

HELSE2030

HOVUDTEMA:

Multisyke

Dato 28.06.2016



INNHALD

1 INNLEIING	3
1.1 Gruppesamansetning.....	3
1.2 Arbeidsform	3
1.3 Kommenterar til dette arbeidet.....	3
2 SAMANDRAG OG VURDERINGAR	4
2.1 Framtidsbilete	4
2.2. Korleis kome dit?.....	5
3 Multisyke	6
4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING.....	12

1 INNLEIING

1.1 Gruppesamansetning

Eining/organisasjon	Representant – Namn	Stilling
Helse Vest	Baard-Christian Schem	(Leiar) Fagdirektør,
Helse Bergen	Kristin Eikanger Mjelde	Brukerutvalget,
Helse Stavanger	Svein Skeie	Divisjonsdirektør,
Helse Fonna	Merete Røthing	Rådgiver,
Helse Bergen	Kristin Bovim	Avdelingssjef,
Helse Førde	Hans Johan Breidablik	Fagdirektør,
Helse Førde	Stig Igland	Avdelingssjef,
Sjukehusapoteka Vest	Nina Carstens	Fagsjef,
Helse Vest	Brita Mauritzen Næss	Rådgiver,

1.2 Arbeidsform

Beskriving
3, 5 timers video/lync møter den 26. mai og 10. juni Telefonmøte med Kristin Bovim Telefonmøte med Torhild Heggestad Utveksling av innspill og arbeidsdokument på e-post

1.3 Kommenterarar til dette arbeidet

Beskriving

2 SAMANDRAG OG VURDERINGAR

2.1 Framtidsbilete

Beskriving – Innspel til framtidsbilete
<p>Utfordringer</p> <p>Multisyke har behov som utfordrer både faglighet, organisering og finansiering.</p> <p>De organisatoriske enhetene på sykehus er basert på spesialiseringsprinsippene der pasienter med sammensatte lidelser i stor grad blir vandrende mellom ulike enheter, eventuelt risikerer å «rykke tilbake til start» i påfølgende sekvenser.</p> <p>Det medisinske fagområdet har blitt stadig mer sub-spesialisert, og breddekompetansen samt vedlikehold av denne, er dermed også blitt redusert for alle typer helsepersonell. Faglig status har i stor grad blitt knyttet til spesialisering og ikke til bredde og helhet.</p> <p>Også de finansielle modellene – både DRG-systemet og den såkalte fordelingsmodellen basert på «behov», tar i svært liten grad hensyn til disse pasientgruppene.</p> <p>Multisyke har et stort forbruk av helsetjenester. Det er avgjørende å gi godt samordnede helsetjenester til denne gruppen for å kunne skape rom for å ivareta øvrige pasienter på en tilfredsstillende måte.</p> <p>Multisyke har ofte tilstander av varig karakter. Det betyr at grenseflata mot primærhelsetjenesten vil være avgjørende. Også pasientens evne til egenmestring og monitorering av egen tilstandsutvikling vil ha stor betydning. Ved et langvarig og komplisert forløp blir tidlig involvering og samarbeid med pårørende særlig viktig.</p> <p>Det er behov for skreddersøm i behandlingstilbudet. Standardiserte forløp kan være en del av det samlede tilbud, men er som regel ikke dekkende for hele forløpet.</p> <p>Pasientenes helsetjeneste medfører at pasienten skal være en likeverdig og aktiv deltaker i utvikling av sitt eget tjenestetilbud. For multisyke vil aktiv deltaking kunne by på utfordringer ettersom det er flere enheter og fagpersonell og forholde seg til. Også for å ivareta pasientens deltakelse, er behovet for samordning og løpende kommunikasjon på tvers av fagområder, institusjoner og forvaltningsnivå, viktig.</p> <p>For alvorlig psykisk syke og for en del psykisk funksjonshemmede vil også spørsmålet om samtykkekompetanse være aktuelt og det trengs erfaring i å vurdere når og om samtykkekompetanse foreligger på tvers av ulike fagområder.</p>
<p>Fremtidens tjenester</p> <p>Tjenestene bør organiseres med utgangspunkt i pasienten, og ikke med utgangspunkt i fag, samt understøtte tjenestenes tverrfaglig innsats og samarbeid. Det innebærer høy grad av fleksibilitet og elastisitet i tjenestene.</p>
<p>Holdning hos ansatte</p> <p>Et viktig grunnprinsipp som skal gjennomsyre hele organisasjonen er at alt personell har medisinskfaglig oppmerksomhet med bredde og helhet i tilnærmingen til pasienter. Personell må være trent og kompetent til å arbeide på tvers av spesialiteter og fagområder.</p>

Planlegging av nybygg

Ved planlegging av nybygg og ombygging/ominnredning av eksisterende bygg må det legges til rette for samarbeid om den enkelte multisyke, med vekt på fysisk nærhet mellom samarbeidende fagområder. Det må tilstrebes å redusere eller fjerne dagens uheldige geografisk adskillelse av psykisk helsevern, somatikk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Organisering

Multisyke bør i større grad enn i dag bli møtt av tverrprofesjonelle team som skreddersyr tilbudet til den enkelte. Fagpersonene skal ha fokus på sine kjerneoppgaver, men må ofte samarbeide tett med andre medlemmer i det tverrprofesjonelle teamet, og samarbeidspartnere internt og eksternt.

Det er særlig viktig med en bred tilnærming og tverrfaglighet i en diagnostisk og avklarende fase hvor helsepersonellet planlegger en samlet behandlingsplan.

I fremtidens helsetjeneste vil det være behov for høyt spesialiserte enheter, men også enheter som har tverrfaglig diagnostikk og behandling som hovedoppgave, særlig før det er lagt en samlet behandlingsplan. De høyt spesialiserte enheter må kunne følge opp de deler av en samlet medisinsk plan som ligger utenfor egen spesialitet.

2.2. Korleis kome dit?

(Forslag til illustrasjon. Kva byggjesteinar må på plass for å kome til ønska framtidig situasjon?)

3 Multisyke

Bakgrunn	
Mandat	
	<p>Definisjon En bred forståelse av begrepet multisykelighet legges til grunn, der utgangspunktet er:</p> <p><i>pasienter som samtidig eller over tid krever innsats fra flere ulike instanser og kompetanseområder.</i></p> <p>Hvor stor denne pasientgruppen er og i hvilken grad den vil øke avhenger av hvordan man avgrenser og definerer. Gruppen vil uansett være så stor at helsetjenesten må tilpasse seg når det gjelder organisering, samarbeid og IKT-systemer.</p> <p>Eksempler på slike pasientgrupper er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personer med flere somatiske, psykiske eller ruslidelser som kan være kombinert med psykisk eller fysisk utviklingshemming eller funksjonsnedsettelse. • Skrøpelige (frailty) eldre personer som har vansker med å mestre eller håndtere vanlige akutte belastninger. • Mennesker med alvorlige psykiske lidelser. Studier viser at den forventede levetid er omkring 20 år kortere for mennesker med alvorlige psykiske lidelser enn for befolkningen for øvrig. Nesten 60 % av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer med stort potensial for forebygging (ref. Tidsskrift for den Norske legeforening nr. 3 , 10. feb. 2015) http://tidsskriftet.no/article/3289159/ • Pasienter i siste fase i livet med behov for palliativ behandling kan også være multisyke. Pasienten har i denne fasen ofte en klart dominerende tilstand, den palliative, som er førende for hvilken helsehjelp som tilbys
Avgrensing	
Framtidsbilette	
Spørsmål 1	Fremtidig ansvar for og samarbeid om multisyke innad i spesialisthelsetjenesten
Spørsmål 2	Samarbeid mellom kommune/primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste om multisyke
Spørsmål 3	Utforming av fremtidige journalsystemer tilpasset multisyke.
Spørsmål 4	Bruk av andre IKT-løsninger utover journalsystemer
Spørsmål 5	Legemiddelbehandling
Spørsmål 6	Utdanning, forskning og kvalitetsforbedring
Spørsmål 7	Finansieringsløsninger
Korleis kome dit?	
Spørsmål 1	<p>Fremtidig ansvar for og samarbeid om multisyke innad i spesialisthelsetjenesten</p> <p>Tjenestene bør organiseres med utgangspunkt i pasienten, og ikke med</p>

utgangspunkt i fag, samt understøtte tjenestenes tverrfaglig innsats og samarbeid. Det innebærer høy grad av fleksibilitet og elastisitet i tjenestene.

Holdning hos ansatte

Et viktig grunnprinsipp som skal gjennomsyre hele organisasjonen er at alt personell har medisinskfaglig oppmerksomhet med bredde og helhet i tilnærmingen til pasienter. Personell må være trent og kompetent til å arbeide på tvers av spesialiteter og fagområder.

Planlegging av nybygg

Ved planlegging av nybygg og ombygging/ominnredning av eksisterende bygg må det legges til rette for samarbeid om den enkelte multisyke, med vekt på fysisk nærhet mellom samarbeidende fagområder. Det må være mulig å gjennomføre samlede vurderinger på tvers av fagområder noe som kan være en utfordring særlig ved poliklinikker og akuttmottak.

Det må tilstrebes å redusere eller fjerne dagens uheldige geografisk adskillelse av psykisk helsevern, somatikk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Organisering

Multisyke bør i større grad enn i dag bli møtt av tverrprofesjonelle team som skreddersyr tilbudet til den enkelte. Det vil gjelde både medisinske problemstillinger, men burde også ta opp i seg element som tilrettelegging og forebygging. Fagpersonene skal ha fokus på sine kjerneoppgaver, men må ofte samarbeide tett med andre medlemmer i det tverrprofesjonelle teamet, og samarbeidspartnere internt og eksternt.

Det er særlig viktig med en bred tilnærming og tverrfaglighet i en diagnostisk og avklarende fase hvor helsepersonellet planlegger en samlet behandlingsplan. For enkelte pasientgrupper med i utgangspunktet uklare og sammensatte symptombilder, vil den diagnostiske prosessen være helt avgjørende for å sikre best mulig utfall. Det forutsetter en tilnærming og organisering som ivaretar helhet og sikrer pasientenes samlede forløp fram til diagnostisk avklaring. I det videre forløpet vil pasienten kunne følges opp i mer spesialiserte enheter. Spesialiserte enheter må kunne følge opp de deler av en samlet medisinsk plan som ligger utenfor egen spesialitet.

Enkelte pasienter (skrøpelige eldre («frailty»)) tåler dårlig fysisk forflytning og stadig skiftende omgivelser, og vil ha best utbytte av tverrfaglige enheter som også håndterer komplikasjoner, der spesialistene flytter på seg og pasienten kan være på samme sted.

I fremtidens helsetjeneste vil det være behov for høyt spesialiserte enheter, men også enheter som har tverrfaglig diagnostikk og behandling som hovedoppgave, særlig før det er lagt en samlet behandlingsplan. De høyt spesialiserte enheter må kunne følge opp de deler av en samlet medisinsk plan som ligger utenfor egen spesialitet.

Koordinator

Ofte vil det være behov for å løse pasient og pårørende gjennom et skreddersydd forløp der koordinator har oversikt over helheten og også kan utløse nye

perspektiver.

Koordinatorfunksjoner skal være et supplement til øvrig personell i den praktiske utøvingen.

Målet med koordinator er å sikre smidig kommunikasjon og oppfølging underveis i behandlingen og sikre at relevante fagfolk og team på tvers av fagområder og tjenestenivå blir involvert.

Multisyke følges ofte over flere år. Dersom behovet for kontinuitet og sammenheng i forløpet tilsier det, skal koordinator samhandle med personell utenfor spesialisthelsetjenesten som har eller vil få et behandlings- eller oppfølgingsansvar overfor pasienten. Ofte er det naturlig at koordinator/koordinerende enheter i både kommune og spesialisthelsetjeneste følger forløpene.

Erfaringene fra koordinatorrollen i pakkeforløp for kreft er gode og kan benyttes som utgangspunkt. For øvrig vises til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 22 *Koordinator i spesialisthelsetjenesten*.

Bruk av epikrisen som understøttelse av det videre forløp.

Spesialisthelsetjenesten må forbedre epikrise som verktøy, slik at den kan benyttes mer som et arbeidsredskap for både pasienten og den kommunale helsetjenesten.

Epikrisen må inneholde rådgivning om videre prosess og hvordan man skal møte pasientens fremtidige behov.

I tillegg må epikrisen inneholde en fullstendig og kvalitetssikret oversikt over medisinerings på aktuelle tidspunkt, og eventuelle planlagte endringer av medisinerings frem i tid.

Episodisk eller kontinuerlig oppfølging i spesialisthelsetjenesten

I utgangspunktet ligger ansvaret for en samlet oppfølging av multisyke hos fastlegen, der spesialisthelsetjenesten gir episodiske og tidsavgrensede helsetjenester når det oppstår spesielle behov. For multisyke er dette i mange tilfelle ikke en god modell, da de trenger kontinuerlig oppfølging både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Ved oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten må helsepersonellet aktivt ta stilling til om behandlingen er en episode eller om behandlingen gjelder en person som vil trenge oppfølging på ubestemt tid. Dersom det er behov for oppfølging skal det legges en plan for videre innsats og forløp og settes opp mål.

For å kunne konsentrere innsatsen i det mer langsiktige, forebyggende arbeidet til de med størst behov, bør det utvikles mer systematiske «risikomodeller» for tidlig identifisering. Slike modeller har f.eks. vært utviklet i Storbritannia i arbeidet med å forebygge reinnleggelser.

	<p>Avgrensning av behandling, riktig bruk av palliasjon.</p> <p>Når flere aktører er døgnkontinuerlig involvert ved like eller ulike tilstander hos samme pasient, kan det lett bli uklart når prognose og samlet situasjon gjør det riktig å skifte til å ha et palliativt mål. Det blir lett uklart hvem som skal fatte en beslutning og ha dialog med pasient og pårørende. Det er viktig at dette punkt ikke dreier seg om prioritering og sparing, men om kvalitet, der sykdomsrettet diagnostikk og behandling av grenses og palliativ behandling vektlegges når forventet levetid er kort.</p>
Spørsmål 2	<p>Samarbeid mellom kommune/primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste om multisyke</p> <p>Multisyke har ofte tilstander av varig karakter. Det betyr at grenseflata mot primær-helsetjenesten vil være avgjørende.</p> <p>Grenseoppganger mellom kommune og spesialisthelsetjenester må for den enkelte pasient gås opp lokalt med utgangspunkt i samarbeidsavtalene.</p> <p>Multisyke har rett på individuell plan (IP) og koordinator. Hovedansvar for IP ligger hos primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har også ansvar for å vurdere behov og initiere planprosessen dersom pasienten ikke har IP.</p> <p>Foruten pasientens mål må ansvars- og oppgavefordeling i samarbeidet være beskrevet i den individuelle planen.</p> <p>Det bør etableres tidlig kontakt mellom koordinator i sykehus og koordinator i primærhelsetjenesten med hensikt å sørge for felles informasjonsutveksling og avklare roller i samarbeidet med pasient/pårørende.</p> <p>For noen multisyke pasienter vil alvorlighet av tilstand være så stor og behov for spesialisthelsetjenester så omfattende og langvarige at det må være et kontinuerlig samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Flere pasienter får oppfølging av primærhelsetjenesten i hjemmet. Utadrettede og ambulante tjenester fra sykehus til multisyke må koordineres med primærhelsetjenesten, for eksempel med tverrfaglige / tverretatlige team.</p> <p>Når spesialisthelsetjenesten har et kontinuerlig medansvar for multisyke må tjenestetilbudet innrettes mer pasientorientert og fleksibelt. Det må for eksempel være mulighet for åpen kontakt mellom tjenestetilbudene når behov oppstår. Spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelig for drøfting/ veiledning el.l. omkring pasienten med pasient, pårørende eller samarbeidspartnere ved behov.</p> <p>De tverrprofesjonelle miljøene i spesialisthelstjenesten, må fungere som knutepunkt og kompetansebase for både førstelinjetjenesten og de private rehabiliteringsinstitusjonene.</p>
Spørsmål 3	<p>Utforming av fremtidige journalsystemer tilpasset multisyke.</p> <p>Det er behov for felles journalsystem på tvers av fagområder, aktører og</p>

	<p>forvaltningsnivå, slik at alle som er involvert i møte med den enkelte multisyke har ett felles sted for dokumentasjon og samordning. Dette gjelder for alle pasienter men er særlig viktig for multisyke. I første omgang innad i spesialisthelsetjenesten, så mot avtalespesialister, private leverandører, og hele primærhelsetjenesten.</p> <p>Den nasjonale satsingen mot en innbygger en journal underbygger en ønsket utvikling. Dagens kjernejournal inneholder foreløpig ikke tilstrekkelig med mulighet for journalføring og for hyppig kontakt mellom aktører til å være velegnet for multisyke.</p> <p>Individuell plan bør være en del av felles elektronisk journal for å kunne brukes aktivt av involverte.</p>
Spørsmål 4	<p>Bruk av andre IKT-løsninger utover journalsystemer</p> <p>IKT-løsninger for oppfølging av multisyke utenfor sykehus ("sykehuset hjem til pasienten") forventes å øke betydelig frem mot 2030. Samtidig vil kommunal sektor sannsynligvis satse bredt på velferdsteknologi, både for å bedre kvaliteten på sitt tilbud og øke effektiviteten. Spesialisthelsetjenesten må samordne denne utviklinga med kommunene.</p>
Spørsmål 5	<p>Legemiddelbehandling</p> <p>Multisyke bruker ofte mange legemidler. Polyfarmasi øker risikoen for legemiddelrelaterte problemer, spesielt legemiddelinteraksjoner. Feil bruk av legemidler, og uunngåelig bivirkninger er en viktig årsak til pasientskader og unngåelige reinnleggelser.</p> <p>For å forebygge legemiddelskader er det viktig at man har en helhetlig tankegang omkring legemiddelbruk slik at legemidler som kombineres må vurderes samlet. Slik det er i dag er det en tendens til at hver spesialitet behandler «sin» indikasjon» - uten fullt ut å se sammenhengen med annen behandling. Dette er i stor grad et spørsmål om samordnede journalsystemer og holdninger.</p> <p>Også for legemiddelbruk er felles journal på tvers av alle aktører viktig, for å kunne se både hvordan medisinerer er, hvorfor det er gjort endringer, og holde andre involverte oppdatert. Innføringen av ajourført Kjernejournal og Reseptformidler vil i stor grad være nyttige hjelpemidler.</p> <p>Når multisyke pasienten forlater spesialisthelsetjenesten for videre oppfølging i primærhelsetjenesten, uansett om det er etter innleggelse eller poliklinisk behandling, må det foreligge en fullstendig og kvalitetssikret oversikt over medisinerer på aktuelle tidspunkt, og eventuelle planlagte endringer av medisinerer frem i tid. Denne må kommuniseres til fastlege og – der det er relevant – til pleie- og omsorgstjenesten i kommunen.</p>
Spørsmål 6	<p>Utdanning, forskning og kvalitetsforbedring</p>

	<p>Kunnskap om multisyke, og helsevesenets utfordringer med tanke på organisering, samhandling, holdninger og IKT systemer, må inngå i undervisningen i alle studieretninger relevant for sykehus.</p> <p>Spesialistutdanningene for leger må også inneholde kunnskap om nødvendigheten av å ha blikk for helhet på tross av spesialisering.</p> <p>Helse Vest bør bruke sine muligheter til å påvirke utdanningsinstitusjoner (Samarbeidsorgan, styrerepresentasjon) slik at utdanning tar hensyn til behovet for en helhetlig tilnærming til mennesker med sammensatte behov.</p> <p>Videre må det sørges for at alt helsepersonell vedlikeholder en viss basal breddekompetanse uavhengig av spesialretning, slik at de kan identifisere og håndtere de vanligste kroniske sykdommer. Dette er vesentlig for pasientsikkerheten, og særlig for pasienter med sammensatt problematikk der forløpet kan gå over mange ulike spesialenheter.</p> <p>Kvalitetsutvikling gjennom kvalitetsregister og ny kunnskap om multisyke gjennom forskning bør prioriteres.</p>
Spørsmål 7	<p>Finansieringsløsninger</p> <p>Dagens finansieringsløsninger er i svært liten grad tilpasset arbeidet med multisyke pasienter.</p> <p>Tverrfaglige tilnærminger, samhandling og samordning på tvers av enheter og fagområder kan være ressursmessig krevende. Det kan også være slik at innsats for å forebygge en videre uheldig utvikling, ikke gir kortsiktig gevinst.</p> <p>Utfordringene inkluderer også grenseflaten mot kommunen.</p> <p>Som prinsipp er det viktig at finansieringsmodellene understøtter en ønsket faglig retning. Derfor må man aktivt bidra til justering av modellene, og påvirke sentrale myndigheter til raskt å vurdere internasjonale løsninger som kan ha overføringsverdi til norske forhold.</p> <p>Vi er også kjent med at det foregår forskning i regi av EU som spesifikt har som formål å utforme finansierings-modeller for multi-syke, der resultatene skal foreligge innen 2020 (www.SELFIE2020.eu).</p>
Andre moment (inkl. premiss, fordeler, ulemper)	

4 ANBEFALINGAR FOR VIDARE UTVIKLING

Anbefalinger for videre utvikling, inkludert innspel til prinsipp for Helse Vest.

Anbefaling	Beskriving
1.	Tjenestene bør organiseres med utgangspunkt i pasienten, og ikke med utgangspunkt i fag, samt understøtte tjenestenes tverrfaglig innsats og samarbeid. Det innebærer høy grad av fleksibilitet og elastisitet i tjenestene.
2.	Ved planlegging av nybygg og ombygging/ominnredning av eksisterende bygg må det legges til rette for samarbeid om den enkelte multisyke, med vekt på fysisk nærhet mellom samarbeidende fagområder.
3.	I fremtidens helsetjeneste vil det være behov for høyt spesialiserte enheter, men også enheter som har tverrfaglig diagnostikk og behandling som hovedoppgave, særlig i en akutt/mottaksfase og inntil det er lagt en samlet behandlingsplan.
4.	Når spesialisthelsetjenesten har et kontinuerlig medansvar for multisyke må tjenestetilbudet innrettes mer pasientorientert og fleksibelt. Det bør være mulighet for åpen kontakt mellom tjenestetilbudene når behov oppstår. Spesialisthelsetjenesten bør være tilgjengelig for drøfting/ veiledning el.l. omkring pasienten med pasient, pårørende eller samarbeidspartnere om det oppstår problemer.
5	De tverrprofesjonelle miljøene i spesialisthelstjenesten, må fungere som knutepunkt og kompetansebase for både førstelinjetjenesten og de private rehabiliteringsinstitusjonene.
6	Koordinatorrollen må styrkes. Erfaringene fra koordinatorrollen i pakkeforløp for kreft er gode og kan benyttes som utgangspunkt. Koordinator skal være et supplement til øvrig personell i den praktiske utøvingen.
7	Epikrisen må inneholde rådgivning om videre prosess og hvordan man skal møte pasientens fremtidige behov.
8	Epikrisen må inneholde en fullstendig og kvalitetssikret oversikt over medisinerings på aktuelle tidspunkt, og eventuelle planlagte endringer av medisinerings frem i tid.
9	Ved oppstart av behandling i spesialisthelsetjenesten må helsepersonellet aktivt ta stilling til om behandlingen er en episode eller om behandlingen gjelder en person som vil trenge oppfølging på ubestemt tid. Dersom det er behov for oppfølging skal det legges en plan for videre innsats og forløp og settes opp mål.
10	For å kunne konsentrere innsatsen i det mer langsiktige, forebyggende arbeidet til de med størst behov, bør det utvikles mer systematiske «risikomodeller» for tidlig identifisering. Slike modeller har f.eks. vært utviklet i Storbritannia i arbeidet med å forebygge reinnleggelser.

11	Det er behov for felles journalsystem på tvers av fagområder, aktører og forvaltningsnivå, slik at alle som er involvert i møte med den enkelte multisyke har ett felles sted for dokumentasjon og samordning.
12	Spesialisthelsetjenesten må samordne teknologi som benyttes for oppfølging av pasienter utenfor sykehus med kommunenes bruk av velferdsteknologi til de samme pasientgruppene.
13	Når multisyke pasienten forlater spesialisthelsetjenesten for videre oppfølging i primærhelsetjenesten, uansett om det er etter innleggelse eller poliklinisk behandling, må det foreligge en fullstendig og kvalitetssikret oversikt over medisinerer på aktuelle tidspunkt, og eventuelle planlagte endringer av medisinerer frem i tid. Denne må kommuniseres til fastlege og – der det er relevant – til pleie- og omsorgstjenesten i kommunen.
14	Helse Vest bør bruke sine muligheter til å påvirke utdanningsinstitusjoner (Samarbeidsorgan, styrerepresentasjon) slik at utdanning tar hensyn til behovet for en helhetlig tilnærming til mennesker med sammensatte behov.
15	Det må sørges for at alt helsepersonell vedlikeholder en viss basal breddekompetanse uavhengig av spesialretning, slik at de kan identifisere og håndtere de vanligste kroniske lidelser. Dette er vesentlig for pasientsikkerheten, og særlig for pasienter med sammensatt problematikk der forløpet kan gå over mange ulike spesialenheter.
16	Spesialisthelsetjenesten må aktivt bidra til justering av finansieringsløsninger og påvirke sentrale myndigheter til raskt å vurdere internasjonale løsninger som kan ha overføringsverdi til norske forhold.