelloven § 16](#) - om forsvarlighetskravet og kommunens ansvar for å legge til rette for at personell kan overholde sine lovpålagte plikter.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#) - om kravet til systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.
- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3](#) og [§ 6](#) - om plikten til å planlegge virksomheten for å sikre faglig forsvarlighet.
- [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) - utdypende om ansvaret for styringssystem. .
- ["Strategisk kompetanseutvikling i kommunene 2010"](#), KS FoU - om effekten av strategisk kompetanseplanlegging.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1](#) og [§ 6-2](#) og [spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e](#) - om plikten til å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, og krav til innholdet i avtalene.
- [Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak](#), Helse- og omsorgsdepartementet 2011.

Datakilder

Kommunene kan hente data fra ulike datakilder som gir framskrivninger, både på nasjonalt og lokalt nivå.

- [SSB sine folketallsframskrivninger](#) på kommunenivå. Folketallsframskrivninger kan benyttes til å forberede helse- og omsorgstjenesten på endringer i etterspørsel av tjenester som resultat av alderssammensetning blant innbyggerne.
- [SAMDATA kommune](#) er en nettbasert løsning som viser data om helse- og omsorgstjenester i kommunene.

- [SAMDATA spesialisthelsetjenesten](#) er en nettbasert løsning som viser data om spesialisthelsetjenester.
- [Kommunehelse statistikkbank \(FHI\)](#) er en sentral kilde for data om innbyggernes helsetilstand. Denne statistikken utgjør grunnlaget for folkehelseprofilene i kommuner og fylker.
- [Ressursportalen](#) er et samarbeid mellom flere aktører etter initiativ fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag. I Ressursportalen kan kommunene finne data om egen kommune og andre kommuner som det er naturlig å sammenligne seg med.
- [Helsemod fra SSB](#) er en framskrivningsmodell som bestilles av Helsedirektoratet med jevne mellomrom. Denne omhandler tilbud og etterspørsel etter ulike typer helse- og sosialpersonell fram mot 2035.
- [PAI-registeret](#) - personaladministrativt informasjonssystem, er et register som driftes av KS og som bygger på opplysninger innhentet fra kommunesektoren. Registeret inneholder oversikt over alle arbeidstakere i kommunal sektor, lønn, arbeidstid, stillingskode og fravær. Bruksområde er blant annet beregninger ved lønnsoppgjør, analyse av lønns- og stillingsstruktur, sykefravær og rekrutteringsbehov.

5.2 Kommunene bør ha tilgang til analysekompetanse

Å skaffe til veie tilstrekkelig data, sammenstille ulike datakilder og analysere utviklingstrekk og påvirkningsfaktorer for behovet for kompetanse er krevende. Analysefaglig kompetanse er nødvendig for å sikre et godt grunnlag for viktige beslutninger om behovet for kompetanse i kommunens planarbeid.

5.3 Kommunen bør legge til rette for bruk av kompetanse på tvers av tjenesteområder og sektorer

Oppfølging av personer med omfattende behov for tjenester krever bred tilnærming på tvers av enheter innad i helse- og omsorgstjenesten og mellom ulike sektorer. Økt grad av tverrfaglig samarbeid gjennom team bestående av fagpersonell som pasient og bruker trenger, vil gi mer faglig interaksjon på tvers av fagområder og sektorer i kommunen og vil i seg selv bidra til viktig kompetanseutvikling.

Ledere bør legge til rette for og understøtte bruk av kompetanse på tvers av tjenesteområder og sektorer. Om nødvendig bør det iverksettes tiltak for å sikre at ikke organisatoriske løsninger, eller manglende praksis og "kultur" for samhandling, blir hindre for at brukere får tilgang til riktig kompetanse. For kommunen som helhet kan dette også være god ressursforvaltning.

Dette må om nødvendig tilrettelegges gjennom formaliserte avtaler og rutiner, og bør beskrives i kompetanseplanen. Felles kompetansetiltak og veiledning på tvers av enheter, felles rutiner for tverrfaglig samarbeid og møteplasser for å utvikle felles "kultur" er viktige tiltak for å bygge ned "siloe". Koordinatoropplæring med deltakelse på tvers av fag, nivåer og sektorer er ett eksempel på slike tiltak.

5.4 Det må legges til rette for utvikling og utveksling av kompetanse mellom helseforetak og kommuner

Felles kompetanseutvikling gjennom tverrfaglig samarbeid i team

Utvikling og utveksling av kompetanse bør være et sentralt tema i dialogen mellom kommunene og

spesialisthelsetjenesten. Felles kompetansetiltak bidrar til felles kultur og forståelse, og styrker grunnlaget for et godt tverrfaglig samarbeid på tvers av nivåene.

Ved økt bruk av tverrfaglige team i kommunene bør det legges til rette for at personell fra helseforetak kan inngå i slike team. Dette vil gjelde i deler av et forløp hvor pasienten har samtidig behov for tjenester fra begge nivåer.

Kompetanseutvikling i et forløpsperspektiv bør kontinuerlig være på dagsorden i samarbeidsmøter mellom helseforetak og kommuner. - Hva skal være felles og overlappende kompetanse og hva skal være komplementær kompetanse? Tiltak og strukturer for dette skal beskrives i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#), og det bør også beskrives i kommunens planverk. Det finnes flere gode eksempler på fagnettverk og modeller for kompetansedeling mellom helseforetak og kommuner.

Gjensidig veiledningsplikt mellom nivåene

Spesialisthelsetjenesten har veiledningsplikt overfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene, jfr [spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#). Kommunene bør i større grad etterspørre slik veiledning og kompetanseoverføring. Veiledningen kan skje i tilknytning til ambulante tjenester eller gjennom kurs og opplæringstiltak.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene har (fra 01.01.2018) tilsvarende veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11](#). Kunnskapsoverføring og veiledning fra kommunene vil i noen tilfeller kunne være avgjørende for at pasienter kan få nødvendige og tilrettelagte spesialisthelsetjenester. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten etterspør slik veiledning.

Veiledningssituasjoner bør planlegges godt. Det er særlig viktig å sikre at riktig personell er tilstede slik at kompetansen som overføres forvaltes godt. Veiledningen bør ha som mål å bidra til varig økt kompetanse i tjenesten og ikke bare avhjelpe behov i avgrensede situasjoner.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2](#) - om at de lovpålagte samarbeidsavtalene skal inneholde retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling og for faglige nettverk og hospitering.

Eksempler på nettverk og strukturer for kompetansedeling mellom helseforetak og kommuner

- [Kompetansebroen](#) - en struktur for kompetansedeling mellom kommunene, bydeler, Akershus universitetssykehus og utdanningsinstitusjoner.
- [Praksiskonsulentordningen](#) - Legeforeningens veileder for praksiskonsulentordningen i Norge (PKO). Praksiskonsulentordningen innebærer at allmennleger arbeider deltid ved sykehus som konsulent eller ansatt for å fremme samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehus.
- [Helsekompetanse](#) - en e-læringsplattform som er en del av Kvalitets- og Utviklingssenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN).
- [Regionale nettverk for habilitering og rehabilitering i Helse Vest RHF](#) - fag- og forskningsnettverk på ulike områder innen somatikk og psykisk helse.
- [Fagråd, fagnettverk og kronikersatsingen i Helse Nord](#) - fagråd på både faglige og administrative områder.

5.5 Kommunene må ha personell med minimum høyskoleutdanning innen helsefaglig, sosialfaglig og spesialpedagogisk kompetanse

Tjenestene må dekke både medisinske, sosiale og psykososiale behov, herunder kognitiv, sansemessig, miljøterapeutisk og fysisk tilnærming. Behov for bistand knyttet til egenomsorg, opplæring, boevne, å bruke transportmidler, å komme i arbeid, sosial interaksjon og deltakelse i aktiviteter og i samfunns- og arbeidsliv hører inn under dette.

En god tilnærming for å utlede hvilken kompetanse kommunene bør ha for å sikre tilstrekkelig faglig bredde, er det bio-psyko-sosiale [klassifiseringssystemet ICF](#) som er utarbeidet av WHO, og som også Norge har forpliktet seg på. Modellen synliggjør de ulike faktorenes avhengighet til hverandre og hvordan disse må samspille for at innsatsene samlet skal gi effekt for den enkelte. Behovet for tverrfaglig samarbeid blir også tydelig med dette som utgangspunkt.

Sentrale profesjoner er ergoterapeuter, fysioterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, leger, logopeder, psykologer, sosionomer, sykepleiere, tannhelsepersonell, vernepleiere. På sanseområdet vil det i tillegg være nødvendig med tilgang til audio- og synspedagoger. Tilgang til barnevernsfaglig og familieterapeutisk kompetanse er også viktig for disse brukergruppene.

Det må sikres kunnskap om observasjon og identifisering av behov, behandling, forebyggende tiltak, håndtering av utfordrende adferd, habilitering og rehabilitering, herunder trening, stimulering, opplæring, tilrettelegging og mestring knyttet til

- ADL – generell daglig fungering
- Kommunikasjon
- Mobilitet
- Egenomsorg
- Ernæring
- Kognitiv fungering
- Sosial fungering
- Psykisk helse
- Forebygging
- Endring av livsstil
- Læring og mestring
- Utdanning og arbeidsliv
- Hjelpemidler og bolig
- Universell utforming
- Sosioøkonomiske forhold
- Rus og avhengighet

5.6 Kommunene bør på noen områder ha personell med klinisk etter- og videreutdanning

Styrking av klinisk kompetanse rettet mot noen temaer og målgrupper

I noen grad bør kommunene ha helse- og sosialfaglig personell med klinisk etter- og videreutdanning utover grunnutdanning på høyskole- og universitetsnivå. For helsefagarbeidere kan det være aktuelt med videreutdanning på fagskolenivå.

Behovet for, og bruken av personell med mer spesialisert kompetanse, bør beskrives i kompetanseplanen. I tillegg til klinisk utøvelse bør det legges til rette for at personell med etter- og videreutdanning benyttes målrettet i internopplæring og veiledning.

Styrking av den kliniske kompetansen kan innrettes mot spesifikke brukergrupper, som eksempelvis barn, unge, eldre, rusavhengige og psykisk syke. Kompetanse i oppfølging av en eller flere personer i familier er også sentralt. Den kan også innrettes mot områder som eksempelvis geriatri, ernæring,

palliativ behandling, rehabilitering, habilitering.

Kompetanse innen velferdsteknologi

Utviklingen av nye verktøy og metoder innen velferdsteknologi går raskt. Kommunene bør sikre at de til enhver tid har kompetanse som er på høyde med den teknologiske utviklingen. Det kan også være nødvendig med pedagogisk kompetanse for å sikre god opplæring av personell i tjenestene.

5.7 Personell i tjenestene bør ha felles forståelse og kunnskap om noen sentrale temaer

Dette er temaer hvor det bør sikres felles forståelse og kunnskap på tvers av fag, nivåer og sektorer. Deler av kompetanseutviklingen på disse områdene kan med fordel gjennomføres felles for personell i helse- og omsorgstjenestene i kommunene, spesialisthelsetjenesten og samarbeidende sektorer.

Rettigheter og tjenester - "systemkunnskap"

Det må sikres at tjenesteytende personell har nødvendig "systemkunnskap". Med dette menes kunnskap om

- pasienter og brukeres rettigheter
- tjenestenes og personellens lovpålagte ansvar – helse- og omsorgstjenestene i kommunen og i spesialisthelsetjenesten
- saksbehandling og dokumentasjon
- «tjenesteapparatet» – nødvendig oversikt over helse- og velferdstjenestenes ansvarsområder (helse og omsorg, barnevern, NAV, utdanning osv.)
- frivillige aktører og samarbeidende organisasjoner
- avtaler og rutiner

Observasjon og identifisering av behov

Det er et lederansvar å legge til rette for at personell oppøver og videreutvikler sin evne til observasjon. Det må sikres systematikk i hvordan dette følges opp. Observasjonskompetanse innebærer å kunne gjenkjenne symptomer og fange opp signaler på forhold som bør føre til handling fra tjenestenes/personellens side. Det innebærer også oppmerksomhet på å oppdage det man ikke umiddelbart leter etter.

Observasjon og evne til å analysere og vurdere det man ser, er et sentralt element i forsvarlig helse- og sosialfaglig tjenesteyting. Temaet ligger i profesjons- og fagskoleutdanninger på grunnleggende nivå. Det bør i tillegg kontinuerlig være et tema i internopplæring hvor personell deler erfaringer og reflekterer sammen om egen praksis. Eksempler på problemstillinger for slik refleksjon er:

- *"Hva var det som gjorde at vi observerte at noe var i utvikling hos pasient x, og at vi kom så raskt i gang med oppfølgingen?"* eller
- *"Hvorfor oppdaget vi ikke at pasient x sin situasjon endret seg? - Mange hadde registrert noe - men, ingen gjorde noe. Hvorfor?"*

Tverrfaglig samarbeid i team gir en unik mulighet til å utvikle det «kliniske blikket» i fellesskapet mellom fagpersonell med ulik kompetanse. Observasjonskompetanse inkluderer også evne til å oppdage det som ikke ligger til egen kompetanse å kunne følge opp. Å forstå mekanismer og tidlige tegn på noe som kan utvikle seg eller forverre fysisk og/eller psykisk sykdom og/eller kognitiv, sosial, fysisk, sansemessig og psykososial funksjonsnedsettelse er viktig. Kunnskap om rus og avhengighet er også sentralt.

Brukermedvirkning og forståelse av tilnærmingen "Hva er viktig for deg?"

Det bør sikres opplæring og veiledning som gir mulighet til kontinuerlig individuell trening og refleksjon om egen rolle knyttet til brukermedvirkning. Temaet stiller store krav til holdninger og ferdigheter i tillegg til nødvendig kunnskap. Viktige områder er

- evne til å lytte til/få frem brukerens stemme - "Hva er viktig for deg?"
- etikk og kommunikasjon
- dialog og samhandling med pårørende
- innretning av tjenester slik at de understøtter brukerens mål
- medvirkning tilpasset den enkeltes evne til å gi og motta informasjon, herunder kulturell kontekst

Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Optimal medvirkning krever at personellet er bevisst egen rolle og forstår komplementariteten i dialogen. Evne til å identifisere hva som skal til for at samspillet mellom tjenesteytere og pasient, bruker og eventuelt pårørende skal oppleves likeverdig og trygt er viktig. For personer med annen språkbakgrunn kan personellet trenge tolk. Ved nedsatt kognitiv funksjonsevne og eventuelt andre utfordringer knyttet til kommunikasjon, trengs andre former for tilrettelegging.

Spørsmålet «Hva er viktig for deg» representerer et sentralt perspektivskifte i tjenesteytingen. Det er et åpent spørsmål som også kan resultere i uventede svar. For noen kan spørsmålet være døråpner inn i krevende terapeutiske prosesser, og synliggjøre behov for kompetanse og tilnærming langt ut over personellens egen fagkompetanse. Å håndtere slike samtaler kan kreve høy grad av profesjonalitet og kommunikasjonsfaglig tilnærming. Dette bør derfor prioriteres som et viktig område for kompetanseutvikling og veiledning. Kompetanse i metoden "[Motiverende intervju](#)" kan være relevant her.

Kultur, verdier og etikk

Dette er også temaer som kontinuerlig bør være på dagsorden i internopplæring, refleksjonsgrupper og veiledning. Eksempler på temaer er:

- Grunnleggende felles verdier og etisk refleksjon om praksis
- Kultursensitiv tilnærming
- Kunnskap om menneskers grunnleggende behov som ernæring, fysisk aktivitet, hygiene, psykisk helse, sosialt fellesskap....
- Hvordan unngå «hjelpellen» - fremme selvstendighet og deltakelse, motvirke avhengighet

Koordinatorrollen

Alt helse- og sosialfaglig personell plikter å delta i arbeid med individuell plan. Det kan også innebære å ha rollen som koordinator. Felles kunnskap og forståelse om denne rollen er avgjørende for god samhandling. Koordinatorende enhet for habilitering og rehabilitering har overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av [koordinatorer](#). Det anbefales at enhetene i kommunene inkluderer personell fra andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten i opplæring og veiledning i koordinatorrollen. Dette bør nedfelles i rutinene for individuell plan og koordinator.

[Viktige temaer i koordinatoropplæringen er](#)

- Om individuell plan og koordinator – rettigheter og plikter ifølge lovverket
- Brukermedvirkning – herunder pårørendeperspektivet
- Tverrfaglig samarbeid og ledelse av teamarbeid
- Samhandling og kommunikasjon – veiledningsmetodikk
- Møteledelse

- Om offentlig forvaltning og tjenesteyting
- Rutiner og verktøy
- Spesifikke temaer relatert til målgrupper (tjenesteområder, livsløp osv)

Koordinerende enhet skal også sikre veiledning og bør etablere et forutsigbart system for dette. Det bør både være tilgang på individuell veiledning i enkeltsaker samt veiledningsgrupper hvor koordinatorene kan utveksle erfaringer og utvikle kompetanse sammen.

Tverrfaglig samarbeid

"Den mest intensive formen for samarbeid er når representanter fra ulike profesjoner og organisasjoner jobber kontinuerlig sammen mot felles mål i tverrfaglige team". (Axelsson & Axelsson 2009)

Kompetanse i tverrfaglig samarbeid bør oppøves i den settingen hvor den skal utøves. Teamledelse bør også utvikles i denne konteksten. Det vil si at teamene må trene på samarbeid, og "bygge" teamet sammen i en likeverdig dialog. Utgangspunktet for tverrfaglig samarbeid er felles kunnskap og forståelse av hva det innebærer. I tillegg må samarbeidet utvikles kontinuerlig gjennom prosesser innad i teamene med avklaring av forventninger, roller, normer, verdier og mål. (lenke)

Prosess- og endringsledelse

Å yte tjenester til personer med behov for samtidige tjenester fra mange ulike aktører krever kompetanse og ferdigheter i å lede prosesser i en kompleks kontekst. Dette handler både om å strukturere og lede prosesser i tjenestene, og det handler om det terapeutiske arbeidet med å bistå pasienter og brukere i sine endringsprosesser. Å kunne involvere og samarbeide med pårørende er også viktig. Dette krever god innsikt og bevissthet om egen rolle. Sentral kompetanse og ferdigheter er

- prosessledelse - målrettet og strukturert arbeid
- håndtere kompleksitet
- samhandlingskompetanse - på individ- og systemnivå
- koordinering - hvordan får tjenester til å virke sammen mot pasient og brukers mål
- forbedringsledelse/endringsledelse

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#) - Helsedirektoratet
- [Pasient- og brukerrettighetsloven](#) - om pasienter og brukers rett til medvirkning og informasjon.
- [Veiledning til pasient- og brukerrettighetsloven](#) - veiledere med mer som utdypet bestemmelser i loven.
- [Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel om koordinerende enhet](#) - om koordinerende enhet sitt ansvar for opplæring, oppnevning og veiledning av koordinatorene.
- [Veileder om kommunikasjon via tolk](#) - Helsedirektoratet
- [Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel om individuell plan og koordinator](#) - om koordinators rolle.
- Axelsson, S. & Axelsson, R (2009): "Multidisciplinera team och ledarskap - från revirtänkande till altruism", i Berlin, J., E. Carlström & H. Sandberg (2009): "Team i vård, behandling och omsorg. Studentlitteratur, Lund.

5.8 Kompetansesentre og kompetansetjenester

Det finnes et vidt spekter av kompetansemiljøer som kan være sentrale ressurser i arbeidet med å utvikle gode tilbud til personer med store og sammensatte behov. Nasjonale kompetansetjenester i spesialisthelsetjenesten er beskrevet i veilederen [Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten](#). Dette dokumentet inneholder også en liste over de ulike sentrene/tjenestene og hvilket ansvar de har.

Det finnes i overkant av 20 kunnskaps- og kompetansesentre for helse-, omsorgs- og velferdstjenesten. Sentrene skal være ressurser for både tjenestene og den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Se oversikt under "Praktisk info" nedenfor.

Felles for disse kompetansemiljøene, både i og utenfor spesialisthelsetjenesten, er at de har som formål å fremme kompetanse og fagutvikling på tvers av fag, nivåer og sektorer.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten](#), kapittel 4 - om nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

Regionale og nasjonale sentre utenfor spesialisthelsetjenesten

Antibiotikasenter for primærmedisin (ASP)
Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI)
Nasjonalt kompetansesenter for kommunalt psykisk helsearbeid (NAPHA)
Nasjonalt kompetansemiljø på området psykisk utviklingshemning (NAKU)
PRO-senteret
Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Sør-øst)

Regionale kunnskapssentre for barn og unge

RKBU – Nord Norge
RKBU – Midt Norge
RKBU – Vest Norge

Regionale ressursentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS)

RVTS – Nord
RVTS – Midt
RVTS – Vest
RVTS – Øst
RVTS – Sør

Kompetansesentre rus

KORUS – Nord
KORUS – Midt
KORUS – Vest – Stavanger
KORUS – Vest – Bergen
KORUS – Sør
KORUS – Øst
KORUS – Oslo

6 Hvordan observere, oppdage og identifisere behov for tjenester

6.1 Kommunens ledelse skal sikre et system for å identifisere risiko og behov for tjenester

Kommunen må ha et system for å oppdage og identifisere risiko og behov/mulige behov for tjenester

En sentral forutsetning for å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som trenger det jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1](#) og [§ 3-2](#), er at kommunen har et system for å avdekke behov/mulige behov og sikre nødvendig utredning. Et slikt system bør omfatte

- tilnærming på befolkningsnivå - slik at personer som er i ferd med å utvikle sykdom og tap av funksjon, men som enda ikke er i kontakt med helse- og omsorgstjenesten, blir fanget opp.
- tilnærming på tjenestenivå - slik at personell i tjenestene identifiserer risiko og observerer endringer i behov for brukere og pasienter som mottar helse og omsorgstjenester.

Det må legges vekt på å oppdage behov så tidlig som mulig. For personer som allerede mottar tjenester er samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten viktig. Det samme gjelder internt mellom tjenester i kommunene. Her er særlig samarbeidet mellom fastlegene og øvrige helse- og omsorgstjenester, herunder tannhelsetjenesten, et sentralt forbedringsområde. Andre sektorer yter også tjenester i betydelig omfang til mange i denne målgruppen, og er viktige samarbeidspartnere i å bidra til tidlig identifisering av behov.

Kommunen bør også vurdere om det er behov for oppsøkende ordninger for noen grupper. Det kan gjelde personer med antatt økt risiko for å utvikle sykdom eller nedsatt funksjonsevne men som i mindre grad oppsøker tjenestene på eget initiativ.

Det bør være lav terskel for å at pasienter, brukere, pårørende og andre kan melde om behov/mulige behov

Tjenestene må gjøre seg tilgjengelige og sikre god informasjon om hvor befolkningen kan henvende seg ved behov/mulige behov for tjenester. Det bør sikres lav terskel for at både personer som eksempelvis er urolige for egen helse, pårørende, nærpasienter og øvrige aktører i tjenestene kan melde om behov, bekymringer eller få veiledning og svar på spørsmål.

Innholdselementer i kommunens system for å identifisere behov for tjenester

- kultur for å observere og melde videre hva personellet observerer
- nødvendige verktøy og metoder for oppfølging av behov og forebyggende risikokartlegging
- rutiner og sjekklister, som involverer både fastlegene, spesialisthelsetjenesten, øvrige helse- og omsorgstjenester og andre sektorer, og som sikrer at behov/mulig behov blir avdekket og om nødvendig meldt videre til riktig instans for videre avklaring
- rutiner for tverrfaglig utredning av behov og dokumentasjon
- tydelighet i hvor behov/mulige behov skal meldes - både for personell i helse- og omsorgstjenesten, for pårørende og for andre sektorer
- tydelighet om hvem som har myndighet til å innvilge tjenester
- beskrivelse av temaet i samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten
- beskrivelse av temaet i sektorovergrepene kommunale planer
- at temaet er på dagsorden i møter både på ledernivå og på tjeneste-/enhetsnivå herunder tverrsektorielle møteplasser

Observasjon må være en integrert del av tjenesteytingen

Kontinuerlig observasjon som integrert del av tjenesteytingen er avgjørende for å kunne oppdage behov/endringer i behov. Tjenesteyting består ofte av avtalte, rutinemessige og avgrensede oppdrag. At personell observerer forhold som kan ligge utenfor det konkrete oppdraget, er viktig for å sikre at pasient og bruker til enhver tid får helhetlig oppfølging. Hendelser eller indikasjoner på endringer i helsetilstand eller funksjonsnivå må om nødvendig meldes videre slik at behovet blir avklart. Det er viktig å sikre rutiner for dette. (intern lenke til kap om kompetanse)

Avklarte diagnoser eller tilstander, og benevelser av slike, kan bli "merkelapper" som står i veien for å oppdage et større og mer komplekst bilde. - Merkelappen "rusmisbruker" kan eksempelvis gjøre at en ikke ser tegn på somatisk sykdom. - "Hjertepasient" kan overskygge problemer knyttet til psykososial fungering. Å se mennesket bak diagnosen og funksjonstapet er viktig. En viktig øvelse for å øke bevisstheten om dette kan være å endre omtalen i dagligtale. Det er forskjell på å si at en person "er rusmisbruker" eller at han "har et rusproblem".

Det følger av forsvarlighetskravet i [helsepersonelloven § 4](#) at personell skal samarbeide med annet kvalifisert personell ved behov. Den enkelte fagutøver må være bevisst egen fagkompetanse, og vite når det er nødvendig å koble på andre herunder å melde behov videre slik at det kan sikres en tverrfaglig og helhetlig tilnærming.

Meldinger om behov eller mulige behov må skje innenfor rammen av taushetsplikten, jfr. [helsepersonelloven kapittel 5](#).

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Helsepersonelloven kapittel 5](#) - om helsepersonell sin taushetsplikt og opplysningsrett.

6.2 Det må fremgå tydelig hvor behov/mulige behov for tjenester skal meldes

Behov eller mulig behov for tjenester skal meldes dit kommunen bestemmer

Kommunen må sikre enhetlige rutiner og tydelig struktur for «veien inn til tjenestene» og tydelighet om hvem som har ansvar og myndighet til å innvilge tjenester. På noen områder er det nedfelt i lovverket hvem som er meldeinstans. Ledere må sikre at personell i tjenestene er kjent med rutiner og ansvar og at det ikke etableres «veier inn» på siden av de faste strukturene. Tydelighet på dette området er sentralt for forutsigbarhet og sammenheng i oppfølgingen. Rutiner for utveksling av meldinger med spesialisthelsetjenesten skal nedfelles i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#).

Meldinger kan også omfatte endringer i behov som tilsier at det er nødvendig med ny utredning.

Avklarte roller og felles rutiner for samarbeid mellom de mest sentrale meldeinstansene; fastlegene, forvaltningskontor/bestillerkontor og koordinerende enhet er svært viktig for å sikre smidighet i saksbehandling og oppfølging. Det bør etableres faste møteplasser for dialog mellom disse aktørene samt med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer.

Meldinger om behov eller mulige behov må skje innenfor rammen av taushetsplikten, jfr. [helsepersonelloven kapittel 5](#).

Å melde om behov/mulig behov betyr ikke at man har "bestilt" en tjeneste

Å melde om et behov/mulig behov er ikke ensbetydende med å ha "bestilt" en tjeneste. Personell må

respektere hvem som har myndighet til å innvilge tjenester. Når et behov er meldt må instansen sikre nødvendig utredning i samsvar med rutiner og ansvar for dette.

Personell og samarbeidende tjenester bør bistå med gode utredninger og dokumentasjon som følger med videre til de som har mandat til å tildele tjenester. Dette er viktig for god og effektiv saksgang. Tverrfaglige team i de utøvende tjenestene vil eksempelvis være viktige ressurser her. Samarbeid om utredninger og god dokumentasjon bør være på dagsorden i samarbeidet mellom nivåene og internt i kommunen.

På noen områder kan tjenester og tiltak rekvireres eller henvises til direkte

På definerte områder har noen aktører i tjenestene myndighet til å rekvirere tjenester. Det innebærer at deres vurdering er tilstrekkelig til å utløse tjenestene/tiltakene. Eksempler på dette er fastlegers henvisnings- og rekvisisjonsrett til eksempelvis spesialisthelsetjenester og til å skrive ut legemidler. Enkelte andre yrkesgrupper kan også på noen områder henviser og rekvirere. Men for store deler av kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder saksgangen; melding om behov/søknad - utredning av behov - vedtak/beslutning - iverksetting.

Sentrale meldeinstanser om behov for helse- og omsorgstjenester

Fastlegen

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasientene på sin liste, jfr. [fastlegeforskriften § 19](#). Henvendelser knyttet til medisinsk oppfølging må gå til fastlegen. Det er viktig at fastlegene inngår i det tverrfaglige samarbeidet/teamet rundt pasienter og brukere med behov for omfattende tjenester. (intern lenke)

Fastlegen har også et oppfølgingsansvar. Bestemmelsen i [fastlegeforskriften § 18](#) presiserer at fastlegens listeansvar også omfatter å tilby oppfølging av listeinnbyggere som ikke selv etterspør fastlegens tjenester. Tilbud om oppfølging skal skje i form av tilbud om konsultasjon eller hjemmebesøk. Ansvar forutsetter at fastlegen har kunnskap om behovet og kunnskap om at listeinnbyggeren ikke søker helsehjelp selv.

Forvaltningskontor/bestillerkontor

De fleste kommuner har lagt saksbehandling og delegert myndighet for tildeling av et stort omfang av helse- og omsorgstjenester til forvaltningskontor/bestillerkontor. Enheten har ansvaret for å sikre at sakene er så godt utredet som mulig før de fatter vedtak. Selv om myndigheten oftest er avgrenset til helse- og omsorgstjenester, er det viktig at enheten ser tjenester i sammenheng med tiltak fra andre sektorer, frivillige og spesialisthelsetjenesten.

Koordinerende enhet

Ifølge [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-3](#) skal kommunene ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Enheten har et særlig ansvar for å sikre helhetlige og koordinerte tjenester til pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. De er lovpålagt meldeinstans for behov for individuell plan og koordinator og for mulig behov for habilitering og rehabilitering. De har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Enhetene må sikres nødvendig myndighet til å utøve denne rollen.

Ifølge [spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 b](#), skal også helseforetakene ha en koordinerende enhet. De har også overordnet ansvar for individuell plan og koordinator. I og med at hovedansvaret for individuell plan er lagt til kommunene for pasienter som har tjenester fra begge nivå, er det naturlig at oppgavene til enhetene i helseforetakene blir noe annerledes. Enhetene er viktige samarbeidspartnere

for hverandre i eksempelvis utvikling av gode rutiner og for kompetansetiltak på tvers av nivåene for å understøtte helhetlige forløp.

Begrunnelse

Praktisk

Utdypende om forvaltningskontor/bestillerkontor

Det er variasjon mellom kommuner knyttet til hvilke saker som håndteres i forvaltningskontoret/bestillerkontoret. Det spenner fra ansvar avgrenset til sykehjem og hjemmetjenester og til behandling av saker etter lovverk for flere sektorer som eksempelvis helse og omsorg, sosial, og barnevern.

Koordinerende enhet er i mange kommuner samorganisert med forvaltningskontor/bestillerkontor. Dette gir god anledning til å fange opp pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, herunder sikre god praksis for å oppfylle bestemmelsene om individuell plan og koordinator.

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene § 6](#) - om at det i virksomhetens styringssystem skal fremgå klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.
- [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene](#), Helsedirektoratet - utdyping av forskriften.
- [Veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler, Helse- og omsorgsdepartementet, 2012](#) - utdyping av bestemmelsene om samarbeidsavtalene.

Utdypende om fastlegen

Fastlegen skal diagnostisere, utrede og behandle, og henvise til spesialisthelsetjenesten dersom behovet for kompetanse tilsier dette. Det bør etableres et tett samarbeid mellom fastlegen og de øvrige tjenestene i kommunen. Fastlegen er ofte den som møter pasientene i tidlig fase av et sykdomsforløp, og kan ofte ha kjent pasienten og dens familie gjennom lang tid.

Fastlegene bør delta i utarbeidelse av rutiner for samarbeid om pasienter med behov for tverrfaglig oppfølging. Rutinene må inkludere henvisninger og tverrfaglig samarbeid. Fastlegen må ha tilstrekkelig kjennskap om øvrige tjenester slik at vedkommende kan gi god informasjon til pasienter, og bør henvise til forvaltningskontor og koordinerende enheter for eventuelt mer detaljert informasjon.

- [Fastlegeforskriften § 10 og § 19](#) - om fastlegens ansvar for allmennlegetjenester og det medisinskfaglige koordineringsansvaret, med utdypinger i "[Fastlegeordningen](#)" - [veileder og kommentarutgave](#), Legeforeningen.
- [Fastlegeforskriften § 18](#) - om fastlegens oppfølgingsansvar for pasienter som ikke selv oppsøker tjenesten.

Utdypende om koordinerende enhet

Enheten har et lovpålagt overordnet ansvar for individuell plan og koordinator og området habilitering og rehabilitering. Det anbefales at enhetene bidrar til samhandling og koordinering med andre fagområder og er pådrivere for samhandling på tvers av fag nivåer og sektorer ([Prop.1S, Helse- og omsorgsdepartementet \(2016-2017, kap 8.2\)](#)).

Det er store variasjoner i organisering og bemanning av de koordinerende enhetene. Noen er sentralt plassert høyt oppe i organisasjonen, mens funksjonen i andre tilfeller er lagt til små stillinger på lavt nivå i kommunen. [Helsedirektoratet har i sin veileder for dette området gitt anbefalinger](#) om at enhetene bør

plasseres høyt oppe i organisasjonen, begrunnet i at de skal sikre koordinering på tvers av virksomhetsområder.

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7](#) - om koordinerende enhet som meldeinstans for mulig behov for habilitering og rehabilitering - med utdypinger i [Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#), Helsedirektoratet.

[Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6](#), jfr [§ 18](#) og [§ 23](#) - om koordinerende enhet som meldeinstans for individuell plan - med utdypinger i [Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#), Helsedirektoratet.

6.3 Meldinger om behov må skje i overensstemmelse med pasient og brukers ønske

Når personell i tjenestene viderefremidler informasjon om behov/mulig behov må dette skje i overensstemmelse med pasient og brukers ønske, og innenfor rammen av ordinære bestemmelser om taushetsplikt og samtykke. Det innebærer at personen må være kjent med at det sendes en melding, for eksempel fra fastlegen og til hjemmetjenesten om at vedkommende trenger bistand til håndtering av legemidler.

Når behov meldes av pårørende eller andre nærpersoener er det også viktig å sjekke ut at pasient og bruker er kjent med dette og samtykker. Det må avklares at de opptrer på vegne av den aktuelle personen i samsvar med bestemmelsene om medvirkning og samtykke i [pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Begrunnelse

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Pasient- og brukerrettighetsloven kap 3 og 4](#) - om retten til medvirkning og informasjon og krav til samtykke.
- [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#) - Rundskriv IS-8 2015, Helsedirektoratet
- [Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten](#) - IS-2587, Helsedirektoratet
- [Helsepersonelloven kapittel 5](#) med videre - om helsepersonell sin taushetsplikt.

6.4 Meldinger om behov skal betraktes som søknad og skal utredes og saksbehandles i tråd med regler for dette

Behov for tjenester kan meldes gjennom ulike former for henvendelser. Både skriftlige og muntlige henvendelser om behov er å anse som søknad, og skal journalføres og tas til videre utredning og behandling. Eksempler er

- skriftlige eller muntlige henvendelser fra pasienter og brukere eller pårørende
- melding fra fastlege eller andre tjenester i kommunen
- melding fra spesialisthelsetjenesten

Ordinære bestemmelser i pasient- og brukerrettighetsloven gjelder for samtykke og medvirkning.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Veileder for saksbehandling](#), Helsedirektoratet - veiledning om saksbehandling av tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8.

6.5 Behovet må som hovedregel avklares gjennom tverrfaglig utredning

Det må sikres nødvendig breddekompetanse i den tverrfaglige utredningen

Ifølge "[FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne](#)", artikkel 26, skal den enkeltes behov og ressurser avklares gjennom tverrfaglig utredning. Hva som er nødvendig faglig bredde avhenger av den enkeltes antatte behov. En slik tilnærming må gjelde uavhengig av alder og funksjonsnivå.

For personer med omfattende behov for bistand inngår tjenester ofte som et betydelig element i dagliglivet. Familie, pårørende og nettverk blir dermed også berørt. Det er derfor særlig viktig å lytte til hva vedkommende opplever som viktig i sitt liv og at bistanden tilrettelegges for å fremme mestring og selvstendighet, både for den som trenger tjenestene og for øvrige som blir berørt.

Bemanningen av forvaltningskontor/bestillerkontor bør gjenspeile økningen i brukergrupper med behov for sammensatte tjenester. Dette vil også inkludere behov for fagpersonell utenfor helseprofesjonene. Ved behov for kompetanse utover kontorets faste personell må det innhentes bistand fra andre enheter i kommunen og/eller i spesialisthelsetjenesten når dette er nødvendig for å sikre forsvarlig utredning av personens helhetlige behov. Det bør imidlertid sikres et minimum av faglig bredde i kontorets faste bemanning.

Ved utredning av behov er det viktig å ivareta følgende:

- Pasient og bruker og eventuelt pårørende skal sikres optimal innflytelse i utredning og utforming av tilbudet.
- Tverrfaglig utredning må være hovedregelen for personer med omfattende behov for tjenester.
- Personens fastlege har det medisinskfaglige koordineringsansvaret og må involveres i samsvar med dette.
- Personell bør kunne delta i tverrfaglige utredninger på tvers av enhets- og sektorgrenser i kommunen.
- Ved etablering av rutiner for bestillerkontor/forvaltningskontor bør det vektlegges hvordan det skal sikres helhetlige og gode utredninger for pasienter og brukere med store og sammensatte behov.
- For pasienter som meldes fra sykehus bør kommunen samhandle med sykehuset om den tverrfaglige utredningen for å unngå unødig dobbeltarbeid.

Sjekkpunkter for kartlegging og utredning av behov

Kommunen må sikre enhetlig praksis og rutiner for kartlegging, utredning og dokumentasjon av behov. At beslutninger tas på best mulig grunnlag følger av krav til sakbehandling i [forvaltningsloven § 17](#). Dette er viktig både for pasient og bruker men også for god ressursutnyttelse i kommunen. Disse punktene bør inngå i sjekklister for kartlegging og utredning, og bør også benyttes ved revurderinger av behov.

1. Kartlegging av personens ønsker og mål

1. Hva er viktig for deg?
2. Kartlegging av personens ressurser
 1. Personens egne ressurser og mestringsevne
 2. Ressurser i familien
 3. Ressurser knyttet til sosialt nettverk
 4. Ressurser knyttet til «livsarena» - fritid, arbeid og utdanning
 5. Økonomi
3. Kartlegging av utfordringsområder
 1. Medisinsk tilstand
 2. Fysisk funksjon
 3. Psykisk og psykososial funksjon
 4. Kognitiv funksjon
 5. Kommunikasjonsevne
 6. Ernæringsstatus
 7. Tannhelse
 8. Rusmiddelbruk
 9. Deltakelse i fritid, arbeid og utdanning
 10. Bosisuasjon
 11. Behandlingsbyrde ("Burden of disease")
4. Kartlegging/dialog omkring tiltak som kan understøtte den enkeltes og familiens mestringsevne.
 1. Helhetlig og ressursorientert utredning i et familie- og nettverksperspektiv.
 2. Informasjon, veiledning og opplæringstiltak.
 3. Hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger.

Utredning av behov og potensiale for rehabilitering før det innvilges kompensierende tjenester

I tråd med helse- og omsorgsdepartementets [Rundskriv I-5/2017](#) anbefales det at potensiale og behov for rehabilitering utredes før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

Utredning av behov for velferdsteknologiske løsninger

I utredning av behov bør det vurderes om personen kan ha nytte og effekt av velferdsteknologiske løsninger. Utredningen må omfatte en vurdering av teknologiens nytteverdi ut ifra den enkeltes behov og ønsker. Den enkeltes og pårørendes evne og mulighet til å ta i bruk teknologien, samt behov for opplæring og veiledning, må også vurderes og avklares.

Det må legges vekt på at bruk av velferdsteknologi må fremme selvstendighet og mestring. [Helsedirektoratet gir anbefalinger](#) om bruk av velferdsteknologi.

Begrunnelse

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Om å utrede potensialet for rehabilitering](#) - Rundskriv I-5/2017, Helse- og omsorgsdepartementet.

6.6 Det bør sikres rask avklaring for personer som står i fare for langtidsfravær fra arbeidslivet

Personer som står i fare for langtidsfravær fra arbeidslivet bør identifiseres så tidlig som mulig slik at det kan iverksettes arbeidsrettede tiltak. Fastlegen har en nøkkelrolle i dette og bør koble på nødvendig kompetanse for rask tverrfaglig utredning og avklaring. Samarbeidet med NAV er svært viktig for disse pasientene. Det bør sikres strukturert og målrettet oppfølging gjennom bruk av individuell plan og koordinator.

Muligheten for å hjelpe sykemeldte tilbake til mestring og arbeidsdeltakelse er størst tidlig i forløpet. Den reduseres drastisk etter to til tre måneder uten arbeidsdeltakelse og reduseres jevnt etter dette. Arbeidsrettede tiltak gir økt mulighet for mestring, retur til arbeidslivet og bidra til koordinerte og gode forløp.

Praktisk

IA-avtalen

Intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) bygger på en felles erkjennelse av at aktivitet gjennom arbeid fremmer helse og at tidlig iverksetting av aktive tiltak vil kunne forebygge frafall fra arbeidslivet.

Helse I Arbeid

HelseIArbeid er et konsept med helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen og rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og avklaring som grunnlag for mestring og arbeidsdeltakelse.

Det individrettede tilbudet er en støtte til primærhelsetjenesten og NAV med medisinsk spesialistutredning, funksjonsvurdering og en avklaring med tanke på å kunne være i, eller komme tilbake til arbeid til tross for sine plager. Avklaringen skaper grunnlag for å lage en plan for videre pasientforløp som preges av helhetlige og koordinerte og samtidige tiltak på formålstjenlig nivå for den enkelte.

- [HelseIArbeid, NAV og Helsedirektoratet 2016](#) - rapport om utvikling av et nasjonalt konsept basert på erfaringer fra iBedrift.

6.7 Det bør etableres et forpliktende samarbeid med tannhelsetjenesten

Tannhelsetjenester er sentralt for alle målgrupper uavhengig av alder og funksjonsnivå. De er også en svært sentral aktør i forbindelse med tidlig identifisering av behov. Det er viktig med et forpliktende og godt samarbeid mellom helse- og omsorgstjenestene og den offentlige tannhelsetjenesten.

I enkeltsaker hvor tannhelsetjenester inngår som et sentralt tiltak i oppfølgingen, bør tannhelsepersonell kunne inngå i tverrfaglige oppfølgingsteam. Samarbeidet bør om nødvendig formaliseres gjennom avtaler.

6.8 Helsetjenestene, barnevernet, NAV og utdanningssektoren bør etablere et forpliktende samarbeid for å fange opp barn og ungdom som står i fare for å falle ut av utdanningsløp

Symptomer på begynnende helseproblemer oppdages i mange tilfeller først av aktører utenfor helsetjenestene. Eksempler på dette er skole, barnehage, kulturarenaer og arbeidsplass. Det må sikres en tverrsektoriell tilnærming til dette temaet gjennom samhandling og enhetlig praksis på tvers av sektorgrenser.

Fastlegene, helsestasjonen, skolehelsetjenesten, tannhelsetjenesten, barnevernet, NAV og koordinerende enhet er særlig viktige aktører i å fange opp og sikre oppfølging av brukergrupper med behov for tjenester fra flere sektorer. Det er viktig å prioritere tidlig innsats for å forebygge at det utvikles et omfattende behov for bistand.

Helsedirektoratet anbefaler at [koordinerende enheter](#) utvikler tverrsektorielle rutiner for samarbeidet mellom sektorene for å fange opp barn og unge så tidlig som mulig. Rutinene bør omhandle både tiltak for å identifisere behov og for oppfølgingen. Det er viktig å inkludere videregående opplæring.

6.9 Tjenestene bør benytte tilgjengelige verktøy og metoder for forebyggende risikokartlegging og identifisering av behov

Å observere endringer i behov og identifisere tegn på at en person er i ferd med å utvikle behov for helse- og omsorgstjenester må være en integrert del av alt helse- og omsorgspersonell sitt arbeid. Dette bør også gjelde personell i andre sektorer. Det må sikres lederforankring og systematikk i dette arbeidet. Det bør utvikles rutiner og tas i bruk nødvendige verktøy for (intern lenke til observasjonskompetanse)

- å identifisere behov hos pasienter og brukere som allerede mottar tjenester men hvor behovet endres over tid.
- å fange opp personer som står i fare for å utvikle behov for tjenester.

Her er noen former for verktøy og metoder som benyttes i tjenestene:

Strukturert oppfølging gjennom individuell plan og koordinator

Den strukturerte og målrettede oppfølgingen som ligger i tverrfaglig teamarbeid med koordinator og bruk av individuell plan er en velegnet metode for fange opp endringer i behov. Individuell plan og koordinator er lovpålagt og skal tilbys personer med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Tavlemøter - risikotavler og forbedringstavler

Tavlemøter er en metode for å fange opp endring i behov ved oppfølging av personer som allerede mottar tjenester. En variant av denne metoden er utviklet i regi av [Pasientsikkerhetsprogrammet](#) og benyttes både i sykehus og kommuner.

Risikotavler er et anerkjent verktøy for å vurdere pasienters risiko. Regelmessige tavlemøter er viktige kontaktpunkter for det tverrfaglige teamet hvor det sikres at endringer fanges opp og at tiltak evalueres og eventuelt justeres. Det bevisstgjør fagpersonene i å observere, og sikrer at rutiner og tiltak følges av hele teamet.

Forebyggende risikokartlegging

Med forebyggende risikokartlegging menes systematiske tiltak for å oppdage de som har høy risiko for endring i helsetilstanden på relativt kort sikt og som kan medføre økt bruk av ressurser fra helsetjenesten. Forebyggende risikokartlegging kan gjøres på flere måter; manuelt som ved "case-finding" eller hjemmebesøk, med elektroniske hjelpemidler som analyserer data fra registre/journaler eller med kombinasjoner av disse.

Internasjonalt er det utviklet og implementert ulike varianter av elektroniske verktøy. De bruker et begrenset utvalg av data, slik som diagnoser, legemidler og forbruk av helsetjenester, for å beregne en risikoskår. Dette omtales som verktøy for [risikostratifisering](#) fordi man beregner risiko for en større gruppe og deler dem opp (stratifiserer) basert på risikoskår.

I starten ble slike verktøy for risikokartlegging særlig brukt på sykehus for å finne personer med økt risiko for re-innleggelse. Idag brukes dette også for å beregne andre typer utfall, slik som risiko for økt bruk av ressurser i helsetjenesten generelt.

Utviklingsarbeid om anskaffelse og utprøving av elektronisk verktøy for risikokartlegging

Helsedirektoratet har i 2017 igangsatt et arbeid for å utrede og anskaffe et elektronisk verktøy for forebyggende risikokartlegging. Verktøyet skal fange opp brukere som er i risiko for framtidige sykehusinnleggelse og/eller økt bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester. Dette skal prøves ut i en planlagt pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam med oppstart i 2018.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender"](#) - utdypende om risikotavler og forbedringsarbeid, e-læring, verktøy og manualer.
- ["Using Case Finding & Risk Stratification - A key service component for personalised care and support planning"](#), NHS England 2015.
- [Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#), IS-2651, Helsedirektoratet, utdyping av lov og forskrift og Helsedirektoratets anbefalinger om arbeidet med individuell plan og koordinator.

7 Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team

7.1 Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester

Tverrfaglig samarbeid bør anvendes i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov

Tverrfaglig samarbeid bør være grunnleggende metodikk i oppfølgingen av personer med store og sammensatte behov. Det bør sikres felles forståelse og kunnskap om denne arbeidsformen på tvers av fag, nivåer og sektorer. Felles regler og avklarte forventninger i samhandlingen er viktig for god ressursutnyttelse og strukturert oppfølging.

Kommunen bør ha rutiner for tverrfaglig samarbeid på tvers av fagområder og sektorer

Kommunen bør utarbeide rutiner for tverrfaglig samarbeid som gjelder på tvers av fagområder og sektorer. Det finnes mange gode eksempler på både rutiner og håndbøker for dette, særlig knyttet til barn og unge. Det anbefales at rutinene omfatter alle målgrupper, og at det sikres enhetlig tilnærming gjennom forløp bestående av ulike former for tjenester.

Rutiner for tverrfaglig samarbeid må også inkludere personell som yter tjenester etter driftsavtale med kommunen. I tillegg til fastlegene vil dette kunne gjelde fysioterapeuter, logopeder, synspedagoger osv.

Tverrfaglige team for oppfølging av brukere med sammensatte behov kan også involvere personell fra spesialisthelsetjenesten. Å sikre felles forståelse og kunnskap på tvers av nivåene er dermed også viktig. (lenke til kompetansekap)

Hva er tverrfaglig samarbeid?

Tverrfaglig samarbeid er en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutningspunkter mellom personell fra ulike faggrupper og sammen med pasient, bruker, og eventuelt pårørende, både i

- utredning av behov - for å sikre felles utgangspunkt, felles mål og felles forståelse av ressurser og behov
- planlegging av tiltak - for å se tjenestene i sammenheng
- gjennomføring av tiltak - for å sikre koordinering og nødvendige avklaringer underveis
- evaluering av tiltak og avklare nye mål - sikre kontinuitet og trygge overganger

Tverrfaglig samarbeid er en metodikk for strukturert samarbeid mellom personell med ulike fagbakgrunn. Flerfaglighet er dermed en forutsetning for tverrfaglig samarbeid. Den enkelte fagperson har ansvaret for sin tjenesteyting og må være trygg og kompetent i sitt fagrolle. Den faglige merverdien ligger i interaksjonen mellom de ulike faglige perspektivene.

Det legges også til grunn at det foreligger en avhengighet mellom de ulike aktørenes bidrag. Denne avhengigheten har sitt sentrale fundament i samarbeidet mot felles mål - pasientens og brukerens mål. Koordinering er dermed en sentralt element i tverrfaglig metodikk.

Tverrfaglig samarbeid innebærer ikke at alle til enhver tid skal være samtidig tilstede hos pasient og bruker. Men tjenestene må være samordnet og det må sikres konsensus og nødvendig informasjonsdeling slik at alle arbeider mot pasient og brukers mål. Eksempelvis bør fastlegen defineres som en del av det tverrfaglige teamet rundt en pasient og bruker selv om vedkommende ikke har så hyppig kontakt med pasient og bruker som øvrige teammedlemmer kan ha. Det samme gjelder andre faggrupper som yter tjenester i mindre omfang i tid og hyppighet, men hvor tiltakene er viktige for at pasient og bruker skal nå sine mål.

Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er

- At pasient og bruker sitt behov og mål alltid er grunnlaget for teamets arbeid.
- Lederforankring.
- Felles verdier og forståelse av begreper.
- At roller og forventninger er tydelig avklart internt i teamet - herunder rollen som teamleder.
- At fagpersonell er bevisste og tydelige på egen fagspesifikk kompetanse og kjenner grensene for eget fag opp mot andre profesjoner.
- At fagpersonene kjenner hverandres faglige styrke og «fremsnakker» hverandre.
- Avklart struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering.
- Tid til å utvikle den tverrfaglige felleskompetansen gjennom refleksjon, evaluering og metodeutvikling.

Tverrfaglig samarbeid fremmer utvikling av felles kompetanse og tilnærming på tvers av fagområder. Det gir også en god struktur for brukermedvirkning i hele prosessen, slik [pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1](#) legger til grunn. Det kan bidra til mer robuste tjenester ved å utnytte merverdien i kunnskapsdeling. Tverrfaglig samarbeid er en arbeidsform som både sikrer kunnskapsutvikling og tjenesteutvikling i tett dialog med pasient og bruker.

Definisjon av begrepene tverrfaglighet og flerfaglighet

«Begrunnelsen for tverrfaglighet er at kunnskapen er blitt så spesialisert at helhet og sammenheng blir vanskelig å håndtere. Tverrfaglighetsbegrepet kan forklares med bakgrunn i begrepene fag og flerfaglighet. Fag er begrunnelsen både for flerfaglighet og tverrfaglighet (Lauvås & Lauvås, 1994). I flerfaglige arbeidsprosesser jobber de ulike faggrupper ved siden av hverandre med sterkt atskilte fagområder. Hvert fag bidrar til å belyse problemet, men det etableres ingen direkte kontakt mellom de ulike innfallsvinkler og kunnskapsbaser som fagene representerer. Flerfaglighet er imidlertid betingelsen for tverrfaglighet. I tverrfaglig arbeid vil de ulike fagene som deltar danne syntese av kunnskapen de besitter og som de ønsker å gjøre felles (Keiser & Lund, 1993).

Det tverrfaglige arbeidet er derfor kvalitativt forskjellig fra flerfaglig arbeid, fordi det skjer en faglig interaksjon på det teoretiske og/eller praktiske plan ved innhenting av tilgjengelig viten fra litteratur, ressurspersoner og fagmiljøer. Dette krever tett kommunikasjon mellom de ulike personellgrupper. På denne måten bygges det opp en kollektiv forståelse og kompetanse på tvers av fag- og etatsgrenser. Den nye «viten» forsøkes integrert i en bedre og annen innsikt i problemet enn den avgrensede kunnskap som hvert fagmiljø besitter. Tverrfaglig arbeid kan foregå på flere nivåer både innen en organisasjon og mellom ulike organisasjoner, og arbeidet kan variere fra løst samarbeid til utstrakt formalisert samordning.»

[\(Ann Elise Rønbeck, 2007, «Tverrfaglig samarbeid i og utenfor ansvarsgrupper»\)](#)

7.2 Om tverrfaglig oppfølgingsteam og forholdet til bestemmelsene om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Hva er et oppfølgingsteam

Oppfølgingsteam er en generisk benevnelse på det tverrfaglige teamet som til enhver tid arbeider sammen med og yter tjenester til en pasient eller bruker. Struktur og arbeidsform for oppfølgingsteam er beskrevet i [Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet, Meld.St. 26 \(2014 - 2015\)](#) og [Prop.1S \(2016-2017\)](#), Helse- og omsorgsdepartementet, og defineres slik:

- Teamet består av de som yter tjenester til vedkommende og er dermed til enhver tid sammensatt ut fra personens behov.
- Det er oppnevnt en koordinator som leder teamarbeidet.
- Det sikres systematikk i oppfølgingen gjennom
 - tverrfaglig samarbeid og brukermedvirkning.
 - at det utformes en plan for oppfølgingen med mål, delmål, tiltak.
 - at mål og tiltak i planen evalueres.

Oppfølgingsteam i forhold til bestemmelsene om individuell plan og koordinator

Målgruppene for oppfølgingsteam er personer med "store og sammensatte behov" (intern lenke til kap 2). Det legges til grunn at dette er synonymt med «behov for langvarige og koordinerte tjenester» i bestemmelsene i lov og forskrift om [individuell plan og koordinator](#). Personer med store og sammensatte behov har ut fra dette rett til individuell plan og skal tilbys koordinator. Også kriteriene som er satt for oppfølgingsteam, jfr. punktet ovenfor, samsvarer med den strukturen og systematikken som ligger i verktøyet individuell plan.

Det legges dermed til grunn at arbeidsprosessene i oppfølgingsteam må oppfylle lovkrav til [prosess og innhold i individuell plan](#). Pasienter, brukeres og pårørendes [rett til medvirkning](#) i arbeidet med individuell plan gjelder. Og koordinator i oppfølgingsteam må oppfylle [ansvar og oppgaver](#) etter bestemmelsene i lov og forskrift om denne rollen.

Forholdet mellom oppfølgingsteam og andre former for team

Det finnes flere former for team i tjenestene i dag. Disse varierer fra fleksible til mer faste team. Eksempel på fleksible team er individuell «skreddersøm» med IP og koordinator. Her er det plangruppen, eller "ansvarsgruppen" som noen kaller det, som utgjør oppfølgingsteamet. Denne formen for team for strukturert oppfølging samsvarer med oppfølgingsteam, slik Helse- og omsorgsdepartementet beskriver dette. I andre ender finner vi faste team med hovedsakelig fast bemanning. Her er noen varianter av team som finnes i kommunene i dag:

- Plangruppe med IP og koordinator. Sammensetningen i teamet endres avhengig av hvilke tjenester som er inne. Oppfølgingen kan spenne over ulike livsfaser, og planprosessen består av delprosesser hvor innhold og tilnærming er tilpasset det aktuelle behovet.
- Team med en kjerne av fast personell fra ulike faggrupper, og som eventuelt suppleres med annen kompetanse ved behov. Eksempler kan være ambulante rehabiliteringsteam og habiliteringsteam.
- Team med fast personell fra ulike faggrupper og som har spesialkompetanse på spesifikke tilstander eller diagnoser. Eksempler er demensteam, rusteam, diabetesteam, ACT-team, FACT-team, innsatsteam osv. Det kan variere hvorvidt teamene ivaretar den helhetlige oppfølgingen av pasient og bruker, eller om de bistår med sin spesialkompetanse i deler av forløp, eksempelvis i form av opplæring og veiledning til øvrig personale.

Hvorvidt teamene fyller rollen til et oppfølgingsteam avhenger av om teamets sammensetning og arbeidsform samsvarer med definisjonen av oppfølgingsteam, slik den er gjengitt i avsnittene ovenfor. En kan eksempelvis tenke seg at et slikt fast team kan være brukerens oppfølgingsteam i deler av et forløp. Det innebærer at teamet da må arbeide i samsvar med de strukturelle kravene til oppfølgingsteam som beskrives i dette kapitlet.

Koordinerende enhet har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator, herunder bidra til samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator og for opplæring, oppnevning og veiledning av koordinatører. Enhetenes ansvar på dette området gjelder alle pasient- og brukergrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester, og er ikke avgrenset til habilitering og rehabilitering.

Med overordnet ansvar menes å sørge for at det utarbeides rutiner og prosedyrer for arbeidet med individuell plan, og motta meldinger om behov for individuell plan, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 6](#). Et slikt "sørge-for-ansvar" innebærer at det ikke nødvendigvis er denne enheten som oppnevner koordinator i det enkelte tilfelle. Men de skal sikre rutiner for hvor og hvordan dette skal skje.

Enhetene har i tillegg et særlig ansvar for feltet habilitering og rehabilitering, og er blant annet intern meldeinstans for mulig behov for habilitering og rehabilitering. Det anbefales at koordinerende enhet bidrar til samhandling og koordinering også med andre fagområder, og er pådriver for samhandling på tvers av fag, nivåer og sektorer. Dette utdypes i Helsedirektoratets [veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#). Her beskrives også samarbeidet mellom koordinerende enheter i kommuner og helseforetak.

På denne bakgrunn legges det til grunn at koordinerende enheter har en sentral rolle i arbeidet med å legge til rette for strukturert oppfølging av personer med store og sammensatte behov gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam.

Strukturelle krav til oppfølgingsteam utledet av bestemmelsene om individuell plan og koordinator

Utledet av [bestemmelsene om individuell plan og koordinator](#) gjelder følgende krav for oppfølgingsteamets arbeid med å sikre helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud:

- Sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse.
- Inkludere pårørende i arbeidet i den grad pasient og bruk ønsker og samtykker til dette.
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende.
- Styrke samhandlingen mellom tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer.
- Melde behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet i kommunen.
- Legge vekt på pasient og brukers ønske ved valg av koordinator.
- Sikre nødvendig samtykke fra pasient og bruker til oppstart av planarbeidet.
- Koordinator har overordnet ansvar for å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

Teamet utgjør «arbeidslaget» som utvikler løsninger sammen med pasient og bruker i en kontinuerlig prosess. [Dokumentasjonen i den individuelle planen](#) blir å nedtegne mål og tiltak og sikre tidfestede sjekkpunkter for å vurdere oppnåelse av mål og utvikle nye. Dette må skje i en dynamisk prosess hvor en kontinuerlig fanger opp eventuelle endrede behov som gjør at man må endre kurs.

Tverrfaglig samarbeid og oppfølgingsteam bør også anvendes som arbeidsform i helhetlige pasientforløp

Pasient- og brukergrupper, hvor det er naturlig å utvikle helhetlige standardiserte pasientforløp, vil i likhet med øvrige ha behov for tiltak fra flere aktører. Tverrfaglig metodikk innebærer struktur for samhandling og god utnyttelse av fagkompetanse og er derfor naturlig også her. Oppfølgingsteam som arbeidsform bør også inngå i forløp. (intern lenke til kap om tv.f.sam og pasientforløp)

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5](#) - om retten til individuell plan.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1](#), [§ 7-2](#) og [§ 7-3](#) - om helse- og omsorgstjenesten i kommunene sine forpliktelser knyttet til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator kapittel 5](#) - utdyping om pasienter og brukers rett til individuell plan, om koordinators ansvar og rolle, og om helse- og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten sine forpliktelser.
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7](#) - om koordinerende enhet som meldeinstans for mulig behov for habilitering og rehabilitering.
- [Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#), kapittel 13, IS-2651 Helsedirektoratet - utdyping av bestemmelsene og anbefalinger til tjenestene om arbeidet med individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.

7.3 Sammensetning og arbeidsform for oppfølgingsteamet må skje i tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende

Oppfølgingsteamets sammensetning og arbeidsform

Oppfølgingsteamet består av personens tjenesteytere, herunder fastlegen. Sammensetning og arbeidsform for teamet må avklares i tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende og det må sikres nødvendig samtykke i samsvar med bestemmelsene om medvirkning og informasjon i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#). (intern lenke til kapitlet om hva er et oppfølgingsteam).

Dersom en personer mottar tjenester fra et stort antall fagpersoner, kan det være hensiktsmessig å

differensiere graden av involvering ved å ha en mindre kjerne av faste teammedlemmer og at øvrige involveres ved behov. Dette kan eksempelvis gjelde mer spesialisert kompetanse som logoped, ernæringsfysiolog, psykolog. Omfanget av fastlegens involvering bør også avklares i det enkelte tilfellet. Teamet må uansett sikre at alle arbeider samordnet og koordinert mot personens mål. Den helhetlige tjenesteytingen sammenfattes i den individuelle planen hvor mål, tiltak, ansvar og tidspunkt for evalueringer og kontaktpunkter er nedfelt.

Det er i utgangspunktet ingen grenser for hvilke aktører som kan være involvert. Eksempler er hele spekteret av faggrupper i helse- og omsorgstjenesten, skole, sykehus, fastlege, NAV, barnevern, habiliteringstjenester, rehabiliteringstjenester, rustjenester, tannhelsetjenester, familierådgivning med mer.

Informasjonsutveksling og hva som skal nedfelles i pasient og brukers individuelle plan

Hvordan utveksling av informasjon skal foregå og hva som kan deles i teamet må avklares med pasient og bruker. Det kan være tilfeller hvor vedkommende ikke samtykker til at spesifikk informasjon deles. Deling av informasjon, både muntlig og det som skrives i den individuelle planen, må avgrenses til det som er nødvendig for å sikre koordinerte og forsvarlige tjenester.

Den individuelle planen er et felles arbeidsdokument for teamet og pasient og bruker. [Innholdet i planen](#) skal tilpasses pasient og brukers behov. Her skal det som teamet i samarbeid med pasient og bruker er blitt enige om beskrives. Eksempler på viktige punkter er mål, tiltak, ansvar, roller og evalueringspunkter.

Det enkelte personell skal i tillegg journalføre sin løpende tjenesteyting i pasientens journal i samsvar med gjeldende regler for dette, jfr. [helsepersonelloven kapittel 8](#). I planen kan det for eksempel stå at ergoterapeut innen en definert dato skal skaffe nødvendige hjelpemidler til badet. I løpende journal skriver ergoterapeuten mer utfyllende om sine faglige vurderinger og om kontakten med NAV hjelpemiddelsentral osv.

Det skal legges vekt på personens ønske ved oppnevning av koordinator

Koordinator oppnevnes blant tjenesteyterne i teamet. Pasient og brukers ønske skal vektlegges ved valg av koordinator, jfr. [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16](#). Koordinerende enhet har overordnet ansvar for oppnevning av koordinator og skal ha sikret rutiner for hvordan dette skal skje. Det er et lederansvar å avgjøre hvor mange en ansatt kan være koordinator for.

Et eksempel på oppnevning av koordinator kan være at en bruker ønsker å ha sykepleier i hjemmetjenesten som sin koordinator. Sykepleieren er med i oppfølgingsteamet. Dette ønsket avklares med leder i hjemmetjenesten som vurderer dette i forhold til sykepleierens totale arbeidssituasjon. Leder samtykker, og det går en melding til koordinerende enhet om at sykepleieren er oppnevnt som vedkommendes koordinator.

Avklaring av roller og forventninger

I oppstart av tverrfaglig samarbeid bør det avsettes god tid til avklaring av roller og forventninger internt i teamet og mellom teamet/fagpersonene og pasient og bruker. Tverrfaglig metodikk sikrer forutsigbare rammer for samarbeidet. Det er viktig å legge vekt på at arbeidsformen er tilpasset pasient og brukers ønsker og behov. Koordinator har et særlig ansvar i å sikre en god struktur for dette. Å skape forutsigbarhet er viktig både for pasient og bruker og for fagpersonene. Eventuell involvering av pårørende må også avklares. Kommunens overordnede rutiner for tverrfaglig samarbeid bør være utformet slik at det sikres individuell tilpasning. (intern lenke til kapitlet om tv.f.samarbeid)

Møtestruktur

Møter er effektive arenaer for å sikre samordning mot felles mål. Både av hensyn til pasient og bruker, og for best mulig utnyttelse av ressurser, anbefales møteprinsippet om "så få som mulig, og så mange som nødvendig". Det kan ofte være krevende å sikre god ressursbruk og måloppnåelse i store grupper.

Møter må planlegges godt, sammen med pasient, bruker og eventuelt pårørende, for å sikre forutsigbarhet og god ressursutnyttelse. Planlegging av milepæler, overganger og evalueringer med reformulering av mål er eksempler på temaer for tverrfaglige møter i teamet. Andre ganger kan det være mindre møter for mer avgrensede problemstillinger. Det bør fremgå av møteinnkallingen hvilke konkrete saker som skal avklares i løpet av et møte.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6](#) - om pasient og brukers rett til vern mot spredning av opplysninger.
- [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#), Helsedirektoratet - utdypende om bestemmelser i loven.
- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 19](#) - om krav til innhold i individuell plan.
- [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#) - om individuell plan og koordinator og om koordinerende enhet sitt overordnede ansvar.
- [Forskrift om pasientjournal](#) - om ansvar for pasientjournal og hva som skal nedtegnes.

7.4 Om koordinatorrollen i tverrfaglig oppfølgingsteam

Pasient og brukers koordinator

Koordinator skal [ifølge lovverket](#) sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker og sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Det er viktig å ha bevissthet om å være pasientens og brukerens koordinator, og ikke primært en ryddeaktør i "systemet". Det skal legges vekt på pasient og brukers ønske ved valg av koordinator.

Koordinator er pasient og brukers, og eventuelt pårørendes, nærmeste samarbeidspartner i å sikre kontinuitet og samhandling, og må følge med på at teamet arbeider koordinert og i samsvar med pasient og brukers mål.

Det at en av tjenesteytere har rollen som koordinator fratrukker ikke de øvrige fagpersonene deres selvstendige fagansvar for sine tjenester, og heller ikke deres medansvar i å sikre helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester. Hver enkelt må yte sine tjenester på en slik måte at de kan virke sammen på en god måte i brukerens og pasientens helhet. Det må nedtegnes i journal hvem som er koordinator.

Koordinator er teamleder og må sikres tydelig mandat og lederforankring

Det er naturlig at koordinator er teamleder for oppfølgingsteamet. God lederstøtte til koordinator og et tydelig og lederforankret mandat i rollen er avgjørende for å sikre nødvendig legitimitet i å lede arbeidsprosesser som i mange tilfeller inkluderer flere enheter og sektorer. Koordinator må eksempelvis kunne innkalle til møter og ta nødvendige kontakter når pasient og brukers behov tilsier

det, uten å måtte henvende seg tjenestevei. Samtidig er det viktig at ledere er lett tilgjengelige for koordinator ved behov for avklaringer, råd og veiledning.

Ledere på alle nivå bør fronte koordinatorrollen og være rollemodeller i å fokusere på hvor viktig koordinering og samhandling er for kvaliteten på pasient- og brukernivå.

Sentrale oppgaver for koordinator

[Lowerket](#) konkretiserer til en viss grad hvilke oppgaver koordinator skal ivareta. Rollen kan imidlertid ikke ses isolert fra den settingen hvor den skal fungere. Det dynamiske elementet i koordinatorrollen innebærer at rollen må tilpasses pasient og brukers evne til medvirkning, kommunikasjon, nettverk, livsfase, hvor i prosessen personen er osv. Dialog med pårørende og øvrige nærpå personer er også viktig. Rolleavklaring sammen med pasient og bruker er derfor helt avgjørende, både i starten av arbeidet og i den kontinuerlige oppfølgingen.

Eksempler på sentrale oppgaver for koordinator, jfr [Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#) :

- sikre informert samtykke fra pasient og bruker til oppstart av plan- og arbeidsprosess og informasjonsutveksling
- legge til rette for at pasient, bruker og eventuelt pårørende deltar i arbeidet
- være teamleder
- avklare ansvar og forventninger
- sikre god informasjon og dialog med pasient og bruker, og eventuelt pårørende, gjennom hele prosessen
- sikre helhetlig oppfølging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov, herunder at teamet observerer og følger opp endringer i pasient og brukers tilstand og initierer eventuelle konsultasjoner hos fastlege og øvrige tjenester
- sikre god samhandling mellom aktørene i helsetjenesten, herunder med fastlegen som har det medisinskfaglige koordineringsansvaret, samt med relevante tjenesteytere i andre sektorer
- sikre samordning av tjenestetilbudet og god fremdrift i arbeidet med individuell plan
- sikre felles forståelse av målene i planprosessen
- initiere, innkalle og eventuelt lede møter knyttet til individuell plan og koordinering
- følge opp, evaluere og oppdatere plandokumentet
- følge opp og evaluere arbeidsprosessen

Forholdet mellom den lovpålagte koordinatorrollen og forløpskoordinatorer

I forbindelse med utviklingen av pakkeforløp er det etablert en ordning med forløpskoordinatorer. De første pakkeforløpene som ble utviklet handlet hovedsaklig om forløpet innad i spesialisthelsetjenesten.

Flere av de pasientene som følges opp igjennom pakkeforløp vil også kunne ha behov for oppfølging ut over den medisinske utrednings- og akuttfasen. Det utvikles nå også pakkeforløp på tvers av helseforetak og kommuner, eksempelvis for pasienter med hjerneslag og for området psykisk helse og rus. Disse forløpene inkluderer også rehabilitering og oppfølging.

Disse pasientene vil dermed også oppfylle vilkårene for individuell plan og koordinator. I den perioden hvor personen følges opp gjennom pakkeforløpet vil det være naturlig at det er forløpskoordinatorer som ivaretar den lovpålagte koordinatorrollen. Ved behov for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam i kommunen er det viktig å sikre sammenheng i overgangen fra pakkeforløp.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21](#) - om koordinators lovpålagte oppgave.
- [Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#) - om koordinators oppgaver.
- [Veileder om kontaktlege i spesialisthelsetjenesten](#), kap 6.3.2, IS-2466 Helsedirektoratet og [Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#), kap 13.4, IS-2651 - om forholdet mellom den lovpålagte koordinatoren og forløpskoordinator.

7.5 Krav til det faglige innholdet i oppfølgingsteamets arbeid

Krav til faglig innhold i oppfølgingsteamets arbeid

Oppfølgingsteamet består av personell som yter tjenester til pasient og bruker. Krav til faglig innhold i oppfølgingsteamets arbeid følger av den lovgivningen som gir rammene for tjenesteytingen, herunder faglige krav og standarder, yrkesetiske retningslinjer for ulike profesjonsgrupper samt nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Virksomhetens ledelse skal legge til rette for at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter, jfr. [helsepersonelloven § 16](#). De skal blant annet sørge for at medarbeidere har nødvendig kunnskap om relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, jfr. [forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling § 7 b](#).

Se også kapitlet om å observere, oppdage og identifisere behov. (intern lenke)

Bruk av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere

Personer med store og sammensatte behov kan ha behov for samtidig behandling og oppfølging knyttet til flere ulike diagnoser og funksjonsutfordringer. Helsedirektoratet gir ut nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, jfr. [helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5](#). Mange av disse omfatter enkeltdiagnoser eller avgrensede problemstillinger. Det betyr at det for én person eksempelvis kan være mange faglige retningslinjer og veiledere som gjelder.

Den enkelte fagutøver og teamet må utøve faglig skjønn i vurderingen av hvilke anbefalinger som bør vektlegges i oppfølgingen i samarbeid med den enkelte pasient og bruker. Anbefalinger i eksempelvis diagnosespesifikke faglige retningslinjer kan stå i motstrid til hverandre og samlet også påføre den enkelte en betydelig behandlingsbyrde dersom personen har flere diagnoser.

Sørge for nødvendige konsultasjoner herunder legemiddelgjennomgang hos fastlegen

Pasientens fastlege bør inngå i det tverrfaglige oppfølgingsteamet. Men det er grunn til å anta at de øvrige i teamet har hyppigere kontakt med personen enn fastlegen. Teamet må følge med på og initiere at personen får nødvendig medisinsk faglig oppfølging hos sin fastlege. Et sentralt og sårbart område er legemiddelbehandling. Dette er fastlegens ansvar, jfr. [fastlegeforskriften § 25](#). Det er svært viktig med god dialog om dette. Det bør om nødvendig nedfelles sjekkpunkter for dette som også nedfelles i den individuelle planen.

Virksomhetens leder skal sørge for at legemiddelhåndtering utføres forsvarlig, jfr. [legemiddelforskriften § 4](#). Det skal sikres nødvendig kompetanse, opplæring, rutiner og kontrolltiltak.

Fastlegen må også kontaktes ved behov/mulig behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten. For personer med store og sammensatte behov kan det være ekstra viktig å følge med på behovet for spesialiserte tjenester. Det skjer kontinuerlige endringer gjennom utvikling av ny kunnskap og nye behandlingsformer. Det er viktig at personer, som ofte kan ha levd med diagnoser/tilstander gjennom

mange år, sikres tilgang til oppdaterte behandlingsformer.

Sørge for nødvendig revurdering av behov

Teamet må sørge for at personen får nødvendig revurdering ved endring av behov. Her er det viktig å sikre godt samarbeid med de som har ansvar for utredning av behov og til å fatte vedtak. Se kapitlet om utredning av behov. ([intern lenke](#))

Sikre kontinuitet i sårbare livsfaseoverganger

For personer med behov for tjenester over lang tid og noen ganger hele livet, må det vies ekstra oppmerksomhet på livsfaseoverganger. Ved flere slike overganger skjer det også samtidig endringer i hvem som har ansvar for tjenestene. Et eksempel på dette er barn, unge og voksne som følges opp av habiliteringstjenestene.

Overganger mellom pakkeforløp og tverrfaglige oppfølgingsteam

Det utvikles etter hvert pakkeforløp som også inkluderer rehabilitering og oppfølging i kommunene, eksempelvis for pasienter med hjerneslag og for området psykisk helse og rus. Dette aktualiserer behovet for å sikre gode overganger mellom pakkeforløp og videre strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam i kommunene. Det må utvikles rutiner for dette.

I kapitlet om koordinatorrollen beskrives forholdet mellom forløpskoordinator og den lovpålagte koordinatorrollen. ([intern lenke](#))

Begrunnelse

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten](#) - om krav til styringssystem, ledelse og kvalitetsutvikling.
- [Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenesten](#) - utdypende om bestemmelsene i forskriften.
- [Helsepersonelloven § 4](#) - om krav til helsepersonells yrkesutøvelse.
- [Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere](#), Helsedirektoratet.
- [Om pakkeforløp for kreft](#), Helsedirektoratet.
- [Om pakkeforløp psykisk helse og rus](#), Helsedirektoratet.
- [Forskrift om legemiddelhåndtering § 5](#) - om informasjon om legemiddelbruk ved bytte av omsorgsnivå.
- [Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer](#), Rundskriv IS-7-2015, Helsedirektoratet - utdyping av bestemmelsene i forskriften.

7.6 Om fastlegens rolle i det tverrfaglige oppfølgingsteamet

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste, jfr.

[fastlegeforskriften § 19](#). Det innebærer at fastlegen skal koordinere de medisinskfaglige tjenestene. Det følger også av denne bestemmelsen at fastlegen skal samarbeide med andre relevante tjenesteytere. Det er kommunens ansvar å legge til rette for at fastlegen kan være en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjeneste, jfr. [fastlegeforskriften § 8](#).

Fastlegens rolle i det tverrfaglig oppfølgingsteamet er viktig for at personer skal få god og nødvendig medisinskfaglig oppfølging. Det er viktig at medisinske problemstillinger raskt kan avklares.

Fastlegen møter ofte pasientene i tidlig fase av et sykdomsforløp eller når det oppstår et økt hjelpebehov og er derfor også svært sentral i å identifisere personer som kan utvikle omfattende behov for tjenester.

Fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen

Det følger av det medisinskfaglige koordineringsansvar at fastlegen skal koordinere legemiddelbehandlingen til sine pasienter, jfr. [fastlegeforskriften § 25](#). For pasienter som har fire legemidler eller mer skal fastlegen gjennomføre gjennomgang av legemidlene når dette anses nødvendig. Avstemming av legemidler er særlig viktig når pasienter har vært inne på sykehus eller annen spesialisthelsetjeneste, jfr. [legemiddelforskriften § 5](#).

Fastlegen skal sikre at pasienten har en oppdatert legemiddelliste, og at denne deles med øvrige tjenesteytere og eventuelt pårørende når dette er nødvendig for å sikre forsvarlig oppfølging. Legemiddeloppfølging bør være et fast sjekkpunkt i oppfølgingsteamets arbeid.

Fastlegen skal ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten

Når pasientens behov tilsier det skal fastlegen henvise til spesialisthelsetjenesten. Henvisningen skal gi nødvendig informasjon til spesialisthelsetjenesten slik at pasienten får god og forsvarlig behandling, jfr. [fastlegeforskriften § 24](#). For personer med store og sammensatte behov bør oppfølgingsteamet sikre nødvendig tverrfaglig utredning som grunnlag for spesialisthelsetjenestens arbeid.

Samarbeidet med fastlegen bør formaliseres

Selv om det legges til grunn at fastlegen inngår i det tverrfaglige oppfølgingsteamet rundt enkeltpasienter bør samarbeidet mellom de øvrige i oppfølgingsteamet og fastlegen formaliseres. Denne avtalen bør konkretiseres på rutinenivå og omhandle utveksling av meldinger, struktur for møter og konsultasjoner, informasjonsutveksling mm.

Det er også viktig at fastleger deltar ved utforming av pasientforløp. Det samme gjelder utarbeidelse av rutiner for samhandling og oppfølging hvor fastlegene inngår. Dette bør eksempelvis kunne legges innenfor rammene av andre allmennlegeoppgaver i kommunen, jfr [fastlegeforskriften § 12](#).

Det bør legges vekt på at møteplasser og tilsvarende er planlagt i god tid slik at de kan tilpasses fastlegens arbeidshverdag.

Pågående utviklingsarbeid for utprøving av primærhelseteam

Det pågår fra 2017 et utviklingsarbeid med utprøving av primærhelseteam i kommunene. Arbeidet ledes av Helsedirektoratet, og skal gjøres i samarbeid med 6-7 pilotkommuner som har søkt om å delta i dette arbeidet. Beskrivelser og anbefalinger knyttet til dette i denne veilederen vil bli inkludert når erfaringene fra utprøving foreligger og det er besluttet om hvorvidt dette skal implementeres i alle kommuner.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Fastlegeforskriften](#) - forskrift om fastlegeordningen i kommunene.
- [Fastlegeordningen Veileder og kommentarutgave](#) - fastlegeforskriften med kommentarer, Den norske legeforening.
- [Fastlegeforskriften § 19](#) med kommentarer - om fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar og samarbeid, og forholdet til koordinatrollen etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2](#), utdypet i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21](#).
- [Forskrift om legemiddelhåndtering § 5](#) - om informasjon om legemidler ved skifte av omsorgsnivå.
- [Legemiddelhåndteringsforskriften med kommentarer](#), Rundskriv IS-7-2015, Helsedirektoratet - utdyping av bestemmelsene i forskriften.
- [Fastlegeforskriften § 12](#) - om fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver i kommunen.
- [Primærhelseteam - kvalitet, ledelse og finansiering](#), Rapport IS-2656, Helsedirektoratet - om utprøving av primærhelseteam i kommuner.

7.7 Pasienter må sikres nødvendige spesialisthelsetjenester

Spesialisthelsetjenesten bør kunne inngå i tverrfaglige oppfølgingsteam ved behov for tjenester fra begge nivåer

Personer med store og sammensatte behov kan ofte ha behov for samtidige tjenester fra både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og fra spesialisthelsetjenesten. Rask diagnostisering og avklaring av medisinsk tilstand er svært viktig for en god oppfølging. Ansvaret for nødvendige spesialisthelsetjenester opphører heller ikke alltid ved utskrivning. Samhandlingen mellom nivåene er viktig for disse pasientene. Når pasienten har behov for spesialisthelsetjenester samtidig med tjenester i kommunen over tid bør spesialisthelsetjenesten inngå i oppfølgingsteamet.

Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten må beskrives i de lovpålagte samarbeidsavtalene

Strukturer for samarbeidet mellom oppfølgingsteamet og spesialisthelsetjenesten må inngå i de [lovpålagte samarbeidsavtalene](#). Avtalene bør konkretiseres på rutinenivå, og skal blant annet inneholde både avklaring av ansvar, strukturer for informasjonsutveksling, møteplasser og faglig dialog. Sentrale temaer her er gjensidig veiledning mellom personell i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, kompetanseoverføring og gjensidig kompetanseutveksling.

Samarbeidet mellom nivåene om pasienter og brukere med behov for omfattende tjenester må følge den etablerte og avtalte strukturen. Ved behov for ekstra prosedyrer rundt noen pasientgrupper bør dette fremmes for samarbeidsutvalget som forslag til tillegg eller endringer i avtalene. Dette kan eksempelvis gjelde der mindreårige barn er pårørende til alvorlig syke, der pasienter trenger ledsager fra kommunen i forbindelse med sykehusopphold osv.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a](#) - om ansvaret for spesialisthelsetjenester.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1](#) og [§ 6-2](#) - om de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#) - om veiledningsplikten til helsepersonell i helseforetak.
- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 5-11](#) - om veiledningsplikten til helsepersonell i kommuner. (trer i kraft 1.jan. 2018)

7.8 Eksempler på arbeidsprosess i oppfølgingsteam

"Per"

Her følger et konkret eksempel på en strukturert tverrfaglig arbeidsprosess gjennom oppfølgingsteam for "Per":

1. Per er hos sin fastlege og legen avdekker behov for tjenester fra flere aktører, både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten. Fastlegen melder dette til bestillerkontoret. Koordinerende enhet er også organisert ved dette kontoret. Fastlegen gir tilstrekkelig informasjon til at kontoret kan prioritere riktig fagpersonell slik at det sikres tilstrekkelig faglig bredde i utredningen. Dette gjøres i overensstemmelse med pasienten.
2. Bestillerkontoret inviterer Per til en tverrfaglig utredningssamtale. Pårørende eller andre nærpersoener kan også delta. I forkant av møtet innhentes øvrig relevant dokumentasjon i samsvar med Per sitt samtykke. Det avklares med Per hvem som deltar på møtet. Det avklares at fastlegen deltar i samtalen på grunn av at Per trenger omfattende medisinsk oppfølging i den fasen han er i nå.
3. Gjennom den tverrfaglige utredningen blir Per sitt helhetlige behov utredet. Han beskriver hva som oppleves som viktig for han i den situasjonen han nå er i. Det avdekkes eventuelle behov for nærmere undersøkelser og tester knyttet til noen funksjonsområder. Det kan eksempelvis være at fysioterapeuten gjør funksjonstester, at ergoterapeut og sykepleier tar et hjemmebesøk og vurderer behov for tilrettelegging av tjenester i hjemmet, herunder ser på muligheter for bruk av velferdsteknologi, eller at sosionomen gjør en nærmere utredning av psykososiale forhold. Nødvendige tjenester iverksettes umiddelbart. I det samme møtet får Per også informasjon om oppfølgingsteam, og retten til individuell plan og koordinator. Han ønsker ergoterapeuten som sin koordinator.
4. Når kontoret vurderer at det helhetlige behovet er tilstrekkelig utredet, fattes det vedtak på tjenester. Om nødvendig tas det ytterligere dialog med fastlegen. Koordinerende enhet tar kontakt med ergoterapeutens leder og avklarer at denne kan være Per sin koordinator.
5. Med utgangspunkt i Pers kartlagte behov og hva han beskriver som viktig, ser det ut til at han trenger bistand fra sykepleier, ergoterapeut, sosionom, fysioterapeut, NAV og fastlegen. Noen av tiltakene er allerede igangsatt. Per har i lengre tid gått hos sin privatpraktiserende fysioterapeut, og han ønsker å fortsette hos denne. Oppfølgingsteamet til Per vil dermed bestå av disse fem aktørene.
6. Koordinator avtaler en samtale med Per hvor de sammen legger planer for arbeidsprosessen. I dette møtet gjør de en første oppstart av Per sin plan og skriver inn den informasjonen som så langt foreligger. Per er ikke så glad i store møter. Per ønsker foreløpig ikke å ha pårørende med på møter. Han samtykker til at alle i teamet er med på oppstartsmøte og på evalueringene av planperiodene, men ut over dette vil han at de har møter/konsultasjoner med relevante avhengig av sak. Samtykke til utveksling av informasjon i teamet avklares også. De legger planer for et oppstartsmøte for oppfølgingsteamet.
7. På oppstartsmøtet for teamet innleder Per og koordinator om hva de har blitt enige om så langt når det gjelder arbeidsprosessen. Per har nå tenkt mer grundig igjennom sine ønsker om mål og har bestemt seg for hva som skal være første delmål. Sammen kommer de frem til at første planperiode skal gå over to måneder. Det beskrives kort hvilke tiltak de ulike har ansvar for. Per gir også uttrykk for at han kunne tenkt seg å få hjelp av en logoped. Han synes ikke dette haster, men de blir enige om at han sammen med sosionomen skal ta en kontakt for en vurdering i løpet av planperioden og at de orienterer bestillerkontoret om dette. Dette tiltaket kan eventuelt igangsettes i neste planperiode. Det avtales også at han den første tiden skal inntreffe fastlegen en gang i uken.
8. Etter møtet skriver Per og koordinator en kort oppsummering fra møtet og skriver det som er avtalt

inn i den individuelle planen. Dette sendes/gjøres tilgjengelig til teamet som gis en kort frist til å eventuelt komme med korrigeringer.

9. Oppfølgingsteamets arbeid er dermed i gang. Per får sine avtalte tjenester fra personellet i teamet. Den enkelte fagutøver vurderer til enhver tid om det er saker som bør tas opp med resten av teamet, og tar i tilfelle kontakt med koordinator om dette. En uke før planperiodens utløp arrangeres evalueringsmøte. Hele teamet deltar. Møtet avholdes på legekantoret. De planlagte tiltakene evalueres. Det settes eventuelle nye, eller endrede mål, og dette nedfelles i planperiode to, som planlegges å vare i tre måneder. I denne prosessen revurderes også oppfølgingsteamets sammensetning. Når tiltak avsluttes er det naturlig at aktuell tjenesteyter går ut av teamet. Det er avklart at Per skal få tjenester fra logoped i denne perioden, og denne blir dermed med i teamet.

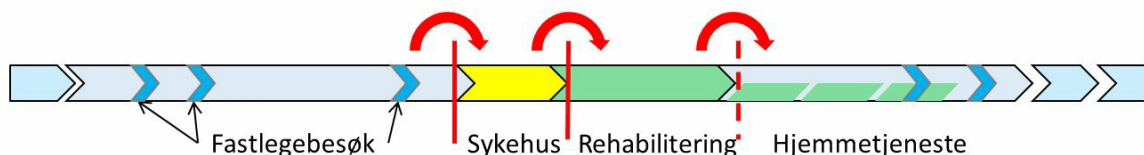
8 Helhetlige pasientforløp

8.1 Hva er helhetlige pasientforløp

Definisjon av helhetlige pasientforløp

Tidslinjen i et helhetlig pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet. En person kan ha flere helseproblemer samtidig. Pasientforløp forstås som

«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»



Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- Informasjonsdrevet - fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

(Anders Grimsmo)

Forholdet mellom helhetlige pasientforløp og behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten

Helhetlige pasientforløp skiller seg fra behandlingslinjer ved at de har en bredere tilnærming og går på tvers av nivåer og virksomheter. Behandlingslinjer er i hovedsak avgrenset til spesialisthelsetjenesten og kan defineres som

"En dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i

evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater" (Helse Sør-Øst)

Behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten bør utformes med godt planlagte vekslingspunkt over mot mer helhetlige og diagnoseuavhengige pasientforløp i kommunen. Dette er også viktig for pakkeforløp som nå utvikles for stadig flere diagnosegrupper. Eventuelle ambulante tjenester/team fra spesialisthelsetjenesten bør også planlegges inn i dette.

Faglige retningslinjer som legges til grunn for behandlingslinjer i spesialisthelsetjenesten, og er avgrenset til enkelt diagnoser, vil ofte ikke kunne følges slavisk i den videre oppfølgingen av helse- og omsorgstjenesten i kommunen. For pasienter med flere diagnoser og aktive sykdommer må videreføring av tiltak også inkludere faglige vurderinger som inkluderer hensynet til behandlingsbyrde. Dette må skje i tett dialog med pasienten og eventuelt pårørende.

Praktisk

Kildehenvisninger

- ["Implementation of clinical pathways in primary care"](#), Grimsmo, A, Løhre, A, Røsstad, T, Gjerde, I, Heiber, I og Steinbekk, A. - en studie som viser at å videreføre diagnosespesifikke pasientforløp/behandlingslinjer fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ikke er hensiktsmessig.
- ["Tidlig støttet utskriving kan være trygt og effektivt for pasienter med hjerneslag"](#), Dalsbø, TK, omtale av Cochrane 2016 - kunnskapsoppsummering om positiv effekt av tidlig støttet utskriving for pasienter med hjerneslag.
- ["Thinking about the burden of treatment"](#), Mair, FS, May CR, BMJ 2014.
- ["Multimorbidity: clinical assessment av management"](#), NICE guideline 2016.

8.2 Kommunen bør identifisere pasient- og brukergrupper hvor det er hensiktsmessig å utvikle helhetlige pasientforløp

For brukergrupper hvor det er mulig å strukturere et utvalg standard sjekkpunkter, tiltak og tjenester langs en definert tidslinje, anbefales det å utvikle helhetlige pasientforløp. Et forløp forutsetter i noen grad et definert startpunkt og et forventet slutt punkt. Eksempel kan være forløp som starter med en sykehusinnleggelse og hvor det er behov for kontinuitet i tjenestekjeden et stykke frem i tid.

Pasientforløp bør utvikles lokalt og bør involvere de som skal være aktører i forløpet, herunder representanter for brukere og pårørende. Det anbefales at opparbeidet kunnskap, erfaringer og verktøy om utvikling og forskning om pasientforløp legges til grunn for arbeidet, jfr. ["Arbeid med pasientforløp i norske kommuner"](#).

Det anbefales også deltakelse i [læringsnettverk for helhetlige forløp](#), som er et godt virkemiddel for å implementere dette som en arbeidsform. Det finnes slike nettverk for arbeid med et vidt spekter av pasient- og brukergrupper. Se henvisning under fanen "Praktisk info" nedenfor. (intern lenke)

Praktisk

Kildehenvisninger

- [«Veien frem til helhetlig pasientforløp»](#), NTNU, Trondheim kommune, St Olavs Hospital og Norsk Helsenett (2012)
- [Læringsnettverk for helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke](#), FHI
- ["Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykisk problemer og rus"](#), Notat

om kvalitetsutvikling nr 3, FHI 2016

- [Nettverk om barn og unge](#), om læringsnettverk for utvikling av tjenester til barn og unge, KS
- [Nettverk om psykisk helse og rus](#) - læringsnettverk om psykisk helse og rus; KS
- [Nettverk om eldre og kronisk syke](#) - læringsnettverk om eldre og kronisk syke, KS
- [Håndbok i læringsnettverk](#), FHI.

8.3 Tverrfaglige oppfølgingsteam bør også anvendes i helhetlige forløp

Pasienter og brukere, som i en tidsavgrenset periode ivaretas gjennom helhetlig forløp, vil i de fleste tilfeller oppfylle retten til individuell plan og skal tilbys koordinator. Tverrfaglig samarbeid gjennom oppfølgingsteam bør derfor også være arbeidsformen i helhetlige forløp. (intern lenke)

Ved bruk av tverrfaglige oppfølgingsteam i helhetlige forløp vil det sikres en strukturert planprosess både gjennom forløpet og i overgangen til eventuell annen oppfølging når det definerte pasientforløpet avsluttes. Det er viktig at slike overganger planlegges i god tid. Dersom det også er behov for bytte av koordinator i en slik overgang, bør det sikres god overlapping. Ny koordinator bør oppnevnes før en fase er avsluttet.

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator](#) - om individuell plan og koordinator.

8.4 Verktøy for helhetlige pasientforløp

Helhetlig pasientforløp (HPH) innebærer en struktur bestående av faste innholdselementer og sjekkpunkter/handlingspunkter. Det må sikres mulighet for individuell tilpasning avhengig av den enkeltes behov. Samarbeidsavtaler, rutiner og prosedyrer for dette bør være en integrert del av kommunens kvalitetssystem. I arbeidet med [læringsnettverk for gode pasientforløp](#) er det utviklet og prøvd ut en rekke verktøy og sjekklister.

Strukturer og verktøy for helhetlige pasientforløp:

- Flytskjema, - en skjematisk fremstilling fremdrift bestående av beslutningspunkter, tiltak, samhandling, evaluering mm.
- Sjekklister og prosedyrer, herunder metoder og verktøy for å fange opp endringer i behov
 - Verktøy for kartlegging og funksjonsvurdering
 - Verktøy for forebyggende risikokartlegging
 - Tavlemøter
 - Samvalgsverktøy
- Skriftlige rutiner og avtaler om
 - Samarbeid internt i helse- og omsorgstjenesten, herunder med fastlegen
 - Samarbeid og vekslingspunkter med spesialisthelsetjenesten
 - Samarbeid og vekslingspunkter med andre sektorer
 - Individuell plan og koordinator

Praktisk

Kildehenvisninger

- [Samvalg](#) - verktøy for samarbeid mellom pasient/bruker og helsepersonell i valget mellom mulige alternative tjenester.
- [«Veien frem til helhetlig pasientforløp»](#), NTNU, Trondheim kommune, St Olavs Hospital og Norsk Helsenett (2012).
- [Læringsnettverk for helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke](#), FHI.
- ["Sentrale elementer i læringsnettverket for gode pasientforløp ved psykisk problemer og rus"](#), Notat om kvalitetsutvikling nr 3, FHI 2016.
- [Nettverk om barn og unge](#), om læringsnettverk for utvikling av tjenester til barn og unge, KS.
- [Nettverk om psykisk helse og rus](#) - læringsnettverk om psykisk helse og rus; KS.
- [Nettverk om eldre og kronisk syke](#) - læringsnettverk om eldre og kronisk syke, KS.
- [Håndbok i læringsnettverk](#), FHI.
- [Pasientsikkerhetsprogrammet](#) - om tavlemøter.
- [Veileder om lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak/regionale helseforetak](#), Helse- og omsorgsdepartementet.