

## Tilbakemeldingsskjema

### Ekstern høring – Veileder for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov

#### Høringsinnspill:

- Vennligst benytt skjema under (både til generelle kommentarer og kommentarer knyttet til bestemte områder)
- **Frist:** 1. september 2017
- **Sendes:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) med referanse 17//13658

**Navn høringsinstans:** Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH)

#### Generelle kommentarer

- Intensjonen med veilederen er god og NK LMH støtter et høyt ambisjonsnivå knyttet til de kommunale tjenestene.
- Veilederen er generisk, generell og overordnet og vektlegger lederansvaret på en god måte. Den gir imidlertid mindre konkrete anbefalinger for praksisutøvelse, og refererer til få verktøy. Der hvor veiledere med mer konkrete anbefalinger skal benyttes, bør disse henvises direkte og mer systematisk til i større grad enn nå. Eksempelvis [kapittel 6](#) i Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: *Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten* som sier noe om hva det innebærer, oppgave- og ansvarsdeling, organisering med mer.
- Mestring er et sentralt begrep i veilederen, og forutsetter informasjon, veiledning og undervisning fra helsetjenesten. NK LMH savner større oppmerksomhet rettet mot denne *pedagogiske virksomheten*. Hva er brukernes behov og hvordan kan helsepersonell legge til rette for lærings situasjoner som bidrar til mestring? Hvilken kompetanse er nødvendig for å kunne legge til rette for læring og mestring? Den pedagogiske virksomheten bør komme tydeligere fram i hele veilederen (spes. Kapittel 1 og Kapittel 8).
- Det er ønskelig at veilederen samler sentrale begreper og utdypyr forståelsen av disse. Vurder om veilederen kan tjene på å ha et kapittel innledningsvis som omhandler verdier som arbeidet skal bygge på.
- Det kan med fordel legges inn flere referanser for å tydeliggjøre kunnskapsgrunnlaget i veilederen, ettersom den inneholder mange *bør-*formuleringer.
- Overskriften *praktisk* går igjen under flere av kapitlene. NK LMH anbefaler å revurdere overskriften slik at den samsvarer mer med innholdet.

<b>Kapittel 1 – Bedre oppfølging av brukere med omfattende behov for tjenester krever tydelig ledelse</b>	<b>Kommentarer til innhold, struktur og anbefalinger</b>
1) Innbyggernes hjelpebehov kan påvirkes	Mange lever med helseutfordringer over lang tid, og et viktig poeng er at god oppfølging, inkludert informasjon, veiledning og undervisning, er vesentlig for å håndtere hverdagen og leve verdige liv.
2) Sentrale lederegrep for å sikre bedre oppfølging av brukere med omfattende behov for tjenester	Brukermedvirkning i utvikling av tjenestene er lite beskrevet, og bør få større oppmerksomhet på ledernivå. Medvirkning må være forstått og anerkjent av ledelsen for å unngå tilfeldigheter og manglende systematikk.
3) Utfordringsbilde for bedre oppfølging av brukere med store og sammensatte behov	
4) Internasjonale satsinger på bedre oppfølging av pasienter og brukere med store og sammensatte behov	
<b>Kapittel 2 – Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov</b>	<b>Kommentarer til beskrivelsene</b>
1) Kjennetegn ved pasienter og brukere med store og sammensatte behov	NK LMH anbefaler å benytte begrepsapparatet til ICF her, siden det brukes i en annen sammenheng i veilederen (Kap. 5.5, s.25). ICF gir et godt bilde av hvor sammensatt menneskets funksjon er, og peker på hvordan for eksempel personlige faktorer og miljøfaktorer kan komplisere en god funksjon.
2) Eksempler på pasienter og brukere med store og sammensatte behov	
3) Pasient- og brukerhistorier til bruk i opplæring og tjenesteutvikling	Litt uklart hvorfor disse praksiseksemplene står her og hvordan de skal brukes i opplæring og tjenesteutvikling.
<b>Kapittel 3 – Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team</b>	<b>Kommentarer til innhold, struktur og anbefalinger</b>
1) Ledere må legge til rette for myndiggjorte pasienter og brukere	NK LMH mener at det med fordel kan legges inn noe mer om hvordan få til brukermedvirkning i utvikling av tjenestene. Under <i>praktisk</i> kan det henvises til <a href="http://www.mestring.no">www.mestring.no</a> der det finnes en del konkrete råd for hvordan få dette til.

2) Ledere må legge til rette for myndiggjorte fagpersoner	
3) Ledere må legge til rette for myndiggjorte team	
<b>Kapittel 4 – Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester</b>	
1) De seks dimensjonene for kvalitet i tjenestene bør benyttes som sjekkpunkter i forbedringsarbeidet	Bra at disse er tatt med.
2) Kommunene skal ha et system for kontinuerlig forbedringsarbeid	Det må også sikres nødvendig rapportering (s.18). Her kan det legges til et kulepunkt <ul style="list-style-type: none"> <li>om pasienter og brukere får tilstrekkelig informasjon, veiledning og undervisning for å håndtere sykdommen og mestre hverdagen</li> </ul>
3) Kommunene må anvende pasienter, brukeres og pårørendes erfaring i kvalitetsarbeidet	Her kan det gjerne lenkes til samarbeidsmåten ved etablering av lærings- og mestringstilbud ( <a href="#">Standard metode</a> ). Lærings- og mestringfeltet har lang erfaring med bruk av Demings kvalitets sirkel i kontinuerlig kvalitetsutvikling av klinisk arbeid ( <a href="http://www.mestring.no">www.mestring.no</a> ).
4) Kommunene bør benytte tilgjengelige styringsdata fra ulike datakilder til kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling	
5) Læringsnettverk bør benyttes som metode for tjenesteutvikling	
<b>Kapittel 5 – Kompetansebehov og kompetanseplanlegging</b>	
1) Strategisk kompetanseplanlegging bør benyttes for å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene	
2) Kommunene bør ha tilgang til analysekompetanse	
3) Kommunene bør legge til rette for bruk av kompetanse på tvers av tjenesteområder og sektorer i kommunen	Her kan eksempelvis felles kompetanseheving i helsepedagogikk føyes til.
4) Det må legges til rette for utvikling og utveksling av kompetanse mellom helseforetak og kommuner	Praktisk: Et tilleggs-eksempel på nettverk og strukturer for kompetansedeling er innen feltet læring og mestring og helsepedagogikk: <ul style="list-style-type: none"> <li>Læring og mestring, pasient- og pårørendeopplæring (<a href="#">Helse Bergen</a>)</li> </ul>

<p>5) Kommunene må ha personell med minimum høyskoleutdanning innen helsefaglig, sosialfaglig og spesialpedagogisk kompetanse</p>	<p>ICF benyttes, men på en noe mangelfull måte. Beskrivelsen henger dårlig sammen og bør få mer plass. Listen over kulepunkter kan ryddes for å henge bedre sammen.</p>
<p>6) Kommunene bør på noen områder ha personell med klinisk etter- og videreutdanning</p>	
<p>7) Personell i tjenestene bør ha felles forståelse og kunnskap om noen sentrale temaer</p>	<p>Helsepedagogikk bør være ett av temaene.</p>
<p><b>Kapittel 6 – Hvordan oppdage og identifisere behov for tjenester – forebyggende risikokartlegging</b></p>	<p><b>Kommentarer til innhold, struktur og anbefalinger</b></p>
<p>1) Kommunens ledelse skal sikre et system for å identifisere risiko og behov for tjenester</p>	<p>Det bør komme fram at en viktig forutsetning for observasjon knyttet til risiko og behov, er tilstrekkelig kompetanse hos fagutøverne.</p>
<p>2) Det må fremgå tydelig hvor personell i helse- og omsorgstjenesten, pårørende og samarbeidspartnere skal melde om behov/mulige behov for tjenester</p>	
<p>3) Meldinger om behov må skje i overensstemmelse med pasient og brukers ønske</p>	
<p>4) Meldinger om behov skal betraktes som søknad og skal utredes og saksbehandles i tråd med regler for dette</p>	
<p>5) Det må sikres nødvendig breddekompetanse i den tverrfaglige utredningen</p>	<p>Hvor kommer denne sjekklisten fra (s.33)? Den trenger en henvisning/referanse. Savner kartlegging av behov for informasjon, veiledning og andre læringstiltak.</p>
<p>6) Det bør sikres rask avklaring for personer som står i fare for langtidsfravær fra arbeidslivet</p>	
<p>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</p>	
<p>8) Kommunen bør sikre nødvendige verktøy og metoder for</p>	

forebyggende risikokartlegging og identifisering av behov	
<b>Kapittel 7 – Strukturtrett oppfølging gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam</b>	<b>Kommentarer til innhold, struktur og anbefalinger</b>
1) Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av pasienter og brukere med behov for omfattende tjenester	
2) Om oppfølgingsteam og forholdet til bestemmelsene om koordinerende enhet, individuell plan og koordinator	Viktig kapittel.
3) Hva innebærer rollen som koordinator	
4) Samarbeidet mellom oppfølgingsteamet og fastlegen	NK LMH foreslår i tillegg å si noe om samarbeidet og koblingen opp mot de planlagte primærteamene.
5) Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten må forankres i de lovpålagte samarbeidsavtalene	
6) Sammensetning og arbeidsform for oppfølgingsteamet må skje i samsvar med pasient og brukers behov og ønske	
7) Eksempel på arbeidsprosess i oppfølgingsteam	
<b>Kapittel 8 – Helhetlige pasientforløp</b>	<b>Kommentarer til innhold, struktur og anbefalinger</b>
1) Hva er helhetlige pasientforløp	Her bør det nevnes at det er stor variasjon i begrepsbruken i praksis. Det bør komme fram hvor begrepsbruken i dette dokumentet stammer fra.
2) Kommunen bør identifisere pasient- og brukergrupper hvor det er hensiktsmessig å utvikle helhetlige forløp	
3) Tverrfaglige oppfølgingsteam bør også anvendes i helhetlige forløp	
4) Faste innholdselementer som bør inngå i helhetlige forløp	Det er viktig at det er tydelighet ift hva som er kommunens strukturer for å få til helhetlige forløp, og hva som er mulige innholdselementer for pasientene. Fremstillingen her er overordnet og gir lite inntrykk av hva

	forløpene faktisk kan og bør inneholde. Lærings- og mestringstilbud er for eksempel ikke tydeliggjort på noen nivåer.
--	---