



Pasient- og
brukerombudet

Koordinering i et forsvarlighetsperspektiv. Og litt om personvern.

Webinar 15.4.2021
Koordineringsordninger og helhetlige forløp

Odd Arvid Ryan
pasient- og brukerombud i Troms og Finnmark, kontor Tromsø

INNHold/TEMA

- ✓ Noen vesentlige utfordringer
- ✓ Visjon om helhet. Fragmenterte tjenester.
- ✓ Lovverket. Forsvarlighet. Virksomhetsansvaret
- ✓ Koordineringsordninger
 - Vilkår*
 - Noen problemstillinger*
- ✓ Litt om personvern

Svar på spørsmål som er innsendt på forhånd er integrert i fremstillingen.

Utfordringer

Gjengangere i årsmeldingene til Pasient- og brukerombudene

Redigert utdrag i kursiv

*Mangel på koordinering mellom sektorer og innad i virksomhetene er en utfordring. Mange pasienter og brukere har behov for koordinerte, helhetlige og forutsigbare tjenester. Disse behovene blir ikke alltid ivaretatt. Dette skyldes blant annet at virksomhetene ikke **prioriterer** lovbestemte virkemidler som *koordinator, individuell plan og kontaktlege*.*

Videre merker vi oss:

- Manglende kontinuitet. Brudd i forløp, helt eller delvis
- Manglende samarbeid på tvers
- Det glipper i overgangene. Sektortenkning
- Informasjons- og kommunikasjonssvikt (pasient/bruker/pårørende og mellom tjenesteytere)
- Begrenset tilgang på koordinator/kontaktlege

Koordinering av helse- og omsorgstjenester

Fragmenterte tjenester
Fragmenterte regler

Nasjonal visjon og rettslig målsetting:

*«Kommunene, fylkeskommunene, regionale helseforetak og staten skal samarbeide slik at helse- og omsorgstjenesten i landet best mulig kan virke som en **enhet**.»*

Ansvaret hviler på flere ledd.

Tjenestetilbudet er fragmentert. Tjenester fra samarbeidende etater må **koordineres** dersom tjenestene skal virke enhetlig for pasienter og brukere.

Den **rettslige reguleringen** av koordinering og samarbeid er **fragmentert**.



Regelverket – en oversikt

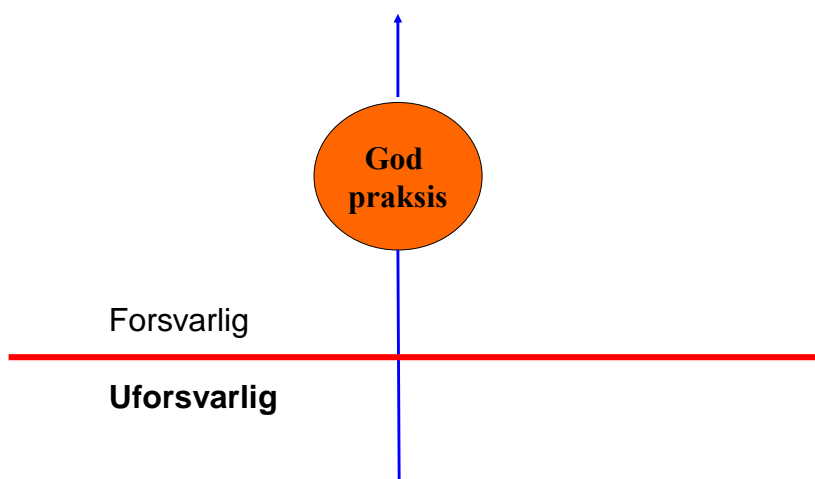
Ikke uttømmende

LOV/FORSKRIFT	PLIKT/RETTIGHET
<i>Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester</i> § 3-4, § 4-1 og kap. 7	Samhandling og samarbeid Helhetlige og koordinerte tjenester Individuell plan
<i>Lov om spesialisthelsetjenester</i> § 2-1 e, § 2-2, §§ 2-5, 2-5a, 2-5b og 2-5c	Samhandling og samarbeid Helhetlige og koordinerte tjenester Individuell plan Kontaktlege
<i>Lov om helsepersonell</i> § 4	Yrkesutøvelsen skal ved behov skje gjennom samhandling og samarbeid
<i>Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator</i>	Regulerer detaljer i samarbeidet og koordineringen
<i>Lov om pasient- og brukerrettigheter kap. 2 og 3</i>	Gir pasienter og brukere rettigheter i form av nødvendige helse- og omsorgstjenester, individuell plan, kontaktelege og medvirkning

Krav til forsvarlighet i helse- og omsorgstjenesten

Forsvarlighet
God praksis
Kvalitet

Kvalitet - Forsvarlighet



Krav til forsvarlighet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 4-1

Lov om spesialisthelsetjenesten § 2-2

Lov om helsepersonell § 4

«Forsvarlighet» = Rettslig standard som

- ✓ **beskriver hvordan tjenesten bør være (god praksis)***
- ✓ er utgangspunkt for hvor grensene mot det uforsvarlige går
- ✓ gir rom for faglig skjønn

*Tjenestene må holde tilfredsstillende **kvalitet**, ytes i tide og i tilstrekkelig omfang. Elementer: Samarbeid, tverrfaglighet, kontinuitet, informasjon og medvirkning. Individuelle hensyn.

- ✓ **Kvalitet** (definisjon): **Helheten** av egenskaper ved en tjeneste.
= **Brukeropplevelsen og resultatet.**

Tjenestene må være kjente og tilgjengelige for pasienter og brukere.

Systemperspektivet Styrings- og lederansvaret

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Den enkelte **virksomhet** har selvstendig **ansvar** for å kunne gi helhetlige og koordinerte tjenester til dem som trenger det.

Prioriteringen av koordinering og samarbeid varierer (ressurser, organisering, ansvar og myndighet i virksomheten).

- Koordinering og samarbeid hører blant de «usynlige» oppgavene (jf. erfaringer med forebyggende tiltak). Når ikke opp på prioriteringslisten. Sektortenkning.
- Dette kan føre til Svekket evne til forpliktende samarbeid med andre etater. Svekket evne til kontinuitet i interne prosesser. Uklar organisering og uklare ansvarsforhold.

- ✓ **Ekstern kontroll: Vanskelig for tilsynsmyndigheter og andre å påpeke konkret svikt i saker som krever sammenhengende forløp.**

Koordinerings-ordninger

Stadig nye plastre på såret?

Fra Pasientansvarlig lege til Stormottakersatsing.

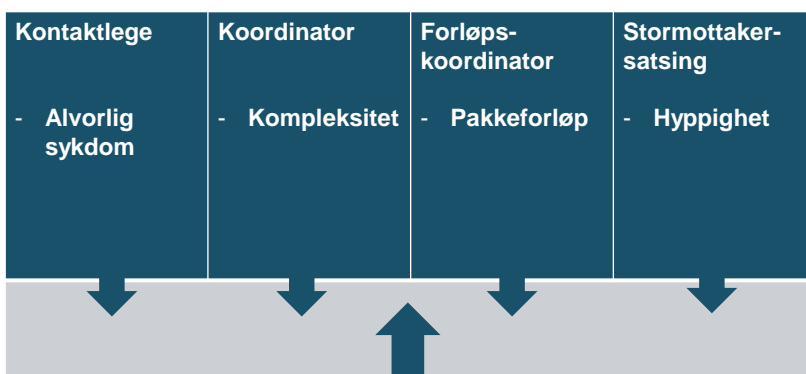
Det innføres lovbestemte ordninger som skal sikre samarbeid, kontinuitet og informasjonsflyt. Men ordningene lar seg ikke operasjonalisere fullt ut. Vi får ikke ut potensialet.

OG: Tar særordninger fokus bort fra et grunnleggende problem?



Koordinerings-ordninger

Spesielle vilkår
Generelle krav



I **alt pasient- og brukerrettet arbeid** må det være rutiner og prosedyrer som sikrer **forsvarlige tjenester** gjennom kontinuitet, informasjonsflyt, medvirkning og koordinering.

✓ Svikt kan skje på alle nivå i et behandlingsforløp

Hva innebærer forsvarlighetskravet?

Koordineringsordninger

Fokus på funksjon og behov

Virksomhetene må fokusere på **funksjonene** som ordningene skal ivareta. De inngår som ledd i kravet om forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. Det er fundamentet.

Det er **behovet** for kontinuitet og informasjonsflyt i behandlingen som skal dekkes, både med tanke på pasient/bruker og faglig kvalitet. Det må etableres en grunnleggende **plattform** i virksomhetene som bidrar til koordinerte tjenester med kontinuitet og god informasjonsflyt.

Lovpålagte ordninger og andre tiltak må ses i sammenheng med og være en del av en slik plattform.

«...slik at helse- og omsorgstjenesten...best mulig kan virke som en **enhet**...», jf. den nasjonale visjonen.

Behovsvurdering Noen grunnleggende vilkår

For pasienter og brukere med behov for sammenhengende forløp vurderes tiltak ut fra en **konkret behovsvurdering**. Stikkord: Kompleksitet, varighet, behov for tverrfaglig kompetanse.

Ikke aldersgrense. Ikke diagnosebasert.

Koordinerte tjenester: Mer enn én tjeneste, men må ikke være flere nivå. Langvarig: Ikke forbigående, kortvarig hjelpebehov, men må ikke være kronisk tilstand.

Alle tjenester/etater som inngår i «*helse- og omsorgstjenesten*» er pålagt å samarbeide og tilrettelegge for samarbeid. Virksomheter og helsepersonell skal være særlig oppmerksomme på pasienter og brukere med behov for individuell plan og koordinator.

Dersom en pasient eller bruker har behov for tilbud etter både helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, **skal kommunen sørge for** at det blir utarbeidet en individuell plan, og at planarbeidet koordineres (hol § 7-1).

Koordinator

Pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys koordinator

Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.

- ✓ Oppfølging av pasient/bruker krever kapasitet og kompetanse
- ✓ Samordning av tjenester krever klare ansvars- og myndighetsforhold
- ✓ Arbeid med IP krever samtlige egenskaper

Problem	Løsning?
Uklare ansvars- og myndighetsforhold Manglende autoritet	Tydelig ansvarsbeskrivelse Behov for profesjonalisering Må ha en viss uavhengighet fra utøvende tjeneste (hvilken hatt har man på?)
Kompetanse	Planlagt og systematisk opplæring
Kapasitet Sårbarhet	Organisering Prioritering
Mindreårige og deres familier - Særlig behov for kontinuitet	Øremerkede koordinatører

Kontaktlege Begrunnelse for innføringen (2016)

Avviksmeldinger og pasientklager...viser at ikke alle pasientforløp fungerer godt nok... **Sviktende informasjonsflyt og manglende kontinuitet** er ofte medvirkende årsaker. Det er derfor et behov for å **sikre bedre tilrettede og forutsigbare pasientforløp** til beste for både pasienten, pårørende og legen.

(Fra Helsedirektoratets veileder om kontaktlege)

Kontaktlege

Spesialisthelsetjenesten

Pasient som har *alvorlig* sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss *varighet*, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i samsvar med lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5c.

- En rettighet som skal ivaretas *så snart som mulig...*
- Avgrenset personkrets (...alvorlig...en viss varighet)
- Et medisinskfaglig ansvar. Kontaktlege skal også sikre nødvendig informasjonsflyt

Klager, tilbakemeldinger og stikkprøver viser at ordningen ikke er iverksatt per 2021. Det er flere årsaker til dette:

- Ikke prioritert av ledelsen
- Organiseringen
- Manglende kunnskap om ordningen blant leger (misforståelser)
- Manglende informasjon til pasienter. Tilgjengelighet
- Tekniske løsninger

Kontaktlege/ koordinator

- For pasienter som har fått oppnevnt begge er det selvsagt avgjørende at disse samarbeider
- Kontaktlege skal håndtere henvendelser og kontakt med annet helsepersonell og saker av **medisinskfaglig art**
- Koordinator skal ivareta **praktisk tilrettelegging og samordning** av ulike tilbud

Se Nasjonal veileder om rehabilitering og habilitering, individuell plan og koordinator pkt. 13.4 (Helsedirektoratet)

Individuell plan

Pasient- og
brukerrettighetsloven § 2-5

Alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

- Gir rett til en **samordnet faglig utredning som forplikter forvaltningen i utredningsfasen**
- Men gir ikke rett til faktisk gjennomføring , rett til tjenester eller rett til endringer i løpende vedtak

Glem ikke at det er
pasientens/brukerens plan!

Koordineringen Individuell plan Kommunalt vedtak

Et for sterkt fokus på
formkrav og vedtak kan
virke mot sin hensikt.

Med helse- og omsorgstjenesteloven (2011) ble det forutsatt at koordineringsbehovet som sådan skal tillegges større vekt.

Koordinering og samarbeid er både **utgangspunkt** og **drivkraft** for de målrettede prosessene som skal bringe pasienten og brukeren til målet.

Det ***må*** ikke foreligge individuell plan eller vedtak om kommunale tjenester før det kan iverksettes koordinerende tiltak. **Det kan nettopp være koordinert samarbeid som fører til at hjelpebehov blir klarlagt og at det blir utarbeidet individuell plan for brukeren.**

Forutsetninger for å lykkes

(innsendt spørsmål)

- Koordineringsordninger må **prioriteres** på ledernivå.
- Koordinering av tjenester internt og med andre virksomheter må betraktes som en **integrert** del av tjenestetilbudet – ikke en tilleggsoppgave.
- Koordinatorrollen bør **profesjonaliseres**. Uansett: Koordinator ha et klart myndighetsområde, være uavhengig i forhold til utøvende tjenester og få nødvendig opplæring.
- Pasienter, brukere og pårørende må **involveres**, både i enkeltsaker og ved planlegging/organisering av koordineringsordninger.

Barrierer

Oppsummering

Fragmenterte ordninger – i formell og praktisk forstand

Ikke tilstrekkelig prioritert (ledernivå)

Organisering, uklare ansvarsforhold

Klart preg av sektortenkning

Fokus på formalia og ikke brukerens behov

Personvern Utteksling av opplysninger

Noen avsluttende innspill

Samtykke fra pasienten eller brukeren er en grunnleggende forutsetning koordinering av og samarbeid om tjenester (og følger av lovverket).

God praksis: **Snakk med den det gjelder om å dele informasjon, også deling med pårørende.**

Opplysningsrett i lov om helsepersonell § 25:

Taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell

- ✓ med mindre pasienten motsetter seg det,
- ✓ når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Felles digitale verktøy - et savn. (Noe finnes, f.eks. web-basert IP - SAMPRO).

- Husk at digitale verktøy er et supplement og at ikke alle pasienter og brukere er like bekvemme med slike løsninger.
- Husk GDPR!

TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN!