



Veiledere



Veileder om kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Høringsutkast

Sist endret 8.6.2017

Om veilederen

Bakgrunn for oppdraget om å utvikle en veileder for kommunens oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov

Å utvikle en veileder for kommunens oppfølging av pasienter og brukere 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 medfører også at pasienter og brukere ikke involveres i utformingen av sitt tilbud slik dette 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 først og fremst til ledere på alle nivåer i kommunen. Samhandling med helseforetak er også et viktig område, og veilederen har dermed også relevans for ledere og fagpersonell i spesialisthelsetjenesten. For øvrig er hele bredden av fagpersonell som yter tjenester til disse pasient- og brukergruppene i helse- og omsorgstjenesten sentrale målgrupper. Behov for samhandling med andre sektorer gjør den også relevant for ledere og fagpersonell i eksempelvis NAV, barnevern, oppvekst og utdanning.

Arbeidsprosess i utviklingen av veilederen

Arbeidet med veilederen har vært organisert som et prosjekt med deltakelse fra flere avdelinger i Helsedirektoratet. 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.

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.

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. I tillegg finnes lenker til anbefalte verktøy, metoder og prosedyrer.

Internasjonale referanser

Det finnes relativt begrenset med forskning og dokumentasjon som favner bredden i denne veilederen. Dokumentasjon fra følgende to internasjonale satsinger tatt inn i arbeidet

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

Forebyggende risikokartlegging

I kapitlet om "Hvordan oppdage og identifisere behov for tjenester - forebyggende risikokartlegging" (intern lenke) er det anbefalt bruk av elektroniske verktøy for dette. Slike verktøy finnes internasjonalt men er så langt ikke tilpasset bruk i Norge. Det er igangsatt et arbeid for å utrede muligheter for utvikling og bruk av et slikt verktøy i kommunene. Lenker til dette vil legges inn i veilederen når dette eventuelt foreligger.

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 oppdage og identifisere behov for tjenester - forebyggende risikokartlegging](#)

[7 Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam](#)

[8 Helhetlige pasientforløp](#)

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

1.1 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 skal virke 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.

1.2 Sentrale ledergrep for å sikre bedre oppfølging av brukere med omfattende behov for tjenester

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. Kvalitet i tilbudet til brukere med sammensatte behov kan i begrenset grad måles gjennom resultater på enhetsnivå. Undersøkelser og analyser av hva som samlet gir de beste tjenestene for pasienter og brukere bør danne grunnlag for tjenesteutvikling hvor hele bredden av tjenester inngår.

Pasienter og brukeres medvirkning må styrkes

Brukermedvirkning på både individ- og systemnivå bør gis sterkere lederoppmerksomhet. Kontinuerlige brukerundersøkelser og gode rapporteringsrutiner knyttet til dette temaet er sentralt for kvalitetsutvikling i tjenesten. Tilnærmingen bør snus fra "Hva feiler det deg?" til "Hva er viktig for deg?".

Kommunene og spesialisthelsetjenesten bør samarbeide om et differensiert tjenestetilbud slik at det ikke oppstår brudd i forløp

Tilgang på tilbud og tjenester må være tilpasset hele spekteret av behov. Tilbud i tidlig fase av sykdomsutvikling eller i ved tidlig tegn på funksjonsutfordringer, og som krever mindre omfattende tjenester, kan være svært viktig for å forebygge og bremse utvikling av omfattende behov. Brudd i kjeden av tjenester, enten på grunn av lang ventetid eller mangel på nødvendig tilbud og/eller kompetanse, kan også bidra til unødig forverring av en tilstand. Å sikre tilgang til tilstrekkelig breddekompetanse i kommunene er sentralt.

Behovet for tilbud og kompetanse for å imøtekomme befolkningens behov bør kontinuerlig være på dagsorden i samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Kommunene bør etter spørre kompetanse fra spesialisthelsetjenesten på fagområder hvor det ikke er naturlig å ha spisskompetanse på kommunalt nivå.

Kommunene bør ta i bruk velferdsteknologi

Kommunene anbefales å ta i bruk velferdsteknologi for å fremme selvstendighet og tilrettelegge for økt mestring. Trygghetsskapende teknologi kan utsette behov for et høyere omsorgsnivå og bidra til at personer kan bo lengre hjemme i egen bolig.

Ledere må legge til rette for tverrfaglig teamorganisering med bruk av kompetanse på tvers av organisatoriske enheter

Pasienter og brukeres behov for tjenester må være bestemmende for hvilken kompetanse som tilbys. Uavhengig av hvordan tjenestene er organisert, må det sikres at pasient og bruker får tilgang til nødvendig kompetanse. Tverrfaglig metodikk og oppfølging gjennom tverrfaglige team vil sikre systematikk i koordinering, brukermedvirkning, samhandling og gi bedre utnyttelse av ressurser. (intern lenke til hva er tverrfaglig samarbeid) Tverrfaglig samarbeid krever tydelig ledelse som understøtter at teamet kan virke sammen som en helhet på tvers av organisatoriske grenser.

Tverrfaglig teamorganisering vil kreve at det legges til rette for bruk av kompetanse på tvers av fag, nivåer og sektorer. Dette kan utfordre tradisjonelle barrierer i tjenestene i dag. Ledere må gå foran som rollemodeller og legge tydelige forventninger til samhandling på tvers av enheter. Det bør også legges til rette for at ulike tjenester kan søke veiledning på tvers av enheter.

Satsingen på oppfølgingsteam skal bidra til helhetlige, koordinerte og individuelt tilpassede tjenester gjennom økt bruk av individuell plan og koordinator

Oppfølgingsteam som etableres rundt den enkelte pasient og bruker, skal sikre en strukturert og målrettet oppfølging, og bidra til koordinerte og individuelt tilpassede tilbud. Formål og lovkrav følger av bestemmelsene om individuell plan og koordinator. For å styrke dette arbeidet trengs lederforankring og tydelig mandat til koordinerende enheter, som har et overordnet ansvar for individuell plan og koordinator herunder å legge til rette for helhetlige og koordinerte tjenester. Koordinatorene må sikres lederstøtte og god opplæring slik at de blir trygge i rollen.

Kompetanse i å identifisere behov og til å oppdage endringer i behov bør styrkes

Det bør 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 bør etableres god praksis og tydelighet om hvor behov/mulige behov skal meldes.

Det bør utvikles og tas i bruk verktøy for forebyggende risikokartlegging

Kommunene bør bidra til å utvikle og ta i bruk verktøy for forebyggende risikokartlegging for å fange opp personer som har risiko for å utvikle omfattende behov for tjenester.

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. Behovet for fagkompetanse i vurderingene må bestemmes ut fra antatt behov, og må ved behov/antatt behov også inkludere involvering av sektorer utenfor helse- og omsorgstjenesten.

1.3 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 har 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 settes sammen igjen rundt den enkelte. Dette kan også skape utfordringer i å fange opp endringer i behov. - Hvem observerer hva og hvordan meldes dette videre slik at behovet blir avklart?

Formålet med spesialisering har vært kvalitetsforbedring. Men opprettelse av spesialtilpassede tilbud for spesifikke tilstander, med klare inklusjons- og eksklusjonskriterier, har en iboende dynamikk ved at noen ikke passer inn og "faller mellom stoler". Dersom det ikke samtidig sikres differensierte tjenester som ivaretar alle, 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 beskrive faktorer ved faglig tilnærming og organisering av tjenestene som medvirker til at behovene ikke imøtekommes godt nok.

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 sluttspunkt. Den valgte løsningen vil eksempelvis ikke gjøre en pasient frisk. Motsatsen til dette er det som omtales som «wicked problems».

Noen kjennetegn ved disse 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.

Mangelfullt kunnskapsgrunnlag

Utvikling av faglige retningslinjer for brukere med store og sammensatte behov støtter også på metodiske utfordringer. Det er eksempelvis krevende, om ikke umulig, å sikre et kunnskapsgrunnlag som kan gi tilstrekkelig støtte for sterke anbefalinger. Problemenes karakter ligger i et komplekst samspill mellom ulike faktorer, og oppfølgingen kan i liten grad standardiseres. "*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 selvsagt kan lære av andre erfaringer*". Det medfører at det i svært begrenset grad finnes dokumentert kunnskap fra RCT-studier, som er "gullstandard" i retningslinjearbeid. (Jerndal Fineide og Ramsdal i Vabø og Vabo, Universitetsforlaget 2014).

1.4 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 pasient og brukers helhetlige situasjon. Utfordringene for tjenestene er å akseptere kompleksiteten og forstå de ulike faktorenes gjensidige påvirkning.

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/"skrøpelig" og kronisk smerte
- nedsatt syn og hørsel
- misbruk av alkohol eller andre rusmidler"

I tillegg til disse fem punktene kan problemer knyttet til sosial fungering være en sentral faktor.

Tilleggsfaktorer som kan medvirke til kompleksitet

I tillegg til oppfølging av den somatiske og psykiske helsetilstanden er følgende områder noe som ofte betraktes som «tilleggsproblemer» og som er viktige i helhetsbildet.

- Bolig
- Økonomi
- Familie og nettverk
- Utdanning og arbeid
- Kulturell bakgrunn
- Aktivitet og meningsfull fritid
- Ivaretagelse av egen helse
- Tannhelse

- Ernæring

Når individuelt tilpasset oppfølging i samsvar med denne veilederen bør vurderes

Oppfølging i samsvar med denne veilederen bør gjøres etter en vurdering av omfang og kompleksitet av en persons samlede behov for helse- og omsorgstjenester og eventuelt også i kombinasjon med andre tjenester. Behovet bør vurderes å være på et nivå hvor det vil være sannsynlig effekt av tverrfaglig strukturert tilnærming.

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 psykiske helseproblemer
- har generelt nedsatt helsetilstand
- har jevnlig behov for bistand knyttet til uforutsette utfordringer og akutte behov
- tar flere faste medikamenter
- 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. En må være oppmerksom på at anbefalinger i faglige retningslinjer er beregnet på enkeltsykdommer og er utledet fra forskning på personer uten multisykdom og som bare bruker noen få medisiner.

Praktisk

Retningslinjen "[Multimorbidity: clinical assessment and management](#)", NICE guideline 2016.

2.2 Eksempler på pasienter og brukere med store og sammensatte behov

I det følgende gis eksempler på noen brukergrupper og hva som kjennetegner behovet. 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.

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 familie- og arbeidssituasjon.

Behovet kan omfatte et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, rusfaglig, sosialt og psykososialt. 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, somatiske 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 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 i dag.

Eldre med mange 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 medikamenter kan også være en stor utfordring for disse brukergruppene.

Eldre som i tillegg til somatisk sykdom har psykiske helseproblemer og/eller rusavhengighet er særlig sårbare. Det er manglende praksis for å anvende kompetanse på tvers av disse områdene.

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, liten 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, progredierende nevrologiske sykdommer/tilstander og sjeldne syndromer. De fire store sykdomsgruppene på NCD-området representerer også en betydelig del av målgruppen.

Alle aldersgrupper er representert blant målgruppene, og behov for tjenester i et livsløpsperspektiv er et sentralt kjennetegn. Dette er pasienter og brukere som 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 medisinsk faglig 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 en enkelt hendelse. Problemet ligger i at mange sitter med sin lille flik av virkeligheten men at ingen ser det totale bildet.

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.

Martin på 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 - 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 han 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 på 80 år

Klara på 80 år har kols, benskjørhet, hjertesvikt og begynnende demens. Hun bor på landet alene i egen bolig. Barna har flyttet til storbyen og ser henne sjelden. Hun er engstelig og dårlig til bens, og har hatt flere innleggelse 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.

Til denne kvinnen kan man tenke seg et oppfølgingsteam bestående av sykepleier, fysioterapeut og sosionom. Det må etableres et strukturert samarbeid med fastlegen hennes og evt. med avdelingen hun vanligvis innlegges i. Planen må beskrive hva som er viktig for Klara og hvilke tiltak som må settes i gang for å oppnå hennes mål. De enkelte teammedlemmenes ansvar beskrives med utgangspunkt i dette. Elementer kan være fysisk trening og rehabilitering, velferdsteknologiske hjelpemidler, tiltak for å bevare tannhelsestatus, sosiale tiltak, og en konkret tiltaksplan for hva som skal gjøres når hun blir engstelig eller tungpusten.

Kari på 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 i jobben sin. ("Gjør det så enkelt som mulig" - Tipshefte om individuell plan, Helsedirektoratet 2008)

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, 1995)

Å fremme selvstendighet, mestring, trygghet, positivt selvbilde og opplevelse av styring og kontroll i eget liv er særlig 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, og ledere bør vise 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 folk 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 vektlegger utgangspunktet i den enkeltes ressurser, ferdigheter og kompetanse. Tjenestenes rolle er å bidra til å bevisstgjøre og styrke dette slik at pasient og bruker kan nå sitt potensial, og bistå til at pasient og bruker får tilgang til tjenester av god kvalitet tilpasset den enkelte.

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 i tjenestene og er uttrykk for en endret tilnærming i forholdet mellom fagrollen og pasient- og brukerrollen.

På individnivå handler dette om å møte pasient og bruker med respekt og en lyttende holdning. - Hva opplever vedkommende som viktig i sitt liv, og hvordan bør tjenestene tilrettelegges slik at de understøtter 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" gjennom større vekt på å bistå pasient og bruker i å finne de løsningene som er best for den enkelte. Det er viktig å forstå og respektere at dette ikke nødvendigvis er et enkelt spørsmål og svare på. Det kan være situasjoner hvor det er krevende å håndtere svarene. Det bør derfor sikres både kommunikasjonsfaglig og terapeutisk kompetanse samt veiledning knyttet til dette. (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 bør også legges til grunn i kartlegging og utredning av ressurser og behov. Tjenestene skal legges 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 deres 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.

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

Ledere bør fremstå som rollemodeller og fronte 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 for disse gruppene. Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes forutsetninger og 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.

Praktisk

- [Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3](#) - om retten til medvirkning og informasjon.
- [Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer](#), 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 tilrettelegges 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

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 brukermedvirkning

- [Om ungdom og brukermedvirkning](#) - Ungdomsrådet ved Akershus universitetssykehus HF
- [Om brukermedvirkning/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 både brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Det kan være særlig utfordrende å yte tjenester til brukere med omfattende behov for bistand. Dette må anerkjennes på ledernivå. 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.

Praktisk

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)

3.3 Ledere må legge til rette for myndiggjorte team

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 mestringsevne, 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 kommunen 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 må sikre nødvendig og tydelig lederstøtte. Ledere bør vise interesse for teamets arbeid som helhet.

Det er viktig at teamet opplever at de har ledere som "går sammen med dem" og at de sammen kan lete etter alternative løsninger. Å følge opp pasienter og brukere i team innebærer at de blir tett involvert i alle de utfordringene som vedkommende møter. Faglig engasjement for pasienter og brukers 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](#).

Rollen 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 som 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. 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 koordinator og øvrige i 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 koordinatorene 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 bør benyttes som sjekkpunkter i forbedringsarbeidet

Kvalitetsdefinisjonen som legges til grunn for kvalitetsutvikling i tjenestene ble introdusert gjennom den nasjonale kvalitetsstrategien "[Og bedre skal det bli](#)" i 2005, og har seks dimensjoner. Etterlevelse av disse er ekstra viktig for de med omfattende behov for tjenester.

For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er trygge og sikre
- er virkningsfulle
- er samordnet og koordinert
- involverer brukerne og gi dem innflytelse
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

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

Praktisk

- "[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 Kommunene skal ha et system for kontinuerlig forbedringsarbeid

Kommunene skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring

Kommunene skal arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jfr [helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2](#). Bestemmelsen er utdypet i [forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#) og i egen [veileder til denne forskriften](#). Systematikk i kompetanseplanlegging er beskrevet i eget kapittel. (intern lenke)

Kommunene bør anvende 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 verktøy som

anbefales som en ressurs i arbeidet.

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

I systematisk forbedringsarbeid kan det være meningsfullt å 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 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 med prosesser som leder frem til resultatene. For eksempel hvorvidt man har gjennomført en prosess i tråd med en sjekklister.
- Resultatindikatorer sier noe om sluttresultatet.

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

Det følger av kravene til styring og internkontroll 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 kommunens helhetlige kvalitetssystem bør det innarbeides rapporteringsrutiner som sikrer at ledere regelmessig får informasjon fra de utøvende tjenestene på en måte som gjør dem i stand til å følge med på kvaliteten på brukernivå.

Eksempler på sentrale temaer å følge med på for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester er

- om pasienter/brukere med omfattende behov for tjenester er sikret en tverrfaglig utredning
- om pasient/bruker har fått oppnevnt koordinator
- om det er etablert et oppfølgingsteam
- om pasient/bruker har individuell plan
- om pasienter og brukeres erfaringer med tjenestene
- ...

Praktisk

- [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 resultatindikatorerne, og dersom disse endrer seg, bør man igjen måle prosessen for å finne ut hva som har endret seg.

I tillegg til kvantitative målinger kan det være nyttig å få et innblikk i brukernes opplevelse av tjenestene. Derfor kan kvantitative målinger gjerne suppleres med kvalitative undersøkelser som fokusgruppeintervju, pasientfortellinger om det de opplever eller film av sin 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.

4.3 Kommunene må anvende pasienter, brukeres og pårørendes erfaring i kvalitetsarbeidet

Erfaringer fra de som bruker tjenestene er en sentral kilde til informasjon i kvalitetsforbedringsarbeidet. Kommunene må sikre et system for slik medvirkning både på individ- og systemnivå.

Undersøkelser for å få frem pasienter og brukeres erfaringer med tjenestene bør gjennomføres regelmessig. Det bør legges vekt på at slike undersøkelser knyttes tett opp til tjenesteytingen.

"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)

Praktisk

- [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 Kommunene bør benytte tilgjengelige styringsdata fra ulike datakilder til kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling

Kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid fordrer ferske data. Den viktigste kilde til slike data er i kommunens egne fagsystemer. Dette bør kombineres og sammenstilles med data fra andre kilder som nasjonal statistikk og rapporter fra undersøkelser.

I analysearbeidet anbefales det at kommunene benytter analysefaglig kompetanse, jfr anbefaling i kapitlet om kompetanseplanlegging.

Praktisk

IPLOS

IPLOS er et helseregister med standardiserte data om opplysninger av betydning for vurdering av bistands- og tjenestebehov. Registeret gir landsdekkende statistikk om alle lovpålagte helse- og omsorgstjenester.

Statistikk fra IPLOS danner grunnlag for å følge med på tjenestene gjennom sumrapporter. Sumrapportene kan benyttes til å

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

Gjennom sumrapporter skal kommunene kunne ta ut statistikk til styring og utvikling av helse- og omsorgstjenester i kommunen. 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 er implementert i kommunenes journalsystem. Kommunen kan ta ut rapporter etter eget ønske og behov. God kvalitet på sumrapportene forutsetter god kvalitet på de dataene som kommunene registrerer.

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 finner du 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

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 sektorovergrepene 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 samles relevant statistikk, analyser, analysemetode, 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 spre kompetanse på ulike områder og bedre kvaliteten på tjenestene. Kjernen i læringsnettverk er felles kompetanseutvikling på tvers av profesjon, avdeling - og organisasjon. [Kunnskapsenteret 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 fra systematiske oversikter 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

Praktisk

Eksempler på læringsnettverk

Erfaringer fra læringsnettverk i regi av KS i samarbeid med Kunnskapscenteret 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 Kunnskapscenteret 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](#) etter samme metodikk og struktur.

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» sykehusinnleggelser.

Det pågår også et samarbeid mellom KS og Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) om forbedringsarbeid i pasientforløp.

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.

[Oppsummering av forskning om effekt av læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring,](#)

Kunnskapscenteret for helsetjenesten, FHI.

[Håndbok i læringsnettverk](#) - Kunnskapscenteret for helsetjenesten, FHI.

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. Kompetanse i samsvar med behov er et av de mest sentrale forutsetningene for forsvarlige tjenester.

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.

Kommuner som har en overordnet kompetanseplan for hele kommunen og kompetanseplaner for

sektorene, jobber mer systematisk og målrettet med kompetanse enn kommuner som ikke har et godt kompetanseplanverk. De arbeider også mer brukerorientert og innovativt, jfr en [rapport utarbeidet av KS](#).

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 for kompetanseplanlegging](#) anbefales.

Datagrunnlag for analyse og fremskrivninger 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 sentrale faktorer som må inngå i vurderingen, sammen med andre forhold i lokal- og storsamfunnet som påvirker fremskriving av personell i kommunene.

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

- [Kommuneloven § 23](#) - om rådmannens ansvar.
- [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.

Datakilder

Kommunene kan hente data fra ulike datakilder som gir fremskrivninger, 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 et delprosjekt under program for kommunalt pasient – og brukerregister (KPR). Dette er en nettbasert løsning som viser data og variasjoner mellom kommuner.
- [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 i kommunens planlegging av behovet for kompetanse.

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

Oppfølging av brukere med omfattende behov for tjenester krever bred tilnærming på tvers av enheter innad i helse- og omsorgstjenesten og mellom ulike sektorer. Kompetanse bør kunne benyttes på tvers av fagområder og sektorer i kommunen. Om nødvendig bør det iverksettes arbeid med tjenesteutvikling for å sikre at ikke organisatoriske løsninger blir hindre for at pasient/bruker får tilgang til riktig kompetanse.

Dette bør om nødvendig tilrettelegges gjennom formaliserte avtaler og rutiner, og bør beskrives i kompetanseplanen. Det bør sikres en felles kultur for å dele kompetanse. Felles kompetansetiltak og arenaer for dialog er viktige tiltak for å bygge ned "siloe".

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

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.

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. Kompetanse i samsvar med behov bør kontinuerlig være på dagsorden i samarbeidsmøter på overordnet nivå mellom helseforetak og kommuner.

Tiltak og strukturer for dette skal beskrives i [de lovpålagte samarbeidsavtalene](#), og det bør også beskrives i kommunens kompetanseplaner. Det er mange gode eksempler på fagnettverk og kompetansedeling mellom helseforetak og kommuner.

Praktisk

[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.
- [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 fysikalsk tilnærming. Behov for bistand knyttet til egenomsorg, opplæring, boevne, å bruke transportmidler, å komme i arbeid, sosial interaksjon og å delta 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 pasient og bruker. Behovet for tverrfaglig tilnærming blir også tydelig med dette som utgangspunkt.

Sentrale profesjoner er ergoterapeuter, ernæringsfysiologer, fysioterapeuter, 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 familierapeutisk kompetanse er også viktig for disse brukergruppene.

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

- ADL – generell daglig fungering
- Kommunikasjon
- Mobilitet
- Egenomsorg
- Ernæring
- Kognitiv fungering
- Sosial fungering
- 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

Spissing av kompetanse rettet mot spesifikke målgrupper

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

Behovet for, og bruken av personell med mer spesialisert kompetanse, bør inngå i strategiske kompetanseplanlegging. I tillegg til klinisk utøvelse bør det legges til rette for at personell med spesialisert kompetanse benyttes i internopplæring og veiledning.

Spissing av klinisk kompetanse 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.

Kompetanse innen velferdsteknologi

Utviklingen av nye verktøy og metoder ved av velferdsteknologi går raskt. Kommunene bør sikre kompetanse slik at de til enhver tid har kompetanse som er på høyde med den teknologiske utviklingen.

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

Pasienter og brukeres rettigheter og om tjenestene - systemkunnskap

Det må sikres at tjenesteytende personell og personell som er i situasjoner hvor det er nødvendig å kunne gi nødvendig informasjon om tjenester, har nødvendig systemkunnskap. Med dette menes kunnskap om

- pasienter og brukeres rettigheter til offentlige tjenester
- tjenestenes, herunder personell sitt lovpålagte ansvar – kommune og spesialisthelsetjeneste
- saksbehandling og dokumentasjon
- «tjenesteapparatet» – vite hvem som har ansvar for hva - 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/personellets side. Det innebærer også oppmerksomhet og åpenhet til å oppdage det man ikke umiddelbart leter etter.

Observasjon og evne til å analysere og vurdere det man ser, er et sentralt element i all god helse- og sosialfaglig tjenesteyting. Temaet ligger i profesjons- og fagskoleutdanninger på grunnleggende nivå. Det bør i tillegg kontinuerlig være et tema for internopplæring hvor personell kan dele erfaringer og reflektere 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 må også inkludere 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 individuell trening og refleksjon om egen rolle knyttet til brukermedvirkning. Temaet stiller store krav til holdninger og ferdigheter i tillegg til nødvendig kunnskap. Særlige viktige områder er

- etikk og kommunikasjon
- dialog og samhandling med pårørende
- å oppøve evnen til å lytte til/få frem brukerens stemme - "Hva er viktig for deg?"
- å innrette tjenester slik at de understøtter brukerens mål
- å tilpasse medvirkningen til den enkeltes evne til å gi og motta informasjon

Medvirkningen skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon. Å sikre optimal medvirkning krever at personellet er bevisst egen rolle og forstår komplementariteten i dialogen. Det kreves evne til å identifisere hva som skal til for at samspillet mellom tjenesteytere og pasient, bruker og eventuelt pårørende skal oppleves likeverdig og trygt. Når pasienter og brukere har 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

Sentrale temaer er:

- Grunnleggende felles verdier og etisk refleksjon og 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. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har overordnet ansvar for oppnevning, opplæring og veiledning av [koordinatorer](#). Det anbefales at enhetene inkluderer personell fra andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten i opplæring og veiledning i koordinatorrollen. Dette bør nedfelles i kommunens rutiner 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 må også sikre et forutsigbart system for veiledning. Det bør både være tilgang på individuell veiledning i enkeltsaker samt veiledningsgrupper hvor koordinatorer kan utveksle erfaringer og utvikle kompetanse sammen.

Samarbeid og prosess-/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. Personell må utvikle sin rolle i å bistå brukere i endringsprosesser. Dette krever god innsikt og bevissthet om egen rolle. Sentral kompetanse og ferdigheter er

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

Praktisk

- [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 utdyper 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 koordinatorer.
- [Veileder om kommunikasjon via tolk](#) - Helsedirektoratet
- [Veileder for rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel om individuell plan og koordinator](#) - om koordinatorers rolle.

6 Hvordan oppdage og identifisere behov for tjenester - forebyggende risikokartlegging

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 bør være lav terskel for at pårørende og andre kan melde om behov/mulige behov

Det bør sikres lav terskel for at pårørende, nærpå personer og øvrige aktører i tjenestene kan melde om bekymringer eller få svar på spørsmål. Tjenestene må gjøre seg tilgjengelige og sikre god informasjon om hvor de skal henvende seg.

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 sikrer at 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 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 sektorovergripende 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 en sentral forutsetning for å kunne gi tilbud i samsvar med behov. Tjenesteyting vil ofte bestå av både avtalte, rutinemessige og avgrensede oppdrag. Personell må alltid observere forhold som kan ligge utenfor det konkrete oppdraget, og 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 det blir avklart. (intern lenke til kap om kompetanse)

Avklarte diagnoser eller tilstander, og benevnelse 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.

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.

Praktisk**6.2 Det må fremgå tydelig hvor personell i helse- og omsorgstjenesten, pårørende og samarbeidspartnere skal melde om behov/mulige behov for tjenester****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 myndighet til å innvilge tjenester. På enkelte 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.

Det er viktig med et tett samarbeid mellom de mest sentrale meldeinstansene; forvaltningskontor/bestillerkontor, fastlegene og koordinerende enhet. Det bør i tillegg til rutiner etableres faste møteplasser for dialog mellom disse aktørene samt med spesialisthelsetjenesten og andre sektorer.

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 at man har "bestilt" en tjeneste. Personell må respektere hvem som har myndighet til å innvilge tjenester. Når et behov er meldt skal instansen sikre nødvendig utredning.

Personell og samarbeidende tjenester bør bistå med gode utredninger og dokumentasjon som følger med videre til de som skal fatte beslutninger. Dette er viktig for god og effektiv saksgang. Dette er tema som 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 fysioterapi, spesialisthelsetjenester og til å skrive ut medikamenter. Enkelte andre yrkesgrupper kan også på noen områder henvises og rekvirere. Men for det meste 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**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.

Fastlegen

Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasientene på sin liste. Henvendelser knyttet til medisinsk oppfølging må gå til fastlegen. Fastlegene må inngå i det tverrfaglige samarbeidet rundt pasienter og brukere med behov for omfattende tjenester. ([intern lenke](#))

Fastlegen har også et oppfølgingsansvar. Bestemmelsen 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.

Koordinerende enhet

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering 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.

Begrunnelse

Praktisk

Utdypende om forvaltningskontor/bestillerkontor

Det er variasjon mellom kommuner knyttet til hvilke saker som håndteres i forvaltningskontoret. 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. 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](#) - om plikten til kvalitetssystem.

[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 lengre 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/primærhelseteamet må ha tilstrekkelig kjennskap til øvrige tjenester slik at de kan gi god informasjon til pasienter, og bør kunne 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 (2016-2017)).

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 videreformidler informasjon om behov/mulig behov opptrer de på vegne av pasient og bruker. Det innebærer at det må skje i overensstemmelse med pasient og brukers ønsker, og innenfor rammen av ordinære bestemmelser om informasjon og samtykke.

Når behov meldes av pårørende eller andre nærpå personer er det også viktig å sikre at dette er i samsvar med pasient og brukers ønske. 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

[Pasient- og brukerrettighetsloven kap 3 og 4](#) - om retten til medvirkning og informasjon og krav til samtykke.

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
- melding fra spesialisthelsetjenesten

Praktisk

- [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 Det må sikres nødvendig breddekompetanse i den tverrfaglige utredningen

Behovet bør som hovedregel avklares gjennom tverrfaglig utredning

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 pasienter og brukere med omfattende behov for bistand kan tjenester ofte inngå som et betydelig og dominant element i personens dagligliv. Det berører ofte også familie, pårørende og nettverk. 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.

Bemanningen av forvaltningskontor/bestillerkontor bør gjenspeile de oppgavene de skal løse. Økning i brukergrupper med behov for sammensatte tjenester stiller krav til breddekompetanse som også inkluderer fagpersonell utenfor helseprofesjonene. Ved behov for kompetanse utover kontorets faste personell må det innhentes bistand fra andre enheter i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten for å sikre forsvarlig utredning av pasient og brukers helhetlige behov. Det bør imidlertid sikres et minimum av tverrfaglig bemanning ved kontoret. God kompetanse i første ledd vil være god ressursutnyttelse. Viktige punkter i utredning av behov er:

- Pasient og bruker og eventuelt pårørende skal sikres optimal innflytelse i utredning og utforming av tilbudet.
- Tverrfaglig utredning bør være hovedregelen for personer med behov for omfattende tjenester.
- Personell bør kunne delta i tverrfaglige utredninger på tvers av enhets- og sektorgrenser i kommunen.
- Ved bemanning og etablering av rutiner for bestillerkontor/forvaltningskontor må det vurderes hvordan det skal sikres helhetlige og gode utredninger for pasienter og brukere med behov for tjenester fra et vidt spekter av fag, nivåer og sektorer.
- 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 faste strukturer for kartlegging og utredning 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
 - a. Hva er viktig for deg?

2. Kartlegging av personens ressurser
 - a. Personens egne ressurser og mestringsevne
 - b. Ressurser i familien
 - c. Ressurser knyttet til sosialt nettverk
 - d. Ressurser knyttet til «livsarena» - fritid, arbeid og utdanning
 - e. Økonomi
3. Kartlegging av utfordringsområder
 - a. Medisinsk tilstand
 - b. Fysisk funksjon
 - c. Psykisk og psykososial funksjon
 - d. Tannhelse
 - e. Rusmiddelbruk
 - f. Behandlingsbyrde ("Burden of disease")
 - g. Deltakelse i fritid, arbeid og utdanning
4. Kartlegging/dialog omkring tiltak som kan understøtte den enkeltes og familiens mestringsevne
 - a. Helhetlig og ressursorientert vurdering i et familie- og nettverksperspektiv

Utredning av velferdsteknologiske løsninger

Ved utredningen av behov bør det også vurderes om pasient og bruker 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.

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

Begrunnelse

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.

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.

Begrunnelse

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 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 sektorgrensene.

Fastlegene, helsestasjonen, skolehelsetjenesten, 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](#) sikrer rutiner for god tverrsektoriell samhandling om dette.

6.8 Kommunen bør sikre nødvendige verktøy og metoder for forebyggende risikokartlegging og identifisering av behov

Å observere endringer i behov og identifisere faktorer som kan indikere 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. Også personell i andre sektorer bør ha et slikt fokus. Kommunene må sikre en systematikk i dette arbeidet gjennom gode arbeidsmåter og nødvendige verktøy for

- å identifisere behov for 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:

Forebyggende risikokartlegging

Med forebyggende risikokartlegging menes systematiske tiltak for å oppdage de som er i fare for å utvikle funksjonsfall, sykdom eller tilsvarende på et tidlig tidspunkt. Internasjonalt omtales dette som [risikostratifisering](#), og det er utviklet ulike varianter av elektroniske verktøy for dette. Stratifisert utvelgelse betegner innen statistikk en sannsynlighetsutvelgelse som forutsetter inndeling i kategorier, såkalte strata. Inndelingen kan gjøres ut fra grader av risiko for et bestemt utfall.

Verktøy for risikostatifisering sammenstiller ulike data slik at det blir mulig å få ut en samlet score av risiko på områder som man velger å ha oppmerksomhet på. Eksempler på elementer som er inngår i systemer som vi kjenner til idag, er antall medikamenter, antall diagnoser, hyppighet av akutte hendelser, reinnleggelser osv. Målet kan være å redusere sykehusinnleggelser. Andre faktorer som kan indikere at noe er under utvikling kan være frafall i skole, økning i sykefravær, fall, bestilling av matombringning osv.

(Det er igangsatt et arbeid for å utrede muligheter for utvikling og bruk av elektronisk verktøy for forebyggende risikokartlegging i kommunene. Lenker til dette vil legges inn i veilederen når dette eventuelt foreligger.)

Tavlemøter - risikotavler

Tavlemøter eller risikotavler 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 kommune.

Risikotavler er et anerkjent verktøy for å vurdere pasienters risiko for skade. Regelmessige tavlemøter stimulerer til teamarbeid ved at et tverrfaglig team sammen vurderer pasienten, og blir enige om nødvendige tiltak. Møtet gjør også at ansatte blir ekstra oppmerksomme på rutiner, tiltak og utsatte pasienter.

Strukturert oppfølging gjennom individuell plan

Den strukturerte og målrettede oppfølgingen som ligger i individuell plan, og hvor pasient og bruker har en koordinator, er velegnet metode for fange opp endringer i behov.

Praktisk

- ["Using Case Finding & Risk Stratification - A key service component for personalised care and support planning"](#), NHS England 2015

7 Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam

7.1 Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av pasienter og brukere med behov for omfattende tjenester

Kommunen bør ha nedskrevne rutiner for tverrfaglig samarbeid

Kommunen bør utarbeide rutiner for tverrfaglig samarbeid. Det finnes mange eksempler på at kommuner har laget både rutiner og håndbøker for dette, særlig knyttet til barn og unge. Det anbefales at kommunens rutine omfatter hele spekteret av brukergrupper.

Hva er tverrfaglig samarbeid?

Tverrfaglig samarbeid er en strukturert arbeidsform som forutsetter nødvendig dialog og felles beslutningspunkter sammen med pasient og 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 ulike aktører. Den enkelte fagperson har ansvaret for sin tjenesteyting og må være god og trygg 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, og at det dermed må sikres god koordinering.

Tverrfaglig samarbeid innebærer ikke at alle skal være samtidig tilstede hos bruker gjennom hele prosessen. Men tjenestene må være samordnet og det må sikres konsensus slik at alle arbeider mot pasient og brukers mål. Eksempelvis kan fastlegen delta i det tverrfaglige teamet rundt en pasient og bruker selv om vedkommende ikke har så hyppig kontakt med pasient og bruker som øvrige teammedlemmer.

Sentrale forutsetninger for godt tverrfaglig samarbeid er

- At pasient og bruker sitt behov og mål alltid er grunnlaget for teamets arbeid
- God ledelse
- Felles verdier og forståelse av begreper
- At fagpersonell er bevisste og tydelige på egen fagspesifikk kompetanse og kjenner grensene for eget fag opp mot andres
- At fagpersonene kjenner hverandres faglige styrke og «fremsnakker» hverandre
- Avklart struktur og felles verktøy for samhandling og koordinering
- At man setter av 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 oppfølgingsteam og forholdet til bestemmelsene om koordinerende enhet, individuell plan og koordinator

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. For oppfølgingsteam gjelder følgende strukturkrav:

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

[\(Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet, Meld.St. 26 \(2014 - 2015\)\)](#)

Forholdet mellom oppfølgingsteam og andre former for team

Det finnes et vidt spekter av 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 og strukturert oppfølging samsvarer med kravene til oppfølgingsteam. I andre enden 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, men hvor det suppleres med annen kompetanse avhengig av behov. Eksempler er 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 osv. Det varierer imidlertid 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 de oppfyller strukturkravene slik de er gjengitt ovenfor.

Oppfølgingsteam i forhold til bestemmelsene om individuell plan og koordinator

Målgruppene for oppfølgingsteam, slik de beskrives i denne veilederen (intern lenke), har behov for «langvarige og koordinerte tjenester». Dette sammenfaller med de som har rett til individuell plan og som skal tilbys koordinator etter [gjeldende lovverk](#). Også kriteriene som er satt for oppfølgingsteam samsvarer med den strukturen og systematikken som ligger i verktøyet individuell plan.

Det er dermed naturlig og legge til grunn at arbeidsprosessene i oppfølgingsteam må oppfylle strukturelle krav til [prosess og innhold i individuell plan](#). På samme måte må koordinator i oppfølgingsteam oppfylle krav til [ansvar og oppgaver](#) etter bestemmelsene i lov og forskrift om denne rollen.

Koordinerende enhet har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har overordnet ansvar for individuell plan og koordinator og for opplæring, oppnevning og veiledning av koordinatorene. Det innebærer et [sørge-for-ansvar](#) hvor de må sikre rutiner, kompetanse og strukturer for dette.

Det innebærer at det ikke nødvendigvis er denne enheten som oppnevner koordinator i det enkelte tilfelle. De skal sikre rutiner for hvor og hvordan dette skal skje. Enheten er også [meldeinstans for behov for individuell plan og koordinator](#).

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.
- 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 plan.
- Inkludere pårørende i arbeidet i den grad pasient og brukere ønsker og samtykker til dette.
- 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.

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 den faglige yrkesutøvelsen. I tillegg gjelder faglige krav, standarder og yrkesetiske retningslinjer for ulike profesjonsgrupper samt nasjonale veiledere, retningslinjer og anbefalinger for ulike tjenesteområder.

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

Pasient- og brukergrupper hvor det er naturlig å utvikle helhetlige 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. (lenke til kap om tv.f.sam)

7.3 Hva innebærer rollen som koordinator

Pasient og brukers koordinator

Koordinator skal [ifølge lowerket](#) 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".

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 som en helhet for pasient og bruker.

Koordinator er teamleder og må sikres tydelig mandat og lederforankring

Det er naturlig at koordinator er teamleder for oppfølgingsteamet. God lederforankring av koordinatorrollen og et tydelig mandat er viktig 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.

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 kartlegging med utgangspunkt i pasient og brukers mål, ressurser og behov, herunder at teamet observerer og følger opp endringer i pasient og brukers tilstand
- 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

Praktisk

- [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.

7.4 Samarbeidet mellom oppfølgingsteamet og fastlegen

Samarbeidet med fastlegen bør formaliseres

Selv om det legges til grunn at fastlegen inngår i det tverrfaglige oppfølgingsteamet rundt enkeltpasienter bør samarbeidet mellom oppfølgingsteamet og fastlegen formaliseres. Dette bør forankres i kommunens avtale med fastlegen. Avtalen bør konkretiseres på rutinenivå og omhandle utveksling av meldinger, struktur for møter og konsultasjoner, informasjonsutveksling mm. Fastlegen må også delta i utformingen av pasientforløp, og bidra til å innhente spesialisert kompetanse fra spesialisthelsetjenesten når det er behov for dette.

Målgruppene for denne veilederen kan ha omfattende behov for allmennlegetjeneste. Fastlegen har det [medisinskfaglige koordineringsansvaret](#) for pasientene på sin liste, og har derfor en sentral rolle i det tverrfaglige teamarbeidet rundt pasienten/brukeren slik at medisinske problemstillinger raskt kan belyses og avklares. Fastlegen møter ofte pasientene i tidlig fase av et sykdomsforløp eller når det oppstår et økt hjelpebehov og er derfor svært sentral i å identifisere personer som kan utvikle omfattende behov for tjenester.

Det er kommunens ansvar å tilrettelegge for slikt samarbeid. Fastlegene bør delta i utarbeidelsen av rutiner. Det bør legges vekt på at møteplasser og tilsvarende er planlagt i god tid slik at de kan tilpasses fastlegens arbeidshverdag.

Praktisk

- [Fastlegeforskriften § 8](#) med kommentarer - om kommunens ansvar for å legge til rette for samarbeid med fastlegen.
- [Fastlegeforskriften § 19](#) med kommentarer - om fastlegens medisinskfaglige koordineringsansvar og samarbeid, og forholdet til koordinatorrollen etter [helse- og omsorgstjenesteloven § 7-2](#), utdypet i [forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 21](#).

7.5 Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten må forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene

Strukturer for samarbeidet mellom oppfølgingsteamet og spesialisthelsetjenesten må inngå i de [lovpålagte samarbeidsavtalene](#). Avtalene bør konkretiseres på rutinenivå og skal inneholde strukturer for informasjonsutveksling, møteplasser og faglig dialog.

Samarbeidet mellom nivåene om 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.

I tilfeller hvor pasienten har behov for ambulante spesialisthelsetjenester samtidig med tjenester i kommunen over tid kan spesialisthelsetjenesten inngå i oppfølgingsteamet. Andre former for faglig dialog kan være veiledning til personell i kommunen.

Praktisk

- [Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1](#) og [§ 6-2](#) - om de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen.
- [Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#) - om veiledningsplikten til personell i helseforetak.

7.6 Sammensetning og arbeidsform for oppfølgingsteamet må skje i samsvar med pasient og brukers behov og ønske

Oppfølgingsteamets sammensetning

Oppfølgingsteamet består av personens tjenesteytere, herunder fastlegen. (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. Dette må fremgå av den individuelle planer hvor alle tjenester og tiltak sammenfattes, og hvor 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.

Oppnevning av koordinator

Koordinator oppnevnes blant tjenesteyterne i teamet. Pasient og brukers ønske skal vektlegges ved valg av koordinator. 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 oppstarten av et tverrfaglig teamarbeid bør det avsettes god tid til avklaring av roller og forventninger og å planlegge arbeidsform. Tverrfaglig metodikk legger rammen for samarbeidet. Det må legges stor vekt på en arbeidsform som 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 bør også avklares. Kommunens overordnede rutiner for tverrfaglig samarbeid bør være utformet slik at det sikres individuell tilpasning.

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 for å sikre forutsigbarhet og god ressursutnyttelse. Planlegging av milepæler, overganger og evalueringer med reformulering av mål er eksempler teamer 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.

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 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 og roller, evalueringspunkter.

Det enkelte personell skal i tillegg journalføre sin løpende tjenesteyting i pasient og brukers journal i samsvar med gjeldende regler for dette. Det er naturlig at dette er på et mer detaljert nivå enn det som dokumenteres i den individuelle planen og deles i teamet. 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.

Praktisk

- [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

7.7 Eksempel på arbeidsprosess i oppfølgingsteam

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 i utredningen. Dette gjøres i overensstemmelse med pasienten.
2. Bestillerkontoret inviterer Per til en tverrfaglig utredningssamtale. Pårørende eller andre nærpå personer 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 om det er nødvendig at fastlegen deltar i samtalen.
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 og tjenester i hjemmet herunder se 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, herunder 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 de 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. 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 innom 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.

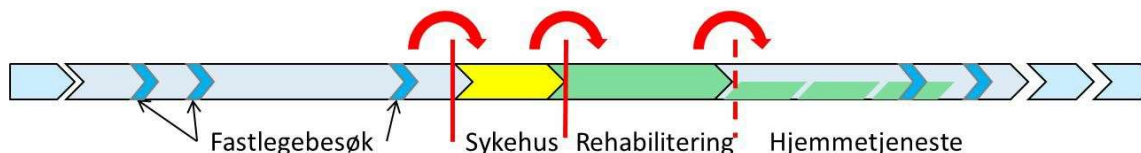
8 Helhetlige pasientforløp

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)

Forskning viser at å videreføre diagnosespesifikke pasientforløp/behandlingslinjer fra spesialisthelsetjenesten til kommunene ikke er hensiktsmessig. ([Grimsmo m fl, 2016](#)) En behandlingslinje i spesialisthelsetjenesten må imidlertid kunne ha et vekslingspunkt over mot helhetlig pasientforløp i kommunen.

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

For brukergrupper hvor det er mulig å strukturere et utvalg standard sjekkpunkter, tiltak og tjenester langs en definert tidslinje, anbefales det å utvikle forløp. Et forløp forutsetter i noen grad et definert startpunkt og et forventet slutt punkt. Eksempel er 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. Spesialisthelsetjenesten bør også delta. Utviklingsarbeidet bør legge til grunn det som er opparbeidet av kunnskap og erfaringer.

[Læringsnettverk for helhetlige forløp](#) er et godt virkemiddel for å implementere dette som en arbeidsform.

Praktisk

- [«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 ha behov for tverrfaglig samarbeid gjennom oppfølgingsteam. Flere vil kunne ha behov for tjenester også etter at det strukturerte forløpet er avsluttet.

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 overlappning. Ny koordinator bør oppnevnes før en fase er avsluttet.

Praktisk

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

8.4 Faste innholdselementer som bør inngå i helhetlige forløp

Helhetlig pasientforløp innebærer en fast struktur og består av et utvalg faste innholdselementer. Det må sikres mulighet for individuell tilpasning avhengig av den enkeltes behov. Samarbeidsavtaler, rutiner og prosedyrer med mer må være en integrert del av kommunens kvalitetssystem.

Eksempel på faste elementer i et pasientforløp er:

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

I arbeidet med [læringsnettverk for helhetlige forløp](#) er det utviklet og prøvd ut en rekke verktøy og sjekklistor.

Praktisk

- [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