



Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov (2018):

Kartlegging

IPLOS fagdag 25.april 2018

Eli Ådnøy, seniorrådgiver

Helse og sosialavdelingen





Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team:

- ≡ Tverrfaglig samarbeid – er grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med store og sammensatte behov

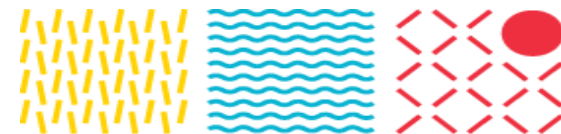
I denne veilederen: ‘Store og sammensatte behov’ –

brukes synonymt med ‘behov for langvarige og koordinerte tjenester’.



Oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov

1. Koordinatorrollen
2. Tett dialog med pasient, bruker og eventuelt pårørende
3. Krav til det faglige innholdet i oppfølgingsteamets arbeid
 1. Jfr lovgivning; faglige krav og standarder og yrkesetiske retningslinjer
 2. Bruk Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere –
 1. NB For noen brukere vil flere retn linjer gjelde, og disse må derfor vektas i forhold til hverandre.
 3. Sikre kontinuitet i sårbare livsfaseoverganger – og i overgang fra pakkeforløp til oppfølgingsteam
 4. Sørge for nødvendig revurdering av behov
4. Fastlegens rolle – /Sikre nødvendige konsultasjon hos fastlege inkl legemiddelgjennomgang
5. Sikre nødvendige spesialisthelsetjenester



Helhetlige pasientforløp

≡ Kjennetegn:

- Kontinuitet,
- Samarbeid
- Sømløshet
- Pasientsentrert

≡ Helhetlige pasientforløp ≠ behandlinglinjer i spesialisthelsetjenesten

- Hvor det er hensiktsmessig å utvikle helhetlige pasientforløp ..
- Tverrfaglige oppfølgingsteam
- Verktøy



Hvordan observere, oppdage og identifisere behov for tjenester

- ≡ ! Sikre et system for å identifisere risiko og behov for tjenester – kommunens oppgave
 - Observasjon må være en integrert del av tjenesteytingen
 - Det må være tydelig hvor behov/mulige behov for tjenester skal meldes
 - Meldinger om behov skal betraktes som søknad og utredes og saksbehandles i tråd med dette
- ≡ Meldinger om behov må skje i overensstemmelse med pasient og brukers ønske
- ≡ Det må sikres breddekompetanse i den tverrfaglig utredningen av behov
- ≡ Benytt tilgjengelig verktøy og metoder for forebyggende risikokartlegging og identifisering av behov.
 - Tavlemøter; risikotavler, forbedringstavler.
 - Strukturert oppfølging gjennom IP og koordinator.
 - Forebyggende risikokartlegging.





Kartlegging

≡ Helhetlig pasientforløp:

- Fange opp endringer i behov – bruk
 - sjekklister,
 - prosedyrer
 - verktøy for kartlegging og funksjonsvurderinger
- Forebyggende risikokartlegging – på samme måte;



Kartlegging - sjekkliste

- ≡ Personens ønsker og mål – Hva er viktig for deg?
- ≡ Personens ressurser –
 - egne ressurser og mestringsevne, ressurser i familien, knyttet til sosialt nettverk, og knyttet til livsarena; fritid, arbeid, utdanning
- ≡ Utfordringsområder
 - (Se lenger ned..)
- ≡ Kartlegging/dialog omkring tiltak som kan understøtte den enkeltes og familiens mestringsevne
 - Helhetlig og ressursorientert utredning i et familie og nettverksperspektiv
 - Informasjon, veiledning og opplæringstiltak
 - Hjelpemidler og velferdsteknologiske løsninger





Kartlegging i Iplos

- ≡ Alminnelig husarbeid
- ≡ Skaffe seg varer og tjenester
- ≡ Personlig hygiene
- ≡ På og avkledning
- ≡ Toalett
- ≡ Lage mat og Spise
- ≡ Bevege ser innendørs
- ≡ Bevege seg utendørs
- ≡ Ivareta egen helse
- ≡ Hukommelse
- ≡ Kommunikasjon
- ≡ Beslutninger i dagliglivet

- ≡ Ivareta egen økonomi
- ≡ Sosial deltakelse
- ≡ Styre egen atferd
- ≡ Syn og hørsel

Hver av variablene skåres etter inndelingen:

- ≡ 1. Utgjør ingen problem/utfordring
- ≡ 2. Ikke behov for bistand/assistanse/helsehjelp
- ≡ 3. Middels behov for bistand/ass/he hjelp
- ≡ 4. Store behov for bistand/ass/he hjelp
- ≡ 5. Fullt behov for bistand/ass/he hjelp





Kartlegging – sjekkliste (forts)

- ≡ Personens ønsker og mål – Hva er viktig for deg?
- ≡ Personens ressurser
- ≡ Utfordringsområder
 - Medisinsk tilstand
 - Fysisk funksjon
 - Psykisk og psykososial funksjon
 - Kognitiv funksjon
 - Kommunikasjonsevne
 - Ernæringsstatus
 - Tannhelse
 - Rusmiddelbruk
 - Deltakelse i fritid, arbeid og utdanning
 - Bosituasjon
 - Behandlingsbyrde / 'Burden of disease'
- ≡ Kartlegging/dialog omkring tiltak som kan understøtte den enkeltes og familiens mestringsevne





Noen eksempler vedr behov for breddekompetanse fra klagebehandling i pasient- og brukerrettighetsaker

- ≡ Autismespekterlidelser (ASD) – utfordringer kan forveksles med ressurser...
 - Personer med ASD har vansker med å reflektere om seg selv, og kan gi et helt annet inntrykk enn deres nærmeste og kompetente fagpersoner vil gi. Bruk derfor kartleggingsmetoder og –kilder som er faglig relevante for å beskrive faktisk situasjon
 - Obs: ASD-diagnose brukes i utgangspunktet/forutsetter en funksjonssvikt.

- ≡ Angst og/eller depresjon i kombinasjon med andre funksjonsnedsettelse
 - Er utbredt
 - Øker lidelsestrykk og reduserer evne til deltakelse, medvirkning og mestring, og kan føre til ytterlig funksjonsfall.





mer fra

klagebehandling i pasient- og brukerrettighetsaker

- ≡ Rett til behandling gjelder både somatisk sykdom og for psykisk sykdom og ruslidelser - også i kommunehelsetjenesten
- ≡ Selvmordsutsatte med svakt sosialt nettverk og mange tap – kan være i faresonen. Hvordan vil kommunene utvikle sin innsats på dette området - Det ser ut til å være stor variasjon mellom kommunene!
- ≡ Vold og overgrepssutsatte - OBS! Kan ha god IPLOS-fungering, men likevel ha behov for helse/omsorgstjenester dvs bistandsbehov - i en overgangsperiode
- ≡ Kommunale helse og omsorgstjenester skal bidra til
 - Bedre helse,
 - bedre mestring,
 - redusere lidelse,
 - gi mulighet for deltakelse i samfunnet –Osv – se formålsparagrafen for Helse og omsorgstjenesteloven!





Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester

- ≡ Det må benyttes styringsdata fra ulike datakilder til kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling
 - IPILOS i Kommunalt pasient og brukerregister (KPR)
 - Samdata kommune
 - Samdata spesialisthelsetjeneste
 - BrukerPlan (rus og psykisk helse – tjenstekartlegging med funksjonskartlegging)
 - Ungdata
 - Folkehelseprofiler
 - Ressursportalen





Kompetansebehov og kompetansekartlegging

- ≡ Kommunen må ha minimum høyskoleutdanning innen helsefaglig, sosialfaglig og spesialpedagogisk kompetanse, og på noen områder ha personell med klinisk etter og videreutdanning
- ≡ Personell i tjenestene bør ha felles forståelse og kunnskap om noen sentrale temaer
 - Rettigheter og tjenester – ‘systemkunnskap’
 - Observasjon og identifisering av behov
 - Brukermedvirkning og forståelse av tilnærmingen ‘Hva er viktig for deg’.
 - Innrette tjenester slik at de understøtter brukerens mål
 - Tilpasse medvirkning til den enkeltes situasjon, kognisjon og kultur
 - M.m.
- ≡ Kompetansesentre og kompetansetjenester:
 - Antibiotika, minoritets helse, kommunalt psykisk helsearbeid, psykisk utviklingshemming, barn og unges psykiske helse, vold traumatisk stress og selvmordsforebygging, rus m.fl.





Kompetanse

- ≡ Legge til rette for bruk av kompetanse på tvers av tjenesteområder og sektorer, og utvikling og utveksling av kompetanse mellom helseforetak og kommune





Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team

- ≡ Det myndiggjorte teamet må gis nødvendig mandat til å ivareta helheten
- ≡ Å ha omfattende behov for tjenester påvirker roller både i familie og nettverk. Tjenester må derfor sikres i et familie og nettverksperspektiv. Dette må kartlegges for å utrede ressurser og behov. Tjenestene skal legge til rette for at pårørende familie og nettverk kan medvirke i samsvar med pasient og brukers ønske

