

Kunnskapsgrunnlag - gjeld alle grupper.

Samandrag frå vitenskaplege artiklar og utgreiingar, rapportar m.v

(Søk i Pubmed, Web of Science, Cochrane database + kunnskapsgrunnlag samla av prosjektgruppa og kjernegruppa)

Samandrag	Tema relevant for prosjektet	Viktige funn/ konklusjon
<p>Bauer et al., 2014. <i>Aligning health information technologies with effective service delivery models to improve chronic disease care.</i> Doi:10.1016/j.ypm.2014.06.017 (Web of Science)</p>		
<p>Artikkelen ser på korleis velferdsteknologi kan betre tiltak og tilnærming for kronisk sjuke, ved å ta utgangspunkt i en samhandlings/ tverrfagleg modell med fokus å styrke brukarmedverknad. Fleire prinsipp for samhandling vart avdekkja, mellom anna at behandling skal vere pasientretta og kunnskapsbasert. Artikkelen diskuterer korleis velferdsteknologi kan implementerast i lag med desse prinsippa. Presenterer mobile helse paradigme og korleis dette kan få stor betydning for framtidig kunnskapsbasert praksis, utover tradisjonelle kliniske settingar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Velferdsteknologi • Samhandling og tverrfaglege • Bedra tilnærming for kronisk sjuke • Mobile helse paradigme 	<p>Velferdsteknologi kan styrke og forbetre samhandling og tverrfagleg behandling for pasientar med kronisk sjukdom.</p>
<p>Chew-Graham et al., 2013. <i>How QOF is shaping primary care review consultations: a longitudinal qualitative study.</i> Doi: 10.1186/1471-2296-14-103 (Web of Science)</p>		
<p>Studien legg til grunn pågåande arbeid for å betre kvalitet i behandling for pasientar med kroniske sjukdommar – og viser til fleire ulike modeller. Nokre av modellane har innført bruk av konsultasjonar der pasientar vert invitert til å delta på ein konsultasjon med ein fastlege eller sjukepleiar for å kartlegge pasienten og deira kroniske sjukdom. Den enkelte legepraksis tener på desse konsultasjonane ved å følge/ bruke eit rammeverk, The Quality and Outcomes Framework (QOF). Artikkelen beskriv ein kvalitativ studie der ein ser på korleis dette rammeverket påverkar konsultasjonane med pasientane. Samt kjem det frem at det er motsetnadar mellom pasient-retta konsultasjon og rammeverket som insentiv. Konsultasjonar vart tatt opp på lydband, og pasientane vart deretter intervjuet. Pasientane vart fylgt i tre mnd, og vart vekentleg kontakta for å få informasjon om helsetenestebruk. Eit nytt intervju vart gjennomført etter tre mnd med pasienten. Resultat viste at helsepersonell såg på konsultasjonane som ei måte å overvake pasientane, der fokuset i hovudsak vart det biomedisinske. Pasientane opplevde konsultasjonane som lite relevante for deira daglege handtering av sine utfordringar knytt til sjukdomen eller for framtidig helseteneste behov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • The Chronic Care Model (www.improvingchroniccare.org) • The NHS and Social Care Long Term Conditions model (www.dh.gov.uk) • The Quality and Outcomes Framework (britisk rammeverk) • Modell som gir insentiv for korleis kroniske pasientar skal handterast i helsetenesta-lite pasientretta og for mykje styrt av rammeverk, likevel evidensbasert. 	<p>Rutinekartlegging av kroniske pasientar i kommunehelsetenesta er prega av fokus på biomedisinske faktorar bestemt av rammeverktøyet, der helsepersonellet vert eksperten og pasients ynskje og behov ikkje vert høyrte. Konsultasjonane formar også pasientens forventning til framtidig behandling, og gjer pasienten til eit passivt objekt som skal overvakast. Pasientane sine behov som fell utanfor protokollen kjem i mindre grad frem i kartlegginga.</p>

<p>Chouvarda et al., 2015. <i>Connected health and integrated care: Toward new models for chronic disease management</i>. doi:10.1016/j.maturitas.2015.03.015 (Web of Science)</p>		
<p>Tema om velferdsteknologi og hvordan den bør/ vil forme fremtidens helsetjeneste. Hvordan teknologien vil skape nye muligheter spesielt i behandling for kronisk syke blant annet ved å etablere plattformer for koordinering og samhandling mellom helsepersonell på tvers av nivå. Artikkelen omhandler "Connected health" –å bringe den rette informasjonen til rett person til rett tid, og «intergrated care» modeller. Diskuterer hoved aksene og utfordringene knyttet til "connected health" ved behandling av kronisk syke.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «Connected health» • «Intergrated care»-modeller • Paisentens helsetjeneste 	<p>Presenterer konseptet «pasientens helsetjeneste» (personal health system for the patient/citizen) Trekker frem fordeler og eksempler ved velferdsteknologi</p>
<p>Cohen E et al., 2011. <i>Children with medical complexity: An emerging population for clinical and research initiatives</i>. Pediatrics (Pubmed)</p>		
<p>Sentral artikkel, der tenkinga synest vere allmenn for alle aldrar og tilstandar. Hovudforfattaren blir ofte referert til. Utgangspunktet er barn med særskilde helsetenestebehov, som utgjør kanskje 13-18% av alle barn. Artikkelen handlar om den viktige, og alvorleg sjuke, undergruppa CMC («children with medical complexity»). CMC refererer til den særskild store tidsbruken, ekspertisen og ressursbruken som er nødvendig for å sikre eit godt resultat for desse barna. Ein definerer 4 dimensjonar, uavhengig av diagnose: 1) omfattande sjukehusbaserte og/eller heimebaserte tenester, 2) avhengig av medisinsk teknologi, omfattande medikamentbruk og omfattande pleie-og tilsynsbehov, 3) hyppige og ofte langvarige sjukehusopphald, 4) uttalt behov for koordinering av tenestene. Og det blir understreka at behovet for avansert koordineringsarbeid ofte blir undervurdert. Kompleksiteten og behovsendringar gjennom livsløpet er også viktig. For å konstruere ein felles forløpsmal, definerer farfattarane fire dimensjonar: 1) Stor belastning på familien og/eller nærmiljøet, 2)tilstanden er kronisk (definert å vare meir enn 12 månader), 3)betydelege funksjonsnedsetjingar, 4) omfangsrik bruk av helsetenester og ressursar, ofte bruk av medisinsk-tekniske hjelpemiddel også i den heimebaserte omsorga.</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barn med særskilte behov • «Children with medical complexity» • Fire dimensjonar av kompleksitet • Presenterer fire dimensjoner for å kunne lage ein felles forløpsmal 	<ul style="list-style-type: none"> • behov for ein klarare konsensus kring omgrepa «komplekse pasientar» og «komplekse helsetenester» • det bør bli utarbeida kompleksitetsskalaer. • overodna mål: <ol style="list-style-type: none"> 1) møte omgivnadene sine behov på ein god måte, 2) redusere sjukdomsspesifikke komplikasjonar 3) redusere/kompensere funksjonsnedsetjinga 4) redusere unødvendig bruk av spesialiserte helsetenester • Undergruppe er dei med venta redusert livslengde, medfødd eller erverva. Denne gruppa representerer omfattande utfordringar.

Coulter A et al., 2007. <i>Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients.</i> British Medical Journal (Pubmed)		
<p>Oversiktsartikkel som har sett på om brukarmedverking auker kvalitet i helsetenesta. Pasientsentrert helseteneste vert forklart med at ein har fokus på å støtte pasienter i å delta, og aktivt sikre hensiktsmessig, effektiv, trygge helsetjenester. Studien har hovudsakelig sett til oversiktsartikler som har fokusert på tiltak som har mål om å engasjere pasienter i sine eigne eller familiens individuelle klinisk omsorg. Tiltakene er delt inn i fire dimensjoner: Tiltak for å forberde health literacy, tiltak for å bedre kliniske avgjerdsle, tiltak for å forbedre self care, tiltak for å bedre pasientsikkerhet. Studien har undersøkt litteratur (reviews) og forskning på ytelse, kvalitet og kostnadseffektivitet i helsevesenet. Det er laga oppsummering av tilsaman 129 ulike tiltak for brukarmedverknad, basert på om tiltaka er retta mot om det har hatt innverknad på pasientenes kunnskap og forståelse av eigen sjukdom, på opplevelse av sjukdomen og behandling, på bruk av tenester og kostnader, og på helse atferd og helsestatus. Oversikten viste at dei fleste tiltaka hadde positiv effekt på dei ulike dimensjonane av brukarmedverknad.</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brukarmedverking og pasientretta helseteneste • Oppsummerer tiltak for å betre «health literacy»/kunnskap og forståelse av eigen sjukdom, tiltak som har innverknad på opplevelse av sjukdom og behandling, på bruk av tenester og kostnader, og på helse atferd 	<ul style="list-style-type: none"> • Det eksisterer eit stort kunnskapsgrunnlag for å bygge strategier for å styrke pasientens engasjement • Enhver strategi for å redusere helseforskjeller må fremme helse literacy og engasjement • Pasienter kan hjelpe enkelte behandlingar, administrere langsiktige forhold, og øke sikkerheten for narkotikabruk og smittevern Intervensjonar kan forbedre pasientenes kunnskap og erfaring, bruk av helsetjenester, helseatferd og helsetilstand
Elias E.R., 2012. <i>Home Care of Children and Youth With Complex Health Care needs and Technology Dependencies.</i> Clinical Report. American Academy of Pediatrics. Pediatrics (Pubmed)		
<p>Artikkelen handlar om den vanskelege overføringa av barn til heimebasert omsorg etter lange og komplekse sjukehusopphald, der det også er behov langvarig bruk av avansert teknologi. Artikkelen skisserer ein måte å møte desse omfattande, langvarige og stadig skiftande utfordringane. Tenkinga er også relevant i høve til vaksne og eldre pasientar med stort behov for kompetent hjelp i heimen.</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Barn med kompleks sjukdom • Overføring frå spesialisthelseteneste til heimebasert omsorg • Kan overførast til vaksne 	<ul style="list-style-type: none"> • Barn med komplekse behov treng ein samansett tilnærming med fokus på koordinering, familie sentrert omsorg, og avansert planlegging.
Fraser S.W., 2001. <i>Coping with complexity: educating for capability.</i> British Medical Journal (Pubmed)		
<p>Artikkel som problematiserer at tradisjonell undervisning og opplæring innen helseprofesjonane i stor grad fokuserer på å styrke kompetanse (kunnskaper, ferdigheter og holdninger). Utfordringen med dette er at denne kunnskapen aleine ikkje er tilstrekkelig for å møte den aukande pasientandelen som har komplekse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utdanningssystemer • Læringsmodeller • Prosess-orientert læringsmodell 	<ul style="list-style-type: none"> • Utdanningssystemene innen helseprofesjonar bør tilpasse studiene til den komplekse verden som helsevesenet

<p>problemstillinger. I dagens komplekse verden, må vi utdanne for evne til å tilpasse seg endringer, generere ny kunnskap, og kontinuerlig forbedring. Denne formen for kompetanse vert forbedra gjennom tilbakemeldinger på prestasjoner, erfaring med å handtere ulike samanhenger, og bruk av ikkje-lineære metoder som historiefortelling og problembasert læring.</p> <p>Utdanning for evne til å tilpasse seg endring må fokusere på prosessen, som støtter elevene til å konstruere sine egne læringsmål, få tilbakemelding, reflektere, og konsolidere.</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet.</p>		<p>representerer.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Læringsutbyttet for studentane bør vere betre evne til å tilpasse seg endringer, generere ny kunnskap, og kontinuerlig forbedring.
<p>Gilstad H., 2015. <i>Hvordan realisere pasientinvolvering i beslutningsprosesser i komplekse pasientforløp?</i> NTNU (Pubmed)</p>		
<p>Artikkel med utgangspunkt i eit konkret «pakkeforløp» for ein einskildsjukdom, drøftar vilkår for å kunne involvere pasienten og nærmiljøet på ein god måte. Artikkelen refererer til teoretisk grunnlag for god kommunikasjon og det at pasienten skal kunne forstå helseinformasjon og sin eigen sjukdom på ein god måte.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnosespesifikke pakkeforløp • Kommunikasjon • «health literacy» -å forstå helseinformasjon 	<p>Health literacy er eit viktig omgrep når vi skal betre tilbodet for «den komplekse pasienten».</p>
<p>Haggarty JL et al., 2003. <i>Continuity of Care: a multidisciplinary review.</i> British Medical Journal (Pubmed)</p>		

<p>Kanadisk oversiktartikkel med mål om å gje definisjoner og forklaringar på kontinuitet i helsetenesta. Pasientene møter ein rekke ulike tilbydarar i dagens helseteneste, og tensta slik den er i dag er i stor grad fragmentert og lite samanhengande. Både politiske og internasjonale føringar for å forbetre kontinuiteten og bidra til meir samanhengande helsetenester, men forsøk på å beskrive problemet eller å kome fram til gode løysingar har vore vanskelig. Årsaka er at tenesta er kompleks og det eksisterar manglende enighet om definisjonen av kontinuitet. Målet var å utvikle ein felles forståelse av begrepet kontinuitet for å gje grunnlag til meir påliteleg måling av praksis i ulike settinger. Det vart gjort litteraturgjennomgang der hovedfokus var heilskapelege pasientforløp eller kontinuitet. Forfattarane presenterte resultatene etter første gjennomgang av 314 dokumenter til deltakerne på en workshop om kontinuitet avholdt i Vancouver i juni 2001. Dei fekk strukturerte tilbakemeldingar, og deltakerne validerte felles temaer og forslag til funksjoner av kontinuitet som ikkje kom fram i litteraturen, men er relevant for klinisk praksis, for eksempel dimensjoner av kontinuitet relasjonar når omsorg er mottatt fra flere etatar. Artikkel er lagra på fellesområdet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuitet i helsetenesta • Definisjon på kontinuitet • Liknande egrep som kontinuum av omsorg, koordinering, osv 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontinuitet i helsetenesten handlar om brukaren opplev samanhengande tenester i tråd med det medisinske behov og dei individuelle forutsetnadane.
<p>Haggart J.L. et al., 2012. <i>Validation of a Generic measure of Continuity of Care. When Patients Encounter Several Clinicians.</i> Ann Fam Med (Pubmed)</p>		
<p>Dette er ei validering av eit instrument med 3 subskalaer som kan brukast kvar for seg eller samla. Målet med instrumentet er å kunne måle «management continuity from the patient perspective».</p>		
<p>Johansen et al., 2012. <i>Electronic Symptom Reporting Between Patient and Provider for Improved Health Care Service Quality: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. Part 1: State of the Art.</i> Doi: 10.2196/jmir.2214 (Web of Science)</p>		
<p>Systematisk oversiktsartikkel som gir oversikt over forskning på elektronisk kommunikasjon mellom pasient og tenesteutøvar. Ein har sett ei stor utvikling dei siste åra, men det er stor variasjon i pasientgrupper og kva form for innovasjon det er snakk om. Artikkelen vil gje oversikt over den mest lovande forskinga. Studiane som vart inkludert i artikkelen omhandla pasientar med lungesjukdom, kreft, psykiatrisk sjukdom, kardiovaskulære sjukdomar og diabetes, alle langvarige.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elektronisk kommunikasjon • Forsking viser at elektronisk rapportering kan vere positivt for pasientar med fleire sjukdomar • Behov for ein generisk modell! 	<p>Føreslår å utvikle ein generisk modell / ikkje diagnosespesifikk, for elektronisk kommunikasjon/ rapportering av symptom for pasienter med langvarig sjukdom.</p>
<p>Kok et al., 2011. <i>A systematic review of the effects of e-health on chronically ill patients.</i> Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03743.x OBS: Fant ikkje fulltekst (Web of Science)</p>		

<p>Føremålet var å undersøke om e-helse gir same eller betre effekt samanlikna med ansikt til ansikt-kontakt når ein ser på helseeffekt, livskvalitet, pasienttilfredsheit og kostnad. Oversikts artikkel som ser på bruken av e-helse hjå kroniske pasientar, som vert gjeve I tillegg til eller I staden for ordinær behandling. Resultata viste moderat positive effekt på helseoutcomes. Kosteffektivitet, pasienttilfredshet og livskvalitet ble ikkje undersøkt i studiane inkludert i artikkelen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • e-helse • Interaktive nettstader som informasjonskanal eller behandlingskanal 	<p>e-Health gir liten eller moderat effekt på helse gevinst, men for få og dårlig kvalitet på studiane til å sei noko sikkert.</p>
<p>McColl et al., 2009. <i>Models for Integrating Rehabilitation and Primary Care: A Scoping Study</i>. Doi:10.1016/j.apmr.2009.03.017 (Web of Science)</p>		
<p>Ein oversiktsartikkel som ser på eksisterande kunnskap om integreringa av rehabilitering og helsetenestene i kommunen, spesielt for kroniske sjukdomar. Gjennom litteratursøk fann dei at det eksisterer 6 ulike modellar, som var: <i>clinic, outreach, self-management, community-based rehabilitation, shared care, og case management</i>. Viktige tilnærmingar var; team, interprofessional trust, leadership, communication, compensation, accountability, referrals, and population-based approach.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integrering av rehabilitering og kommunehelsetenester • Rehabiliteringsmodeller 	<p>Rehabilitation providers interested in working in the primary care sector may be assisted in conceptualizing the benefits that they bring to the setting by considering these models and issues</p>
<p>Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015;350:h1258. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25791983</p>		
<p>Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. BMC medicine. 2010;8:63. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20961442</p>		
<p>Artikkler som bygger UK Medical Research Council sin veileder for komplekse intervensjoner, med litt ulik tilnærming.</p>	<p>Grimsmo skriver blant annet: «Implementering betyr organisasjons- og kulturendringer som ofte viser seg å være langt mer krevende enn å utforme selve innholdet og strukturen i et opplegg eller intervensjon, og gjerne en annen kompetanse enn det vi som helsepersonell normalt besitter. Det finnes litteratur som bygger på erfaringer fra helsetjenesten og som man kan støtte seg på.»</p>	
<p>Morgan et al., 2015. <i>Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review</i>.</p>		

DOI:10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008 (Web of Science)		
<p>Oversiktsartikkelen undersøker studier som har observert tverrfaglig samarbeid i praksis, for å finne faktorane som fører til suksessrike modeller for tverrfaglige team i kommunehelsetenesta. 11 studier, viste at den avgjørande faktoren for gode tverrfaglege team var ein potensiell moglegheit for kommunikasjon og informasjonsutveksling. Det vesentlige var å konstant ha moglegheit til å kunne ha effektiv, regelmessig og uformell kommunikasjon. Ulike kanalar for gjentatt, ofte kort og uformell kommunikasjon var vesentleg for å dele kunnskap, utvikle felles mål og felles klinisk avgjerdsel. Å ha ei felles, fysisk møteplass, og å ha regelmessige korte møter var sentralt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tverrfaglig samarbeid • Tverrfaglig team • Kommunehelsetj. • Suksessfaktor for tverrfagleg samarbeid og tverrfaglege team 	<p>Konkluderer med at forskning på tverrfagleg samarbeid/ teamarbeid bør nytte observasjonsmetodikk. Og tilnærming for å fange opp kompleksiteten i denne form for samhandling.</p>
Peck C.J. et al., 2009. An Orientation to Complexity Assessment and Draft of the Minnesota Complexity Assessment Method. University of Minnesota (Pubmed)		
<p>Dette er eit lite hefte om korleis ein skal forstå eller definere ein kompleks klinisk situasjon. «Patient complexity» blir forklart (noko omarbeidd) som ein situasjon der ein ikkje kan bruke standard kliniske retningslinjer eller prosedyrar fordi tilstanden er alvorleg eller usikker. Eller kunnskapsgrunnlag er svakt for kva som er gode tiltak, kva som finst av ferdsmessige barrierar, mangelfull evne til medverknad eller gjennomføring, eller om tenestene er utilfredsstillande organiserte. Tilstanden føreset dermed bruk av uvanlege løysingar, førehandsavtalte og evt.kortvarige opplegg, individualiserte tiltak som er pasient-og situasjonsspesifikke, og som i utgangspunktet ikkje er laga spesifikt for pasienten sine sjukdommar eller tilstandar. Kompleksiteten påverkar det kliniske bildet, val av tenester og organiseringa av desse, likeeins resultatet av tiltaka. Den komplekse tilstanden eller situasjonen forstyrrar bruken av standard behandlingsprotokollar. Formålet med eit verktøy for kompleksitetsvurdering, er å gi klinikarane eit systematisk begrepsapparat og handlingsbasert evalueringssystem til rutinemessig bruk når ein møter desse pasientane, til beste for både pasienten og fagpersonellet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Definisjon på kompleks klinisk situasjon • «Patient complexity» • Kompleksiteten påverkar det kliniske bildet, val av tenester og organiseringa av desse, likeeins resultatet av tiltaka. • Behov for eit klinisk verktøy for kompleksitetsvurdering • Definerar/ seier noko om graden på kompleksitet 	<ul style="list-style-type: none"> • Graden av kompleksitet er bestemt av talet på behandlarar (for eksempel legar), medikament, kontaktar med helsetenestene, talet på instansar, diagnostiske testar/ utgreiingar, talet på diagnosar og spesialistar, talet på uplanlagde kontaktar/sjukehusinnleggingar, vanskeleg pasient-klinikar samhandling, mangelfull informasjon, stor skilnad mellom pasientens og helsepersonellets oppfatning av tilstanden.
Plsek P.E. et al., 2001. The challenge of complexity in health care. British Medical Journal (Pubmed)		
<p>Artikkel beskriv korleis omgrepet «kompleksitet» kan vere nyttig for utføring av individuelt krevjande helsetenester. Teoretisk grunnlag for å tilpasse tenesteutforminga og utføringa til dei stadig vekslende behova og utfordringane («adaptive systems and agents»). Komplekse system påverkar og samhandlar med</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksitets-omgrepet • «Adaptive systems and agents» • Nøkkelen kan vere endringsvilje • Attractor behavoiur 	<ul style="list-style-type: none"> • Det er i den mellomliggende og vide sona for kompleksitet vi kan finne løysningane når graden av semje og visse ikkje er høg. Sona

<p>andre komplekse system. Det skaper spenningar og paradoks som i mange tilfelle ikkje er moglege å løyse. Ein må likevel finne vegen vidare ved å vere endringsvillig. I kontakten med komplekse system må vi stadig endre åtferda vår. Systema er ikkje føreseielege. Artikkelen omtalar også omgrepet «attractor behaviour». «Attractor» kan vere det som får oss (for eksempel i rolla som sjuk) intuitivt til å velje eitt alterantiv blant fleire. Når for eksempel helsepersonell ser at dette valget ikkje er tenleg, må det bli formulert ein ny «attractor» som kan erstatte det som motiverer det uheldige valget. Den nye må bli oppfatta som minst like god som den som må bli skifta ut.</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definerer omgrepet «kompleksitet» i sona mellom det enkle og sikre (høg grad av semje og visse) i den eine ytterkanten og det usikre og kaotiske (lav grad av semje og visse) i den andre ytterkanten 	<p>for det enkle og sikre kan også vere problematisk. I dei tilfella risikerer vi å tenke og handle for mekanistisk (på rutine, risiko for feil).</p> <ul style="list-style-type: none"> Forløpsplanar eller prosedyrar for einskildtilstander kan vere utenlege eller uheldige når pasienten har fleire tilstander, eller når personlege eller miljøfaktorar påverkar åtferda.
<p>Ricci-Cabello et al., 2015. <i>Impact of multi-morbidity on quality of healthcare and its implications for health policy, research and clinical practice. A scoping review.</i> Doi:10.3109/13814788.2015.1046046 (Web of Science)</p>		
<p>Oversiktsartikkel som undersøker hvilke konsekvenser multimorbiditet har for kvalitet i behandling fra helsetjenesten. I tillegg omtaler artikkelen hvordan multimorbiditet har betydning for lovgivning/ hvordan vi bygger opp tjenestene, forskning og klinisk praksis. Studien fant 37 studier med ulike tilnærmingar, der fokus var komorbiditet, multimorbiditet og morbitity burden. Disse gir sprikende og ulike svar, ikke god nok kvalitet på studiene og det er vanskelig å konkludere.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definisjon multimorbiditet, komorbiditet, morbidity-burden/ kompleksitet og alvorlighetsgrad Multimorbiditet er en trussel for koordinering, kontinuitet og kvalitet i helsetjenesten 	<p>Helsetjenesten bør fokusere på å styrke koordinering og kontinuitet i behandling for pasienter med komplekse problemstillinger.</p>
<p>Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering; Prosjekt: Ambulante tjenester og tidlig støttet utskrivning. Helse Vest</p>		
<p>Prosjektets hovedoppgaver:</p> <ol style="list-style-type: none"> Nå-situasjon - identifisere eksempler på: <ul style="list-style-type: none"> Ambulante tjenester og tidlig støttet utskrivning (der en planlegger tjenester sammen på tvers av nivåer) Bruk av telemedisin for å yte tjenester Bruk av nye muligheter for pasienten til selv å ta hånd om måling, kontroll og oppfølging av egen behandling hjemme («velferdsteknologi»). Foreslå modeller for ambulante tjenester og tidleg støttet utskrivning. Foreslå ulike modeller ut fra eksisterende kunnskap og gode eksempler (jf. punkt 1) og 	<p>Prosjektdirektiv tilsendt Anne Kvalheim i november, på det tidspkt var ikkje prosjektet starta. Prosjektet er forankret i Helse Vest, og prosjektgrupper har medlemmer frå kommunar og sjukehus i heile Helse Vest.</p> <p>Sentrale tema:</p> <ul style="list-style-type: none"> Samhandling Utskrivingsprosess Velferdsteknologi 	

<p>skissere opplegg for utprøving/pilotering av modeller i regionen:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Modeller for ambulante tenester og støtta tidleg utskriving 	
<p>Safford M.M. et al., 2007. Patient complexity. More than comorbidity. The vector model of complexity. Journal of General Internal Medicine (Pubmed)</p>		
<p>Formålet er å klargjere omgrepet “patient complexity” slik at vi kan bruke dette omgrepet i tenkinga vår. Uttrykket <u>vektor</u> er henta frå fysikken, som eit bilete på tenkinga. Forfattarane brukar omgrepet for å lage ein teoretisk modell for korleis ein skal vektlegge ulike viktige forhold hos ein pasient for å prioritere tiltak. Modellen gjer det mogleg å sjå korleis ulike forhold hos pasienten er innbyrdes konkurrerende, forsterkande eller svekkande. Tenkinga kan nyttast til fagleg, praktisk og etisk kunne forsvare ei streng innbyrdes prioritering av tiltak, kanskje på tvers av det vi intuitivt ville meine er viktig. Tenkemodellen gjer det mogleg å fråvike gjeldande behandlingsretningsliner, som er laga for sjukdommar som “står aleine”. Modellen er nyttig for å vurdere eller argumentere for at eit avvik frå gjeldande retningsliner er fagleg eller juridisk forsvarleg.</p> <p>Artikkelen gir ein argumentasjon for å prioritere strengt hos den einskilde pasienten. Det er med på å sikre at avgjerande tiltak har effekt. Modellen kan og vere til hjelp for å veilede pasienter til å ta den endelege avgjerda om kva som skal ha høgast prioritet.</p> <p>Også nyttig for helsepersonell. Ulike forhold, som er viktige for den einskilde pasienten, kan bli illustrert med ei linje med stigande grad av kompleksitet. Kvar faktor får ei separat linje. Linjene blir samla i eit kryssingspunkt, som er pasienten sin ståstad. Kompleksiteten kan vere bestemt av at pasienten har mange sjukdommar (med ei linje for kvar sjukdom) . Eller pasienten har ein eller få sjukdommar, med tillegg av viktige personlege eller miljømessige forhold. Talet på kryssande liner avgjer graden av samla kompleksitet. I tankane våre kryssar vi av, på kvar einskild line, kor viktig, alvorleg eller problematisk denne faktoren er.</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • «patient complexity» • Omtaler teoretisk modell for korleis vektlegge tiltak • Sentral tenkning for å begrunne prioriteringar i behandling av komplekse tilstander • Modell som kan illustrere for pasienten hvordan ta det rette val/ kva behandling osv • Modellen synligjer grad av kompleksitet • Vilkår for klinisk praksis: (1) Kompleksiteten må bli akseptert og forstått, både av helsepersonell, pasienten og pårørende. (2) Tenestene må ha noko å tilby. • Forskjell på brei eller smal tilnærming for pasienter med komplekst bilete- • Brei tilnærming: følg gjeldande retningsliner eller førehandsdefinerte «pasientforløp». • Smal tilnærming-der tilstanden er særleg kompleks. Behov for sterkt individualiserte tenester, streng prioritering. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dei fleste forløp er laga for einskildsjukdommar. Desse er lite brukbare når det er nødvendig å fråvike rutinane, når viktige tiltak må vente eller blir sterkt reduserte, når det er avgjerande for at nødvendige tiltak skal kunne bli gjennomførte. • Obs på usemje mellom behandlar og pasient! («non-compliance» eller «non-adherence») Årsakene er delte- det personlege ansvaret (hos begge partane) kan ligge i ulik oppfatning av kompleksiteten i tilstanden, og at ein ikkje revurderer tiltaka godt nok i løpet. Systemansvaret ligg i at helsetenestene ikkje har dei rette eller tenlege kunnskapane, verktøya eller organisasjonane.
<p>Salisbury C., 2012. Multimorbidity: Redesigning health care for people who use it. The Lancet (Pubmed)</p>		

<p>Kort oppsummeringsartikkel fra The Lancet, tar utgptk i nyere forskning, peikar på at forekomsten av pasienter med multimorbiditet er aukande, og behandling av pasienter med fleire kroniske sjukdomar er blitt ein viktig oppgave for helsetjenesten. Dette skaper utfordringar for dagens medisin- som tradisjonelt har hatt fokus på å behandle enkelt sykdommer. Artikkelen peikar på to utfordringar med multimorbiditet. Den eine er kostnadene, og det faktum at me blir fleire eldre og andelen mennesker med flere medisinske problemer aukar raskt. Den økonomiske byrden skaper eit sort behov for å handtere mennesker med fleire kroniske sjukdommer meir effektivt. Andre utfordring er industrialiseringen av medisin (medikalisering?), kombinert med ein aukande grad av diagnosespesifikt fokus. Det vert utarbeida nasjonale retningslinje, som er basert på forskning på utvalgte pasienter utan følgesjukdommar. Retningslinjane regulerer i tillegg betalingssystemet i helsetenesta, og det vert såleis meir lønnsomt å behandle kvar enkelt sjukdom vs å sjå det samla komplekse biletet til pasientane. Dette kan vere svært uhensiktsmessig og lite tilpassa pasienter med multimorbiditet. Artikkelen peikar på paradokset med at kombinert med «industrialisering av medisin» ser ein i dag eit aukande fokus på brukarmedverking og pasientens helseteneste/ pasientsentrert omsorg. Stiller spørsmål om standardiserte prosesser og forløp ivaretek og legg til rette for individbasert tilnærmingar?</p> <p>Artikkel tilgjengeleg på fellesområdet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Multimorbiditet • Aukande førekomst av multimorbiditet krev ein meir kostnadseffektiv helseteneste • Paradoks at det utvikles standardiserte, diagnosespesifikke forløp samstundes som det er aukande fokus på brukarmedverking og pasientens helseteneste • Helsetenesta må erkjenne at dei fleste pasienter har fleire medisinske problemer snarare enn ein sjukdom. • Behov for å redesigne helsetenesta, tilpasse den til brukarens behov 	<p>Korleis redesigne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leger bør få meir opplæring om prinsipper for kronisk sykdom, om samanhengen mellom ulike sjukdomar (spesielt fysiske og psykiske lidelser), og korleis hjelpe pasienter til å ta avgjørrelser om eiga helse. • Fastlegen må ta hand om dei ulike problemstillingane pasientane har. • Pasienten må få eit heilheitleg tilbod ved ein og same avdeling som får ansvar for å koordinere deira omsorg.
<p>Smith, Allwright & O'Dowd, 2007. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. DOI: 10.1002/14651858.CD004910.pub2 (Cochrane)</p>		
<p>Undersøker om “shared care”-modellen fører til mer effektiv overgang fra kommune- til spesialisthelsetjenesten (og omvendt), for kronisk syke pasienter. Forklarer “shared care” som tett samarbeid mellom lege (physician) med økt informasjonsutveksling i forbindelse med og under utskrivning og henvisning av pasienter. Shared care er tenkt skal øke kvalitet og koordinering av behandling på tvers av kommune/ spesialisthelsetj, og på den måte øke resultat for pasienten. 20 studier, der 19 var RCT, kortvarige studier, resultatene viste at «shared care» ikke hadde effekt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samhandling • Overganger • Utskrivninger og henvisninger • “shared care” 	<p>Artikkelen konkluderer med at shared-care modellen ikke bidrar til effektive overganger i helsetjenesten, foruten økt forekomst av henvisninger.</p>
<p>«The modern phenomenon of complex patients» - Forord til FIP World Congress, 2013 (Pubmed)</p>		
<p>Den komplekse pasienten tilfredsstillere eitt eller fleire av følgjande kriterier: 1)Fleire,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Den komplekse pasienten 	

<p>veldefinerte kroniske tilstandar med mangfald av komplikasjonar, 2) Omfattande og høgkvalifisert behandling med behov for invasive diagnostiske og/eller behandlingmessige prosedyrar, 3) Ein særskild kombinasjon av avhengighet og sårbarhet, 4) Uventa responsar på vanlege behandlingar og sjukdommar. 5) går over eit langt livsløp.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kriterier: <ol style="list-style-type: none"> 1) Fleire kroniske tilstandar 2) Omfattande behandling 3) avhengighet og sårbarhet, 4) Uventa respons på behandling 5) går over eit livsløp. 	
<p>Turner-Stokes L., 2013. <i>The Needs and Provision Complexity Scale – met and unmet needs and their cost implications for patients with complex neurological disability.</i> British Medical Journal (Pubmed)</p>		
<p>Det totale behovet for helse- og omsorgsteneste er ikkje fullt ut forstått, og per i dag mangler me gode metodar for å kost- nyttevaluera nivået på tenestene som tilbys i høve dei individuelle behova. Studien ser på korleis verktøyet «Needs and provision complexity scale» (NPCS) kan nyttast i denne samanheng. Studien synleggjer korleis verktøyet kan nyttast til å gje svar på om tenestnivået dekkjer det individuelle behovet til den enkelte pasient og kostnadene på tenestene. Studien tar utgangspunkt i pasientar med kompleks neurologisk funksjonshemming og oppfølginga dei får i kommunehelsetenesta.</p> <p>Det vart gjennomført ein prospektiv kohort analyse, der dei fulgte pasientar som vart utskrivne frå nevrologiske rehabiliteringsavdelingar ved 9 ulike sjukehus i London i 2010/ 2011. Tilsaman 211 pasientar deltok, gjennomsnittsalder var 50.2 år, 127 menn og 84 kvinner. 157 (74%) av desse hadde hjerneskade, 27 (13%) hadde ryggmargsskade / perifer neuropati; 27 (13%) hadde anna neurologisk sjukdom. Den eine delen av spørreskjemaet som kartlegger behov vart fyllt ut av sjukehusavd ved utskriving, den andre delen av skjemaet som kartlegger kva tenester ein får vart fyllt ut av pasienten / pasientens pårørande 6mnd etter utskriving, etterfulgt av eit oppfølgingsintervju.</p> <p>Resultatane viste god oppfølging i høve behov for heimesjukepleie, men det var vesentlege mangler i høve rehabilitering, sosial støtte/ omsorg og behovet for utstyr og hjelpemiddel. Dette gav auka kostnader til heimesjukepleie som ofte var finansiert av familiane sjølve.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kompleksitetsskala • The needs and provision complexity scale (NPCS) • Kompleks neurologisk funksjonshemming • Kommunehelsetjeneste • Skjemaet er eit enkelt og pragmatisk verktøy for å beskrive nivået av møtt og udekket behov for helse- og omsorgstenest • Skjemaet kan nyttast til å beregne kostnader, for å kunne legge til rette for integrert omsorgsplanlegging 	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatene viste at pasientane fekk for lite rehabilitering og oppfølging, som gir auka behov for heimetenester. • NPCer krever vidare evaluering, men har potensial bruk som en enkelt verktøy som kan avdekke viktig informasjon i høve klinisk avgjerdsle og planlegging av tenestene rundt brukar. • Vesentlege mangler ble identifisert i tilbudet av rehabilitering, sosial støtte og utstyr, mens levering av personlig pleie (hovedsakelig levert av familier) overskredet den anslåtte behov.
<p>Whear et al., 2013. <i>The Clinical Effectiveness of Patient Initiated Clinics for Patients with Chronic or Recurrent Conditions Managed in Secondary Care: A Systematic Review.</i> Doi:10.1371/journal.pone.0074774 (Web of Science)</p>		

<p>Oversiktsartikkelen tar utgangspunkt i korleis pasientar med kroniske sjukdommar rutinemessig vert fylgt opp i spesialisthelsetenesta i Storbritannia. Dei får oppfølgings/ kontrolltimar kvar sjette, niande eller tolvte månad, og tidspunkt er oftast styrt etter legens/ systemets behov og gjerne utan at den enkelte pasient føler seg verre. Samstundes kan pasientar oppleve det som vanskelig å få akutte timar hjå spesialist om dei opplever forverringar. I tillegg veit ein at det store talet på unytta/ ikkje-møtt timar påfører det britiske helsevesenet store kostnader årleg, samstundes som det forseinkar behandling for andre pasientar. Ved å ta i bruk innovative og fleksible metodar for å avtale timar som tar utgangspunkt i pasientens ynskje er det tenkt at dette kan auke kvalitet i helsetenesta og i tillegg vere ressursparande. Artikkelen ser spesielt på studiar som undersøker "patient initiated clinics"- som forklarast som ein modell retta mot å respondere på pasientens behov. Ved slike klinikkar vert det ikkje avtale rutinemessige oppfølgingstimar, men pasienten kan sjølv ta kontakt når dei opplev ei endring/ forverring i sjukdomsbiletet sitt. Artikkelen undersøker korleis slike system spelar inn på pasientar med kroniske sjukdommar si behandling i spesialisthelsetenesta. Resultata viste inga klare indikasjonar på at modellen førte til sparing i tid og ressursar. Samstundes var det lav risiko knytt til å bruke denne modellen for kroniske pasientar. Det er behov for studiar med langsiktige perspektivar for å kunne gje sikre svar på om modellen er adekvat eller ikkje.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Patient initiated clinics • Spesialisthelsetjenesten/ secondary care • Modell for å følge opp pasienter med kroniske lidingar i spesialisthelsetenesta 	<p>Patient initiated clinics bør ikkje implementerast før ein veit meir om langtidseffekten av denne modellen og kostnadane ved modellen.</p>
<p>Wilson T. et al.,2001. <i>Complexity and clinical care</i>. British Medical Journal (Pubmed)</p>		
<p>Artikkel som tek utgangspunkt i tre spesifikke kliniske områder: kontroll av blodsukkernivået hos diabetikere, og forvaltningen av diagnostisk usikkerhet og helsefremmende arbeid, for å forklare korleis kompleksitet er samansett og spelar inn på helse. Et komplekst adaptivt system er en samling av individuelle agenter som ikkje alltid er forutsigbar, og det er fleire nivåer av slike systemer. Menneskekroppen er sammensatt av fysiologiske systemer, inkludert biokjemiske og nevroendokrin feedbacksløyfer. I tillegg Oppførselen til eitkvart individ vert til dels bestemt av tidlegare erfaringer og dels av unike og tilpasningar til nye stimuli fra miljøet. Ulike faktorar har ulike innverknader på den enkeltes forventning og atferd. Også sosiale, politiske og kulturelle systemer kan påvirke den enkelte. Artikkelen peikar på at med dette til grunn kan ein ikkje tenke at sjukdom eller</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Handler om kompleksitet og forståelsen av korleis sjukdom oppstår, og korleis kroppen/ menneske og vert påverka av miljø og sosial stimuli- og at alle desse faktorane spelar inn i høve behandling av sjukdom. • Mennesker kan bli sett på som sammensatt av flere systemer. Sjukdom oppstår frå dynamisk samhandling i og mellom desse 	<ul style="list-style-type: none"> • Helse kan berre oppretthaldes (eller reetaberast) gjennom ein heilskapeleg tilnærming • Tre eksempler på komplekse situasjoner (glykemisk kontroll hos diabetikere, usikkerhet i klinisk diagnose, og helsefremmende arbeid) viser at prinsippa kan gje nøkkelen til praktiske løysingar i klinisk arbeid

menneskelig atferd er forutsigbar. Menneskekroppen er ingen maskin som kan bli analysert ved å bryte systemet ned i mindre komponenter og deler for så å undersøke kvar del i isolasjon.	systemene, ikkje frå svikt i ein komponent.	

Rapporter, utgreiingar, retningsliner m.v

Breimo, Normann, Sandvin og Thommesen, «Individuell Plan. Samspill og unoter.» 2015

<http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Bokomtaler/Individuell-plan.-Samspill-og-unoter>

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak er viktig å få belyst. «...gi koordinerende enhet rammebetingelser som kreves for å kunne være den motoren for ordningen som den er tiltenkt» fra s. 156 i boken Individuell Plan Samspill og unoter.
-Bedre koordinering av tjenestene og fremme koordinatorrollen samt metoden og samhandlingsverktøyet individuell plan.

- Bok om koordinerende eining, basert på forskningsprosjekt om brukererfaringer med IP.
- Koordinator
- Individuell plan

Fylkesmennene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane, 2015. Kommunane sitt tilbud for habilitering og rehabilitering. Resultat etter spørjeundersøking gjennomført av 2015. <https://www.fylkesmannen.no/PageFiles/796977/Samlerapport%20habilitering%20og%20rehabilitering%20290915.pdf>

Fylkesmennene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane har sendt ut elektronisk spørjeskjema til koordinerende eining i alle kommunane i regionen om habiliterings- og rehabiliteringstenestene, koordinerende eining og individuell plan. 70 av 85 kommunar i regionen har svara på undersøkinga.

Tilbakemeldingane viser at det er skilnader i:

- Kva tilbud pasientar og brukarar med ulike diagnoser får. Om kommunane har bestemt kva funksjon (mandat) koordinerende eining (KE) skal ha.
- Om interne og eksterne samarbeidspartnarar kjenner til og samarbeider med KE.
- Om kommunane har oversikt over behovet for habiliterings- og rehabiliteringstenester og som følgje av dette, behovet for kapasitet og

Det er framleis ein veg å gå før alle kommunane har nødvendig kompetanse og kapasitet til å kunne gje tilbud om habilitering og rehabilitering til alle brukargrupper. Fylkesmannen oppmodar kommunane om å skaffe seg oversikt over behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester. Ei slik oversikt gjev grunnlag for analyse og evaluering av tenestene og for å vurdere behov for kapasitet og kompetanse. Kvar kommune bør avklare kva rolle og funksjon

Undersøkinga tyder på at ikkje alle pasientar får eit individuelt tilpassa habiliterings- eller rehabiliteringstilbod. Ein ikkje uvesentlig del av kommunane har ikkje god nok oversikt over behov, og såleis heller ikkje eit godt nok grunnlag for å vurdere om tenestene har rett kompetanse og kapasitet. Ein av fem kommunar har ikkje definert kva oppgåver koordinerende eining skal ha. Fylkesmannen vil peike på at det skal vere klart kva mynde og oppgåver

<p>kompetanse i tenestene.</p>	<p>koordinerende eining skal ha i samarbeidet med spesialisthelsetenesta om pasientar som treng habiliterings- eller rehabiliteringstenester etter sjukehusopphald.</p>	<p>koordinerende eining skal ha. Det må òg kome tydeleg fram for dei ulike samarbeidspartarar i og utanfor kommunen kvar behov for tenester skal meldast ☐ Fylkesmannen oppmodar kommunane til å skaffe seg oversikt over behov for rehabilitering- og habilitering for alle pasientgrupper. Ein slik gjennomgang og oppsummeringa av den kan</p>
<p>Grimsmo, Anders (2012), Veiviser: Veien frem til helhetlig pasientforløp, NTNU, Trondheim kommune og Norsk helsenett. http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/litteratur-om-pasientforlop-i-norske-kommuner/attachment/172776?ts=14855ac57d7</p>		
<p>I denne veiviseren formidles kunnskap og erfaringer fra litteraturen og to større utviklingsprosjekter i Orkdalsområdet. Den inneholder en rekke nyttige linker, bla til prosedyrer og sjekklister.</p>		
<p>Helsedirektoratet, 2012. Forskrift om Habilitering, Rehabilitering, Individuell plan og Koordinator. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256</p>		
<p>Helse Bergen, FOU avd. 2013: Storbrukarar av somatiske spesialisthelsetenester –Pasientar busette i Bergen kommune - Bruk av døgnstenester i Helse Bergen i perioden 2011-2012. http://innsiden.helse-bergen.no/rapporter/Sider/Analyserapporter.aspx</p>		
<p>Formålet med analysane var å studere fordelinga av sjukehusforbruket i pasientpopulasjonen, og finne kva som karakteriserer og skil storbrukargruppa frå andre pasientar. Storbrukarar blei definerte som dei 10% av pasientane som har høgast forbruk.</p>	<p>Ein kan med bakgrunn i analysane slutte at det finst ei storbrukargruppe som skil seg klart frå resten av pasientane. Gruppa let seg rimeleg lett avgrense analytisk. Pasientane har i stor grad (multiple) kroniske lidningar, og langvarige tilstandar som krev oppfølging frå fleire ledd i behandlingsskjeda. Gruppa utfordrar i høve til å tenkje meir på tvers og meir langsiktig, og til å sikre gode overgangar mellom ulike ledd i kjeda. Heilskapelege</p>	

	<p>Samhandlingstiltak burde derfor kunne gi gevinst både i form av forbedra kvalitet i den langsiktige oppfølginga, og kunne gje færre ø-hjelpsinnleggingar.</p>	
<p>Helse Vest 2014: LKT forprosjekt - Langvarige og koordinerte tjenester</p>		
<p>Bakgrunn for arbeidet er behovet for å utvikle bedre helsetjenester rettet mot det økende antall pasienter som har to eller flere kroniske lidelser. Disse pasienter har et stort behov for helsetjenester og er krevende å håndtere for både spesialist- og primærhelsetjeneste på grunn av komplekse og sammensatte behandlingsforløp som går på tvers av fagdisipliner og nivåer.</p> <p>Mål for forprosjektet har vært å kartlegge dagens utfordringer og avdekke løsninger som kan gi økt livskvalitet for pasienten og bedre ressursbruk. Økt pasientinvolvering er en viktig premiss for arbeidet.</p> <p>Dokument tilgjengeleg på fellesområdet.</p>		
<p>Helse Vest, 2015. Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016 – 2020. http://www.helse-vest.no/no/OmOss/Rapportar/Regionale_planar/Documents/Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf</p>		
<p>Helsedirektoratet 2014, Veileder IS-2076: Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Veilederen danner en grunnmur for arbeidet på disse feltene • Beskriver utfordringer og muligheter • Skisserer gode bruker- og pasientforløp • Bruker- og mestringsperspektiv i tjenestene • Helhetsperspektiv - tjenestene og tjenestenivåene må samarbeide 	<p>Skiller mellom 3 hovedforløp:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Milde kortvarige problemer 2. Kortvarige alvorlige og langvarige mildere problemer/lidelser 3. Alvorlige langvarige problemer/lidelser <p>Ad. Pkt. 3 Ved alvorlige og langvarige, har både kommune og spesialist samtidig ansvar. Det anbefales å ta i bruk aktivt oppsøkende behandlingsteam, gi samtidige tjenester.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veilederen danner en grunnmur for arbeidet på disse feltene • Beskriver utfordringer og muligheter • Skisserer gode bruker- og pasientforløp • Bruker- og mestringsperspektiv i tjenestene • Helhetsperspektiv - tjenestene og tjenestenivåene må samarbeide

Helsedirektoratet 2014: Rapport IS-0429: Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/undersokelse-om-behov-og-tilbud-innen-habilitering-og-rehabilitering>

Hovedformålet med undersøkelsen har vært å avdekke mangler i tilbudet til personer med behov for habilitering og rehabilitering, med særlig fokus på:

- kapasitet/intensitet i tilbudene som gis
- mangler på kompetanse
- hvorvidt enkelte brukergrupper har behov for tilbud som per i dag ikke finnes

Undersøkelsen er gjennomført i form av kvalitative intervjuer med brukerorganisasjoner og tjenesteytere fra både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten.

Undersøkelsen er kun basert på kvalitativ metode. Datagrunnlaget gir derfor ikke mulighet for å trekke noen konklusjoner om i hvilket omfang disse manglene er gjeldende på nasjonalt nivå. Resultatene gir imidlertid en viktig pekepinn på hvilke områder det kan være nødvendig å undersøke nærmere, og på hvilke områder det ser ut til å være behov for å styrke innsatsen.

Helsedirektoratet : Veileder rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator(Sist endret 6.7.2017)

<https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Rehabilitering,%20habilitering,%20individuell%20plan%20og%20koordinator.pdf>

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har et felles ansvar for å sikre at pasienter og brukere får tjenester på riktig nivå. Formålet med veilederen er at beslutningstakere og de som jobber med rehabiliterings- og habiliteringstjenester og koordinering får tilgang til kunnskap og enhetlig veiledning.

Viktige punkter i den nye veilederen er:

- Pasienter og brukere har rett til tjenester slik at de kan nå sitt potensial for økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.
- Læring og mestring er viktige elementer i helhetlige forløp.
- Sterkere lederforankring av koordinering og samarbeid.
- Økt bruk av individuell plan og koordinator.
- Styrke den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen.
- Bedre tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid.

Helse- og omsorgsdepartementet 2013: Rundskriv I-3/2013: Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-32013-spesialisthelsetjenestens-veiled/id731993/>

Hovedpunkter for veiledningsplikten:

- Plikten gjelder råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold
- Plikten er begrenset til påkrevet veiledning m.m.
- Plikten omfatter fortrinnsvis veiledning knyttet til oppfølging av enkelt - pasienter og brukere, men kan også omfatte generell veiledning
- Plikten omfatter ikke veiledning knyttet til organisatoriske og administrative endringer i kommunen
- Lovpålagte samarbeidsavtaler er et viktig instrument for å avklare behov og hvordan veiledningsplikten bør gjennomføres
- Det kan ikke kreves vederlag for den veiledning som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3

Helse Sør-Øst. Rapport utarbeidet i Helse Sør-Øst: «Et generelt pasientforløp med implementeringsplan» (2014-2015)

<http://www.larvik.kommune.no/Documents/samhandlingskoordinator/SU/Rapport%20pasientforl%C3%B8p%20m%20kommentarer%2012%2008%202015%20ML.pdf>

Arbeidsgruppen har beskrevet en generell modell, et helhetlig pasientforløp, som har til hensikt å ivareta og trygge pasienten i overgangene gjennom hele pasientforløpet, enten overføring av pasient skjer mellom seksjoner i den enkelte virksomhet eller på tvers av forvaltningsnivåene. Det er utarbeidet så like rutiner som mulig for et generelt pasientforløp for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (heretter kalt psykisk helse og rus), samt at rutinenes praktiseres likt, uavhengig av i hvilken kommune pasienten oppholder seg, eller om pasienten oppholder seg i spesialisthelsetjenesten.

Kunnskapssenteret 2016: Samvalg - Samarbeidsverktøy for behandling <http://www.kunnskapssenteret.no/nyheter/nytt-samarbeidsverktoy-for-behandling-pa-gang>

Det er utviklet et nytt elektronisk verktøy som skal gjøre det lettere for pasient og behandler å ta gode beslutninger sammen. Verktøyet er prøvd ut ved bipolar lidelse, men det kan også tilpasses andre tilstander. Verktøyet er så langt testet på PC, internett og smarttelefoner. Det arbeides nå med å lage en fullversjon som er integrert i elektronisk pasientjournal, og det er også utviklet en app for smarttelefon. Den åpne versjonen av verktøyet krever ikke at pasienten legger inn sensitiv informasjon og vil bli tilgjengelig uten innlogging.

Ved samvalg tar pasient og helsepersonell i fellesskap beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, i den grad og på de måter som pasienten ønsker. Pasienten får støtte til å vurdere valgalternativene, ut ifra beste tilgjengelige kunnskap om fordeler og ulemper. Pasienten får også hjelp til å utforske egne

	verdier og preferanser, som ved mange behandlingsvalg er avgjørende for hva som er det beste valget. Målet er at pasient og helsepersonell blir enige om, og velger, det alternativet som er mest i tråd med pasientens personlige prioriteringer, og det beste kunnskapsgrunnlaget.	
Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/		
Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.	<ul style="list-style-type: none"> • En helhetlig helse- og omsorgstjeneste • Samlet oversikt over tiltakene i Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet • Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet • Oppsummering av Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet • Styrker kommunenes arbeid med psykisk helse og rus • Bedre kvalitet og kapasitet i omsorgstjenestene • 	Meldingen omhandler forslag til hvordan den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan utvikles for å møte dagens og fremtidens utfordringer. Forslagene omhandler tiltak som skal legge til rette for en flerfaglig og helhetlig kommunal helse- og omsorgstjeneste, med god kvalitet og kompetanse.
Meld. St.34(2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/		
Mørk E., 2015. Kommunal helse- og omsorgstjenester 2014. Oslo: Statistisk sentralbyrå. https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/242516?ts=150606744c0		
Denne rapporten presenterer tall fra IPLOS-registeret for perioden 2007-2014. Siden 2007 har antall mottakere av helse- og omsorgstjenester økt med om lag 11 prosent. I tillegg til mottakere som hadde plass i institusjon, mottok helsetjenester i hjemmet	Mottakere av pleie og omsorgstjenester i 2014: <ul style="list-style-type: none"> • 60 % kvinner, aukande tal på menn • Fleire kvinner blant dei over 80 år 	

<p>(tidligere hjemmesykepleie) eller praktisk bistand (tidligere hjemmehjelp), er også mottakere som kun mottok tiltak som trygghetsalarm, omsorgslønn, avlastning, støttekontakt eller dagsenter inkludert i disse tallene.</p> <p>Antallet brukere og andelen som mottar omsorgstjenester øker med alderen. Nær to av ti tjenestemottakere (19 prosent) bor i en institusjon eller en bolig med fast tilknyttet personell hele døgnet. En av ti bor i en bolig som kommunen stiller til disposisjon, og noen av disse boligene har fast personell deler av døgnet. De aller fleste mottakere av helse- og omsorgstjenester, sju av ti, bor imidlertid i en vanlig bolig. Hver fjerde mottaker med omfattende bistandsbehov bor i en vanlig bolig. Blant tjenestemottakere med langtidsopphold i institusjon er bare 1 prosent yngre enn 50 år, mens 76 prosent er 80 år eller eldre.</p> <p>Mottakere over 90 år har klart størst bistandsbehov, i det 34 prosent av dem har omfattende bistandsbehov. Mottakere 0-17 år har nest høyest andel med omfattende bistandsbehov, på 28 prosent. Ellers varierer andelen som har omfattende bistandsbehov fra 17 til 23 prosent i de andre aldersgruppene.</p> <p>Andelen som har omfattende bistandsbehov er klart større blant yngre mottakere av hjemmetjenester enn blant eldre. Det har sammenheng med at eldre med omfattende bistandsbehov ofte får langtidsopphold i institusjon. Samtidig er det et mål å unngå langtidsopphold i institusjon for yngre mottakere, og spesielt gjelder dette dem som er under 50 år.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Frå 18 til 66 år like mange menn som kvinner • Under 18 år flere gutter enn jenter • Fire av ti er under pensjonsalderen 38% • Ein av fire er under 50 år, 24 % • Ein av tjue, 5 %, er under 18 år <ul style="list-style-type: none"> • 12,6 prosent som har fått helse- og omsorgstjenester er 67-79 år • Ved 80-89 år er over halvparten brukere av slike tjenester • Ved 90 år og eldre mottar over 90 % ein eller fleire tjenester. 	
<p>Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen, 2015. «Råd for veggen videre» Sluttrapport. https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rad-for-vegen-videre/id2470588/</p>		
<p>Pasient- og brukerombudene i Norge, Årsmelding 2016 https://helsenorge.no/pobo-seksjon/Documents/Årsmelding%20pasient-%20og%20brukerombudene%20i%20Norge%202016.pdf</p>		
<p>I årsmeldingen for 2016 kommer landets pasient- og brukerombud med sju konkrete anbefalinger, basert på de erfaringene ombudene gjør gjennom sin kontakt med pasienter og brukere, pårørende, tjenesteytere og andre.</p>		
<p>Rapport IS-1878, 2010. Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten – Primær- og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet. https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/rammeverk-for-et-kvalitetsindikatorsystem-i-helsetjenesten-primer-og-spesialisthelsetjenesten</p>		

<p>Rammeverk på 14 punkter for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten. Formålet med de nasjonale kvalitetsindikatorne er å gi publikum og brukerne, helsepersonell, ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tilbudene.</p> <p>Helsedirektoratet har som fagmyndighet et overordnet ansvar for etablering og videreutvikling av det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsemyndighetene ønsker at pasienter, pårørende og publikum skal få bedre kunnskap om kvaliteten på behandlingen i helsetjenesten. Kvalitetsindikatorer er statistikk som bidrar til å belyse kvaliteten i tjenesten.</p>		
<p>Retningslinjer for psykisk utviklingshemming. http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/her-finner-du-retningslinjer-ved-psykisk-utviklingshemming</p>		
<p>Helsebiblioteket har samla norske, svenske og engelskspråklege retningslinjer til bruk ved spørsmål om psykisk utviklingshemming, mellom anna Downs syndrom og autismespekterforstyrrelser.</p>		
<p>Sundhedsstyrelsen, 2012. Forløbsprogrammer for kronisk sykdom – den generiske model. https://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/kronisk-sygdom/forloepsprogrammer/den-generiske-model</p>		
<p>Mennesker med kronisk sykdom stiller krav om gode sammenhengende patientforløb, der ofte strækker sig over lang tid og med skiftende intensitet. Det kræver et målrettet og tæt samarbejde mellem flere sektorer og med patienter og pårørende som aktive parter. Forløbsprogrammer er ét tiltag blandt flere, som bidrager til det. Forløbsprogrammer er blevet modtaget godt som et landsdækkende, tværfagligt og tværsektorielt koncept siden lanceringen af den første generiske model i 2008 med de mulighed og begrænsninger, det nu har. Med denne videreudviklede og opdaterede model bruger og udbreder Sundhedsstyrelsen de første års erfaringer med forløbsprogrammer samtidig med, at hovedtrækkene stadig er genkendelige. Videreudviklingen er sket som led i den forstærket indsats for patienter med kroniske sygdomme sideløbende med den lokale implementering af de første forløbsprogrammer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dansk, generisk forløbsmodell for mennesker med kronisk sykdom 	

<p>Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, 2016. Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016: http://www.vardanalys.se/Rapporter/2016/Samordnad-var-d-och-omsorg/</p>		
<p>Denna promemoria (PM) syftar till att bidra med ett patient- och brukarperspektiv på samordning; ett perspektiv som tar fasta på att patienten och brukaren är delaktig och en medskapande aktör i samordningen. PM:et syftar därför till att bidra med ett bredare perspektiv på samordningsproblematiken inom vård, omsorg och socialtjänst. Vår förhoppning är att det här arbetet kan komma till nytta på många sätt, till exempel genom</p> <ul style="list-style-type: none"> • att utforska vad det innebär ur ett patient- och brukarperspektiv när vården och omsorgen är samordnad. • ett ramverk för att beskriva olika gruppers behov av samordning, där behovet tar hänsyn till personens förmåga att vara medskapande i samordningen. • en uppskattning av storlek och resursförbrukning för de grupper som ingår i ramverket. • att diskutera de huvudsakliga utmaningar som vi ser för att uppnå en mer samordnad vård och omsorg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Viktig og sentral, svensk rapport, presenterer rammeverk for å beskrive ulike gruppers behov for samordning av tenester 	
<p>Samarbeidsutvala i Helse Bergen føretaksområde 2012: Samarbeidsavtaler – Overordna samarbeidsavtale - Tjenesteavtale 1 – 12 http://saman.no/2134.961.Samarbeidsavtaler.html</p>		
<p>Samarbeidsutvala i Helse Bergen foretaksområde 2012: Psykoseforløpet. http://saman.no/2081.2029.Psykoseforlop.html</p>		