



Forløpsgruppe  
Eldre med sammensatte  
problemer og lidelser

**Juli 2009**

## **Innhold**

1. Innledning .....	2
2. Metodisk tilnærming og definisjoner .....	3
3. ”Vekslingsfelt for samhandling” .....	4
4. Samarbeidsavtaler eller lovregulering .....	5
5. Systemer for kunnskap og kommunikasjonsoverføring .....	7
6. Økonomiske virkemidler som understøtter samhandling, forebygging og langsiktige planlegging .....	7
7. Bred helhetlig og tverrfaglig kompetanse .....	9
8. Skreddersøm eller konfeksjon .....	10
9. Oppsummering .....	11
10. Vedlegg .....	13

## **1. Innledning**

Regjeringen har lagt fram en egen stortingsmelding om Samhandlingsreformen. I arbeidet med reformen er det fokus på at mange pasienter og brukere har behov for koordinerte tjenester, fra ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, og andre sentrale velferdstjenester. Det har nedfelt seg en erkjennelse om at vi i dag ikke har gode nok systemer som understøtter helheten i pasient- og brukerforløpene.

I oppfølgingen av reformen vil det stå sentralt å arbeide med systemtiltak som skal støtte gode og helhetlige forløp. Som en forberedelse til dette arbeidet er det nedsatt 13 arbeidsgrupper som skal fokusere på pasient- og brukerforløp. Vår gruppe har arbeidet med brukerguppen ”eldre med sammensatte problemer og lidelser”.

Basert på to pasienthistorier/pasientforløp har gruppen identifisert ulike bruddsituasjoner og diskutert årsakene til at disse oppstår. Videre har gruppen synliggjort mulige tiltak for å sikre gode og sammenhengende pasientforløp og en vridning av ressursinnsatsen i retning av mer forebyggende tiltak. Resultatene fra gruppearbeidet viser et mangfold av problemstillinger, bruddsituasjoner og mulige områder for forbedring. På bakgrunn av gruppens brede erfaringsgrunnlag og dybdekunnskap har vi skissert seks hovedområder for det videre arbeidet med å skape gode pasientforløp for ”eldre med sammensatte lidelser”.

Arbeidet med forløp er av innledende karakter og vil bli fulgt opp i arbeidet med Samhandlingsreformen. Det ble fra departementet understreket at pasient- og

brukerorganisasjonene skulle ha en sentral plass i gruppen. I tillegg har representanter for ansattes organisasjoner, virksomheter og kommuner deltatt. Gruppen har hatt følgende deltakere:

Navn	Organisasjon
Ane Wigers	FFO, Hørselshemmede landsforbund
Astrid Myrvang	Statens seniorråd
Kristin Berling	Landsforeningen for pårørende innen psykiatri
Maija Juva	Nasjonalforeningen for folkehelse
Tor- Kristian Rønneberg	Norsk pensjonistforbund
Magne Wang Fredriksen	Norges parkinsonforbund
May Omland og Sissel Skoghaug	Fagforbundet
Helga Dahle	Fellesorganisasjonen FO
Hilde Fryberg Eilertsen	Norsk sykepleierforbund
Jorunn Helbostad/ Randi Granbo	Norsk fysioterapiforbund
Arnfinn Eek	Psykologiforeningen
Kari Bakke	Norsk helse- og sosiallederlag
Anne Helene Skyberg	HSH rehab
Marie Anbjørg Joten	KS
Fred Muller	Fylkesmannen i Nordland
Unni Ånstad	Helsedirektoratet
Kristin Løkke (sekretær)	Helse- og omsorgsdepartementet
Steinar Barstad (leder)	Helse- og omsorgsdepartementet

I rapporten gis det kort rede for arbeidets metodiske tilnærming og definisjoner og avgrensning av arbeidet, deretter presenteres seks hovedinnsatsområder med forslag til ulike systemiske tiltak. Det vedlegges to pasientforløpshistorier.

## 2. Metodisk tilnærming og definisjoner

Mandatet for arbeidsgruppen har vært å drøfte og gi innspill til hva som er typiske ”bruddsituasjoner”, hva som er gode forbedringstiltak og hva som er gode forløp for ”eldre med sammensatte problemer og lidelser” eller eldre med sammensatte behov. Videre skulle gruppen gi innspill til hvordan arbeidet i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet bør legges opp for å utvikle systemer som understøtter gode pasientforløp for denne brukergruppen.

Departementet har lagt vekt på at arbeidet i gruppene skal begrenses både hva det gjelder tid og arbeidsmengde. Det er av denne grunn avholdt tre møter. For å strukturere arbeidet ble det laget en spørsmålsliste som har dannet grunnlaget for diskusjonene. Arbeidsgruppen ble delt i to grupper som utarbeidet hver sine

pasientforløp. Forløpene ble presentert og diskutert i plenum. Konklusjonene av gruppens innspill til systemiske tiltak presenteres i denne rapporten.

Rapporten dekker noen av de problemstillinger som forløpsgruppen har prioritert. Målsettingen har ikke vært å gjøre en totalgjennomgang av helse- og omsorgstjenesten, men konsentrere innsatsen om å utarbeide forslag til systematisk tiltak for å sikre bedre og mer helhetlige bruker- eller pasientforløp. Vi har derfor ikke gått inn i alle de ulike utfordringene knyttet til disse brukergruppene, herunder økningen av eldre med minoritetsbakgrunn eller nye seniorer med andre ressurser og behov. I oppfølgingen og konkretiseringen av tiltak på dette området vil det imidlertid være viktig å foreta en bredere analyse av framtidens utfordringer, og knytte disse tiltakene til de utfordringer og strategier som følger av Omsorgsplan 2015.

Med eldre med sammensatte problemer og lidelser mener vi i denne rapporten brukere over 67 år som har ulike helsemessige og sosiale problemer med nedsatt funksjonsevne. Denne brukergruppen er svært sammensatt og omfatter brukere med mange ulike diagnoser og tjenestebehov. Vi holder i denne sammenheng sykehjemsbeboere utenfor, da det er en egen forløpsgruppe for denne brukergruppen. Det er i dag over 100 000 hjemmetjenestemottakere over 67 år. Mange av disse mottar langvarige og omfattende tjenester. Antallet brukere 67- 79 år er vesentlig redusert i perioden 1998- 2006, men vil sannsynligvis vil ha en moderat økning de nærmeste årene. Utviklingen viser at antall mottakere av hjemmetjenester over 80 år har økt fra midten av nittitallet og fram til 2006, i tråd med den generelle veksten i tallet på eldre over 80 år. Befolkningsframskrivningene viser at tallet på eldre over 80 år vil flate ut de neste femten årene, for deretter å øke kraftig fram mot 2030. På bakgrunn av denne utviklingen er det viktig å utnytte den demografisk sett relativt stabile perioden de neste 10- 15 årene til en gradvis utbygging av tjenestetilbudet, sikre gode systemer for helhetlig oppfølging av den enkelte bruker og forberede den raske veksten i antallet eldre over 80 år som forventes fra omkring år 2025.

I det følgende redegjøres det for gruppens forslag til systemiske grep for å sikre sammenhengende, forutsigbare og helhetlige tjenester for eldre med sammensatte problemer og lidelser.

### **3. "Vekslingsfelt for samhandling"**

*"Samhandling foregår best i brede vekslingsfelt".*

I stafetter løper den som skal overbringe og den som skal motta stafettpinnen ved siden av hverandre i vekslingsfeltet. Slik bør det også være i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt ved overganger internt i de ulike tjenestene. Der det er mange stafettlag og mange aktører, er det av avgjørende betydning at vekslingsfeltet er bredt og oversiktlig, slik at en unngår rot og kaos.

Dette forutsetter at det ikke er helt sylskarpe grenseopp ganger og detaljregulerte skiller i oppgave- og ansvarsfordelingen mellom nivåene og aktørene. Både de som gir

fra seg og de som mottar må få tid og mulighet til å utveksle nødvendig informasjon, utarbeide individuelle planer og saksbehandle søknader etter helse- og sosiallovgivningen mens de befinner seg i vekslingsfeltet. I et slikt system må også de kommunale tjenestene kunne bli med inn og bistå spesialisthelsetjenesten, slik at helheten blir ivaretatt i en spesialisert verden. På samme måte bør spesialisthelsetjenesten kunne følge med ut og gi faglig veiledning og oppfølging når lokale myndigheter overtar eller har hovedansvaret.

Dette var et av bildene som ble brukt i forløpsgruppen "Eldre med sammensatte problemer og lidelser" under oppsummeringen av dagsseminaret, etter at gruppen hadde gjennomgått to case og analysert de bruddsituasjoner som oppsto i disse to forløpshistoriene.

I dag er vekslingsfeltet for kort, og den som gir fra seg stafettpinnen, stopper umiddelbart, mens den som får den ikke er kommet i fart når stafettpinnen mottas. Vi må sørge for at begge er i full fart og løper parallelt når hovedansvaret for pasienten overføres, var budskapet fra forløpsgruppen. Vi må lage gode vekslingsfelt for samhandling.

Gruppen mener det er viktig å kartlegge de ulike vekslingsfeltene; mellom tjenestenivåene, mellom de offentlige tjenestene og den frivillige og uformelle omsorgen, og siste, men ikke minst, i grenseflatene mellom omsorgstjenesten og andre kommunale tjenester, herunder fastlege, NAV, barnevern, skole m.m. Hindringer for de gode vekslingsfeltene må synliggjøres. Ett av perspektivene som ble framholdt i gruppen er New Public Management-filosofien med resultatenheter, bestiller-utførermodell og sitt fokus på mål- og resultatstyring, kan føre til at helheten og samarbeidet mellom enheter og avdelinger reduseres, og at ansvaret for ivaretagelsen av det enkelte pasientforløp pulveriseres.

Det framkom ulike perspektiver på virkemiddelbruk for å sikre god, fleksible og forutsigbare vekslingsfelt.

#### **4. Samarbeidsavtaler eller lovregulering**

Gruppen framholdt både økt vekt på lovregulering og samarbeidsavtaler for å sikre bedre helhetlige og sammenhengende tjenester. Troen på å bruke jussen til å detaljregulere seg bort fra samhandlingsproblemer og hindre forløpsbrudd i overgangene mellom forvaltningsnivåer og aktører var likevel noe begrenset. Samtidig ble det påpekt et behov for å benytte juridiske virkemidler for å tydeliggjøre tjenestenes ansvars- og oppgavefordeling og sikre en samordning av regelverk for å slippe å tildele nødvendige tjenester i kommunen etter to lover. Det ble også framholdt at det et behov for et sterkere påbud i bruk av individuell plan med plikt til å utpeke primærkontakt i spesialist- og kommunehelsetjenesten som har ansvar for å følge opp den enkelte pasients behov for hjelp og tiltak på tvers av avdelinger, etater og forvaltningsgrense. Det ble videre understreket at det innenfor dagens juridiske system er en rekke lovverk som regulerer tjenestenes rutiner, herunder internkontrollforskriften og

kvalitetsforskriften m.m. Utfordringene er kanskje vel så store knyttet til å sikre overholdelse av lovverket. Tiltak av organisatorisk- og kompetansemessig art, herunder å styrke ledelseskompetanse og øke ledertettheten, er sentrale i denne sammenheng.

Flere vektla utbygging av avtaler på kryss og tvers av systemene, som er bedre tilpasset lokale forhold og ressurser, og som sikrer at partene selv blir enige om hvordan vekslingen skal foregå. Slike avtaler må imidlertid bygge på større grad av likeverdighet mellom kommuner og spesialisthelsetjenester som forhandlingsparter, og forutsetter at staten er tilbakeholden med ensidige straffereaksjoner (jf ordningen med bøtlegging av kommuner som ikke tar i mot utskrivningsklare pasienter). Dersom kommunene skal oppnå likeverdighet og skaffe seg forhandlingsmakt i møte med staten og helseforetakene, vil dette forutsette et tettere kommunesamarbeid.

Gruppen mener det både bør utvikles juridiske og økonomiske virkemidler for å sikre interkommunale tilbud. Flere tok til orde for å lovregulere samarbeidet mellom partene, både kommunesamarbeid og samarbeid mellom forvaltningsnivåene, som forplikter partene til å utarbeide felles målbilder og langsiktig forpliktende finansiering av eventuelle samarbeidstiltak. Det var samtidig en del som fryktet at kommunesamarbeid vil medføre nye forvaltningsledd og således nye grenseflater for samhandling, samt reduksjon av demokratiske lokalpolitiske prosesser.

Andre mente at kommunene må bruke KS i avtalesammenheng, slik de gjør i andre forhandlingssituasjoner. Kommunenes styrke og maktmuligheter ligger mer i det politiske/demokratiske enn i det faglige og administrative, mens de møter en spesialisthelsetjeneste som mer og mer har sin styrke og makt i det faglige. Det er derfor av stor betydning at de avtaler som inngås ikke blir sett på som faglige/administrative, men også i høy grad som politiske prosesser, der spesialisthelsetjenesten i stor grad må forholde seg til lokaldemokrati og lokalt folkestyre. Dette ble betydelig endret da spesialisthelsetjenesten ble organisert ut av fylkeskommunene.

Et annet aspekt som ble framholdt var avtaler og samspill med den uformelle omsorgen. Undersøkelser viser at den uformelle omsorgen er på størrelse med den offentlige omsorgen, og utgjør om lag 100 000 årsverk. Det bør på denne bakgrunn utvikles samhandlings- og samspillmodeller også for å sikre samarbeidet med familie og pårørende. Det er viktig å bygge ut dagtilbud og avlastningstilbud i hjem/ institusjon og det bør utvikles permisjonsordninger som gjør det mulig for pårørende å kombinere arbeid og omsorg. Videre bør det etableres ordninger for inntektssikring og utgiftsdekning til de som står i langvarige og krevende omsorgssituasjoner.

Konkrete innspill:

- Etablere et overordnet samarbeidsorgan etter rådsmodell som skal ha myndighet til å ta avgjørelser på vegne av kommuner og foretak.

- Etablere kommunesamarbeid for å sikre større likeverdighet i samhandlingen mellom kommuner og foretak.
- Sterkere påbud i bruk av individuell plan med plikt til å utpeke primærkontakt/koordinator i spesialist- og kommunehelsetjenesten som har ansvar for å følge opp den enkelte pasients behov for hjelp og tiltak på tvers av avdelinger, etater og forvaltningsgrense.
- Alle brukere skal ha rett på en primærkontakt/ ansvarlig koordinerende person.
- Samordning av regelverk for å slippe å tildele nødvendige tjenester i kommunen etter to lover.
- Utarbeide et lovverk som gir de hjelpetrequende rett til å få det samme tjenestenivået og - innholdet uavhengig av hvor i landet de bor.

## **5. Systemer for kunnskap og kommunikasjonsoverføring**

Flere av de bruddsituasjonene som ble avdekket i gruppearbeidene tydeliggjør i stor grad at tjenestene har manglende systemer for kunnskaps- og informasjonsutveksling. Det er innenfor dagens helse- og omsorgssektor ingen helhetlige kommunikasjonssystem som sikrer en rask og sikker overføring av informasjon, blant annet om pasientenes legemidler, epikriser m.m. Kontinuitetsavbrudd kan føre til at helse- og sosialpersonell kan miste oversikten, noe som kan medføre uheldige konsekvenser for pasienten ved at viktig informasjon kan gå tapt og ansvaret tilsynelatende pulveriseres. Gruppen mener det er behov for å utvikle både felles elektroniske journalsystem mellom ulike tjenestenivåer og personellgrupper og felles prosedyre og rutiner for journalenes form, funksjon og innhold. Det bør videre utarbeides klare systemer og rutiner for når og hvordan informasjon og kunnskap skal overføres, for eksempel gjennom å utvikle standardiserte behandlingsforløp.

Konkrete innspill:

- Etablere gjensidig forpliktende (lovfestede) avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene som bla inneholder kriterier og forvaltningsprosedyrer for inn- og utskrivning fra sykehuset. Avtalene må inneholde systematisk planlegging av utskrivning allerede ved innkomst. Rutinene må ha systemer for involvering og helhetlig faglig oppfølging, både i sykehuset og fra kommunene.
- Etablere en "hotline", en døgnåpen telefon, der tjenesteansvarlig i kommunene har en direkte linje både til fastlege og foretak.
- Utvikle kunnskap om og tiltak for kommunikasjonsoverføring for nye brukergrupper, herunder brukere med minoritetsbakgrunn.
- Utvikle telemedisin på sentrale områder.

## **6. Økonomiske virkemidler som understøtter samhandling, forebygging og langsiktige planlegging**

Et annet forhold som endret seg vesentlig med sykehusreformen, var innretningen av de økonomiske virkemidlene. I fra at både spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene i hovedsak begge var rammefinansiert, og en del av det

samme inntektssystemet, ble det innført stykkprisfinansiering. Dette har medført at det som synes lønnsomt for sykehusene, av og til kan være direkte ulønnsomt for kommunene, og at det som er lønnsomt for kommunene, av og til kan være direkte ulønnsomt for sykehusene.

Forløpsgruppen har stor tro på å rydde opp i de økonomiske virkemidlene med sikte på at de skal understøtte og ikke motvirke samhandling. Det kom flere forslag på dette:

*1. Avvikling av stykkprisfinansieringen*

Først og fremst var det stor oppslutning om at stykkprisfinansieringen burde avvikles. Stykkprissystemet ga uønskede vridningseffekter i forhold til hvilke pasientgrupper som ble prioritert, og fungerer ugunstig i forhold til å ta vare på helheten til pasienter med mange diagnoser/ sammensatte lidelser (som var forløpsgruppen hovedtema)

*2. Fastlegene på fastlønn*

Noen av de samme problemene er knyttet til finansieringen av fastlegene. Råd nr to fra forløpsgruppen er derfor: Få fastlegene over på fastlønn og sørg for at det er like lønnsomt for leger å drive forebyggende arbeid, ta del i tverrfaglig samarbeid og følge opp hjemmesykepleien og sykehjemmene som å ta i mot enkeltpasienter på legekantoret. Det bør ansettes flere leger og fastlegens lister bør bli kortere. Videre må fastlegene bli en større del av det helhetlige kommunale systemet. For å sikre oppfølging og forebygging mht sykdomsutvikling bør det etableres en gratis årlig helsekontroll hos den enkeltes fastlege.

*3. Øremerk midler til forebyggende arbeid*

Forebygging lønner seg. Problemet er likevel at på kort sikt kan du ikke unngå å behandle konsekvensene av tidligere mangler på det forebyggende arbeid. Forebyggingsgevinsten viser seg først seinere som manglende utgiftsøkning. Det kan derfor være vanskelig å omprioritere midler fra behandling til forebygging lokalt. Våre ettårige statsbudsjett og kommunebudsjett motvirker også en mer langsiktig tenkning der forebygging kan ses som en lønnsom investering. På den bakgrunn kom det opp forslag om å øremerke midler til både primær -og sekundærforebyggende arbeid, i håp om å kunne hente gevinstene av dette for eksempel når den store veksten i tallet på eldre kommer om 10-15 år. Videre kom det forslag om å etablere forebyggende oppsøkende hjemmebesøk til eldre over 75/ 80 år, etter modell fra Danmark. Det var ellers ulike synspunkter på mer bruk av øremerkede midler i gruppa.

*4. Økonomiske insitamenter for samhandling*

Det bør utvikles ulike stimuleringsmidler for å etablere forpliktende samarbeidsavtaler som sikrer gjensidig kunnskaps- og kompetanseoverføring. Det bør etableres økonomiske virkemidler som gir insentiver for spesialisthelsetjenesten til å drive ambulant virksomhet.



5. *Like ordninger for egenandeler på ulike nivå*

Alle de ulike egenandelsordningene i helse- og sosialtjenesten bør gjennomgås, slik at de blir like for alle enten de er i sykehus, rehabiliteringsinstitusjon, sykehjem eller mottar tjenestetilbudet sitt i omsorgsbolig eller eget hjem. Om en vil stimulere til å ta imot tjenestetilbudet etter LEON-prinsippet, bør det kanskje også gjøres gunstig egenandelsmessig.

6. *Videreutvikle KOSTRA og IPLOS*

IPLOS bør videreutvikles med sikte på å kunne differensiere ressursbruken til yngre versus eldre brukere. I tillegg bør man kunne hente ut utgiftsdata knyttet til private tilbydere. Det er ikke mulig i dag. Kommuner med stor grad av privatisering i utførerleddet framkommer i dag som svært billige virksomheter.

7. *Ressurskrevende tjenester*

Ordningen om tilskudd til ressurskrevende tjenester omfatter ikke brukere over 67 år. Dette kan føre til skjevfordelinger mellom brukergrupper med store ressursbehov og oppleves aldersdiskriminerende. Ordningen bør omlegges og innbefatte alle aldersgrupper.

8. *Langsiktighet i avtaler og økonomiske overføringer*

For å sikre forutsigbarhet i samarbeidet mellom ulike tjenesteytere er det viktig med langsiktighet i avtaler som inngås både mellom offentlige instanser og mellom offentlige og private tilbydere. Gruppen mente det er viktig å etablere langsiktige økonomiske rammeavtaler og mer kortsiktig ytelsesavtaler. Dette både for å sikre langsiktighet og fleksibilitet i tjenesteutviklingen og tjenesteproduksjonen.

## **7. Bred helhetlig og tverrfaglig kompetanse**

På tiltakssiden var behovet for en bredere og mer helhetlig og tverrfaglig kompetanse det som ble pekt på oftest for å møte bruddsituasjonene i forløpshistoriene som ble gjennomgått. For å møte vår brukergruppe "Eldre med sammensatte problemer og lidelser", er det først og fremst behov for den helhetlige og tverrfaglige tilnærming som kan sikre at den enkelte får et tjenestetilbud der ulike sosiale forhold, diagnoser og funksjonsevne blir sett i sammenheng. For å få til dette må en tilstrebe større faglig bredde i helse- og omsorgstjenestene, med større vekt på forebygging og rehabilitering og aktiv omsorg.

Konkrete innspill:

- Ansette flere allmennmedisinere/geriater både i sykehus og kommuner - akuttobservasjon bør bli allmennlegens arena.
- Sikre flere fastleger og kortere lister per lege.
- Økt kunnskap om eldre/ geriatri/ demens/ alderspsykiatri og rehabiliteringskompetanse i alle utdanninger og spesialiteter.

- Økt breddekompetanse i sykehus. Utvikle felles mål med mer tverrfaglig tilnærming.
- Psykologene bør inn i de kommunale helse- og sosialtjenestene (kommunepsykologstillinger ved siden av legekantoret) med bred kunnskap om alle aldre.
- Både i sykehus og kommuner bør yrkesgrupper med kompetanse på forebygging, habilitering og rehabilitering få større plass: Fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere med spesialutdanning, aktivtører, vernepleiere, sosionomer, spesialpedagoger, logoped, idrettspedagoger og helsefagarbeidere/omsorgsarbeidere/hjelpepleiere med videreutdanning...
- Etablere en koordinerende funksjon som skal ha ansvar og kompetanse i forhold til å følge opp den enkelte pasients behov for hjelp og tiltak på tvers av avdelinger, etater og forvaltningsgrense.
- Etablere tverrfaglige team innenfor ulike områder, herunder demens, forebygging, rehabilitering, palliasjon m.m.
- Benytte eksisterende rehabiliteringsinstitusjoner og bygge ut rehabiliteringstiltak i kommunene med fokus på mestring og tverrfaglig forebygging.
- Sikre økt grunnbemanning og færre deltidsstillinger i hjemmetjenesten.
- Rekruttere og beholde kompetent fagpersonell med videreutdanning, spesielt i eldreomsorgen.
- Utvikle tiltak for kompetanseheving, blant annet for voksne og andre uten formell kompetanse og videreutvikle desentraliserte studier feks ved rulling av Kompetanseløftet 2015.
- Økt kunnskap om demens hos allmennheten

## 8. Skreddersøm eller konfeksjon

En problemstilling som ble diskutert i gruppen var forholdet mellom standardisering og individuelt tilpassede tjenester. Flere mener at utviklingen de senere årene har gått i to ulike, og kanskje motsetningsfylte retninger. Innenfor dagens lovverk og retningslinjer fremholdes idealet om å utforme individuelt tilpassede tjenester basert på den enkeltes behov. Samtidig utvikles tjenestetilbudet i større grad enn tidligere ut fra standarder og fastlagte "tilbudspakker", blant annet som en konsekvens av mål- og resultatstyring av virksomhetene. Mange steder legges beslutnings- og vurderingsmyndighet til et bestillerorgan som ikke driver tjenesteutøvelse, mens utførerleddet ikke har makt og myndighet til å drive faglig og individuell tilpasning av tjenestene. Dette motsetningsforholdet ble aktualisert under gruppens utvikling av standardiserte forløp. Hva er det vanlige forløpet? Hvordan sikre likhet i tilgang på tjenesten og forutsigbarhet i oppfølging av brukere, samtidig som man skal ivareta den enkeltes individuelle behov?

Gruppen ser behovet for å utvikle noen standardiserte system for å sikre det gode forløp og likhet i tilgang på tjenestene. Viktige standarder kan være knyttet til rutiner og rammer for ivaretagelse av vekslingsfeltet, oppfølgingsrutiner, oppgaveløsning m.m. Samtidig er det viktig å beholde blikket på enkeltmennesket og det unike møtet. Kvaliteten i tjenesten blir aldri bedre enn det som skjer i det direkte møte mellom

tjenestemottaker og tjenesteyter. I stor grad handler dette om å møte den enkelte med verdighet og respekt, og legge til rette for de gode dagene, på tross av sykdom og funksjonssvikt. For å sikre dette må ansatte ha kunnskap om den enkeltes livshistorie, en bevissthet om egne verdier og holdninger, og arenaer for veiledning, erfaringsutveksling og refleksjon i det daglige arbeidet. Det er viktig å bygge kulturer for læring og refleksjon. Dette er også i stor grad et spørsmål om ledelse og organisasjonskultur. Organisering og ledelse av tjenestene uttrykker verdier på et strukturelt nivå, og får store konsekvenser for ansattes holdninger og handlinger i praksis. De kommunale tjenestene har svært lav ledertetthet og liten lederkompetanse. Konkrete innspill:

- Gjennomgang av grensedragningen mellom standardisering og individualisering av tjenestene.
- Styrke holdningsskapende og kulturbyggende kompetanse både i utdanningen og gjennom tiltak i de ulike virksomhetene, herunder bygge ut prosjektet "Samarbeid om etisk kompetanse".
- Sikre økt lederkompetanse og økt ledertetthet i de kommunale omsorgstjenestene.

## 9. Oppsummering

Arbeidet i pasientforløpsgruppen "eldre med sammensatte problemer og lidelser" har identifisert ulike bruddsituasjoner og avdekket noen av årsakene til at disse oppstår. For å sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp, gode vekslingsfelt for samhandling og en vridning av ressursinnsatsen i retning av mer forebyggende tiltak, har gruppen synliggjort flere systemiske grep, både av juridisk, økonomisk, organisatorisk og kompetansemessig karakter.

Gruppen mener for det første det er viktig å sikre vekslings- og samhandlingsfeltet gjennom lovregulering og gjensidig forpliktende samarbeidsavtaler. Juridiske virkemidler bør benyttes for å sikre koordinerte og forutsigbare tjenester og tydeliggjøre dagens oppgave- og ansvarsdeling mellom nivåene. Det må etableres systemer for kunnskaps- og informasjonsutveksling som en del samarbeidsavtalene.

Forløpsgruppen hadde videre stor tro på å rydde opp i de økonomiske virkemidlene med sikte på at de skal understøtte og ikke motvirke samhandling. Hovedgrepene bør være å sikre like finansieringsordninger for de ulike nivåene, slik at insentivene ikke trekker i ulike retninger, gi øremerkede tilskudd til prioriterte områder, herunder forebygging, og etablere økonomiske insentiver for å utvikle langsiktige og likeverdige samhandlingsavtaler.

Et annet hovedtiltak er å sikre en bredere og mer tverrfaglig kompetanse både i spesialisthelsetjenesten og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Det er behov for flere ansatte, herunder både leger, ledere og nye faggrupper, ulike tverrfaglige team og økt kompetanse blant annet innen demens, geriatri, rehabilitering, etikk, ledelse og organisering. I utviklingen av fremtidas pasientforløp er det også viktig å synliggjøre grenseflatene mellom standardisering og individualisering av tjenestene.

Virkemiddelbruken må vektas på bakgrunn av analyser av hvilke tiltak som bidrar til å skape gode rammebetingelser for og godt innhold i det enkelte møte mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og som bidrar til å sikre den gode dagen for den enkelte bruker.

## 10. Vedlegg

### Case 1: ”Mannlig slagpasient på 75 år ”

#### Mannlig slagpasient på 75 år

- Aleneboende enkemann, ingen barn
- Fått opptrening
- Svekket hørsel og noe kognitiv svikt
- Kjærest bor ikke langt unna

#### Forløp

Aktiv i pensjonistforeningen, truffet kjæresten der. Hygger seg sammen i helgene med bilturer(han har bil) og hjemmekos med god mat og drikke.

God nabo – de har daglig kontakt.

## Hendelse/årsak – Tjeneste/tilbud

- Blir funnet på gulvet av nabo, vet ikke hvor lenge han har ligget – kan ikke reise seg eller gjøre rede for hva som har hendt
- Innlegges medisinsk avdeling på lokalsykehuset, diagnose = slag. Naboen oppgir kjæresten som nærmeste pårørende.
- Mediseres og får besøk av sykehusets fysioterapeut daglig som anbefaler opptrening.

- Sykehuset kontakter ikke opptreningsinstitusjon helseforetaket har avtale med, da den ligger 15 mil unna og at de prioriterer yngre pasienter.
- Pga plassmangel utskrives han fra sykehuset til hjemmet fredag etter lunsj. Får med seg medisiner for neste døgn i en konvolutt. Hjemmesykepleien varsles pr. tlf. om at han reiser hjem og trenger tilsyn og hjelp til påkledning. Kjæresten kontaktes, men hun fraskriver seg ansvar.

*Brudd = Manglende forberedelser for videre behandling og oppfølging av pasienten*

*Ansvarlig person må utpekes på sykehusavdeling med plikt til å planlegge og samhandle med den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen om en forsvarlig viderebehandling i 1. og 2. linjetjenesten gjennom individuell plan*

- Over helgen ber hjemmesykepleien om nærmere informasjon om pasienten fra sykehuset og ber om epikrisen. Den sendes samme dag til fastlegen og inneholder anbefalinger om videre behandling, kontroller og opptrening. Det tar tid før hjemmesykepleien får epikrisekunnskapen da fastlegen har kortvarig permisjon. Vikaren følger ikke opp saken.

*Brudd = manglende rutiner for samhandling mellom fastlege og hjemmesykepleie*

- Hjemmetjenesten følger opp pasienten med vurdering av funksjonsnivå og finner at han ikke helt forstår sin nye svekkede tilstand med kraftløshet i høyre arm og ben, dårlig hørsel, dårlig matlyst og depresjon. Han tildeles hjelp til
 

- personlig hygiene/påkledning	daglig
- medisiner	ukentlig multidoser
- middag for hele uken	frossen
- hjemmehjelp - husvask	2 t. hver 14. dag
- klesvask, leveres vaskeri	hver 3. uke
- trygghetsalarm	går til naboen

Det søkes om korttidsplass - ikke innvilget  
 opptreningsopphold - lang ventetid  
 tilpassing av høreapparat – 2 mnd ventetid  
 rampe ute og rekkverk til trappene inne  
 hjelpemidler til badet

Da soverommet og badet er i 2. etg, sover han foreløpig på sofaen i stua og morgenstellet på kjøkkenet.

Kjæresten er dagmamma for barnebarn i uka, så hun fortsetter som besøkende i helgene. Er ikke noe særlig innstilt på å gi praktisk hjelp.

Den gode naboen er til stor hjelp – han handler, tar inn posten, måker snø og hjelper til med oppvarming av den frosne middagsmaten.

- Får opptreningsopphold på sykehjemmet etter 3 mnd. ADL-treningen gir resultater. Han kommer seg fysisk og kan gå i trapper med godt rekkverk. Vanskeligere med påkledning da den ene armen fortsatt er vissen.
- Brudd = manglende ADL-trening i påvente av opptreningsopphold

- Innvilges fysioterapi 2dg i uken etter hjemkomst og klarer seg bedre hjemme i eget hus.
- Savner å komme ut og treffe andre, blir deprimert. Trenger transporttilbud for å delta på pensjonistmøtene. Verken naboen eller kjæresten kjører bil. Får ikke informasjon om TT-ordningen.
- Brudd = manglende kunnskap/koordinering om ordninger som kommunen kan/skal være behjelpelig med. (Ikke bruk av individuell plan)

- Ventetid på hørselsentralen ble lengre enn antatt. Fikk nytt og tilpasset høreapparat mens han var på opptreningsoppholdet.
- Behovet for daglig starthjelp i bruk av det nye apparatet følges ikke opp. Kun en hjelpepleier i kommunen som kan noe om høreapparater.
- Får til slutt veiledning og hører alt som sies. Han følger dermed bedre med og forstår bedre samtaler og situasjoner.
- Brudd = manglende helhetlig behovsanalyse og manglende koordinering av tjenestene tilpasset hver enkelt.

- **Behov:**

Samordning av tjenester etter individuelle behov gjennom

- sterkere påbud i bruk av individuell plan med plikt til å utpeke primærkontakt i spesialist- og kommunehelsetjenesten som har ansvar for å følge opp den enkelte pasients behov for hjelp og tiltak på tvers av avdelinger, etater og forvaltningsgrense.  
**Det vil si påbud om samhandling.**
- Samordning av regelverk for å slippe å tildele nødvendige tjenester i kommunen etter to lover.



## Case 2: ” Kvinne 73 år med demens og sammensatte lidelser”

### Eldre med sammensatte lidelser, case 1

Kvinne 73 år med demens og sammensatte lidelser, herunder depresjon og angst. Har hatt en demensdiagnose i nærmere 7 år. Bor sammen med sin mann i en av landets storbyer. Har to sønner som bor langt unna.

Gruppedeltakere: Hilde Fryberg Eilertsen, Ann Helene A. Skyberg, Randi Granbo, Tor-Kristian Rønneberg, Kristin Berling, Maija Juva (referent)

To forskjellige forløp, den ene i dagens situasjon den andre etter samhandlingsreformen. Venstre kolonne: hendelse, høyre kolonne: tiltak.

### Forløp før samhandlingsreformen, case 1

- |   |  |
|---|--|
| 1. Sviktende hukommelse, orienteringsprobl. Hatt ansvar for hus og hjem, klarer ikke nå. Bekymret, deprimert, mannen foreslår time hos legen. | 1. Fastlegen bagatelliserer, ektefellen tar ansvar   |
| 2. Barna på besøk, reagerer på at mor roter, er deprimert, engstelig, avhengig av far.  | 2. Ny kontakt med legen, Alzheimerdiagn., medisiner, ingen annen oppfølging  |
| 3. Angst og depresjon øker, mannen sliten, allfor stort ansvar  | 3. Antidepressiva, hjemmehjelp   |
| 4. Mannen syk, innlagt på sykehus   | 4. Korttid på vanlig somatisk post   |
| 5. Kvinne får lungebetennelse   | 5. Innleggelse på sykehuset  |
| 6. Mannen hjem, redusert  | 6. Hjem m/ hjemmesykepleie   |
| 7. Økende forvirring og uro, snur døgnet  | 7. Alderspsykiatrisk sykehus   |
| 8. Etter 2 mnd roligere, mindre angst   | 8. Fast plass på sykehjem utenbys, lang vei for mannen. Ledig plass i egen kommune om 6 mnd, skjermet enhet om ytterligere 6 mnd |
| 9. Faller, brekker lårhalsen  | 9. Sykehus, deretter somatisk avdeling på sykehjem   |

### Forløp etter samhandlingsreform, case 1

- |  |  |
|--|--|
| 1. Sviktende hukommelse, orienteringsprobl. Hatt ansvar for hus og hjem, klarer ikke nå. Bekymret, deprimeret, mannen foreslår time hos legen. | 1. Fastlegen undersøker, sender til spesialist for videre undersøkelser: Alzheimerdiagn. Medisinering, kontakt med demensforen.  |
| 2. Depresjon og angst, takler ikke situasjonen. Mannen sliter, tatt over det meste hjemme.   | 2. Fastlege innkaller til ansvarsgruppe: Spes. tjeneste, kommunen m/ hjemmetj., fysio, ergo, ektepar. Individuell plan, spl fra hjemmetjenesten ansvarlig for å følge opp. Beskjed til apotek om medisiner. Samtalegruppe og pårørendeskole, også for sønner der de bor, dagtilbud og avlastning |
| 3. Mannen syk, inn på sykehus  | 3. Korttid på sykehjem, skjermet enhet   |
| 4. Hjemme igjen  | 4. Tett oppfølging av lege og hj.tjeneste  |
| 5. Snudd døgnnet, vandrer om natten  | 5. Fast plass på skjermet enhet (samme som for korttid), tett kontakt med familien   |
| 6. Lungebetennelse   | 6. Sykehjemmet behandler, har god nok bemanning og legekapasitet   |

### Forløp etter samhandlingsreform, forts.

- |  |   |
|--|---|
| 7. Depresjon, angst, uro   | 7. Spesialist fra sykehuset (geriater, alderspsykiater, geriatrisk team) besøker sykehjemmet, undersøker pasienten, samtale med personale, evt. pårørende |
| 8. Varierte helseproblemer i tiden fremover i tillegg til demens, angst og depresjon | 8. Sykehjemmet får ambulant røntgen-service fra sykehuset (flyttbard, digitalt) til enkle rtg. undersøkelser. Får laboratorieservice fra sykehuset.       |
| 9. Flere år på sykehjem, skjermet enhet  | 9. Demensforeningen arrangerer jevnlig møter/turer/samlinger for pasientene og deres pårørende.   |
| 10. Siste fase i livet   | 10. Bor på samme skjermet enhet til slutten av livet. Nødvendige helse tjenester og personale hentes fra andre avdelinger og spesialist-helse tjenesten.  |