

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Føretak: Helse Vest RHF
Dato: 22.11.2006
Sakhandsamar: Hilde Rudlang
Saka gjeld: **Regional plan for habilitering og rehabilitering**

Arkivsak

2005/281/008

Styresak 124/06 B

Styremøte 14.12. 2006

Bakgrunn:

Habilitering og rehabilitering er eit av dei prioriterte helsefaglege områda i plandokumentet til styret i Helse Vest RHF.

Ifølgje bestillardokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet for 2005 og 2006 skal Helse Vest RHF prioritere utviklinga av tilbodet innanfor rehabilitering og habilitering. Helse Vest RHF har følgd opp dette bl.a. ved å utarbeide eit utkast til regional plan for habilitering og rehabilitering. Helseføretaka blei i styringsdokumentet for 2006 bedne om å bidra aktivt i prosjektet.

Utkast til plan blir her lagt fram.

Kommentarar:

1 Mandat og organisering

Prosjektet som blei oppretta for å utarbeide planen, hadde m.a. i mandat å kartleggje tenestene og vurdere behov og kapasitet, kome fram til strategiar for å møte utfordringane og utarbeide konkret plan for vidare utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstenestene i regionen.

Regional plan for habilitering og rehabilitering i Helse Vest er ein plan for fagfeltet i spesialisthelsetenesta, men med eit klart fokus på behovet for god samhandling mellom nivåa.

Rehabiliteringstilbodet for rusmisbrukarar og for pasientar innanfor psykisk helsevern inngjekk ikkje i mandatet. For rehabiliteringstilbodet til rusmisbrukarar blir det vist til regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, juni 2006. Planen legg dei overordna strategiane for vidareutvikling av behandlings- og rehabiliteringstilbodet for rusmiddelmisbrukarar i spesialisthelsetenesta.

Når det gjeld rehabiliteringstilbodet til pasientar innanfor psykisk helsevern blir det vist til at rehabilitering er ein integrert del av behandlingstilbodet innanfor psykisk helsevern. Særleg vil tilbodet ved DPSa vere sentralt i ein rehabiliteringsfase av eit pasientforløp. Utviklinga av tilbodet innanfor psykisk helsevern i Helse Vest blir skissert i den regionale opptrappingsplanen for psykisk helse, og denne blir det tatt sikte på å revidere i 2007.

Tenestetilbudet innanfor geriatri var inkludert i mandatet for prosjektet. Det blei i løpet av prosjektperioden gjort ei avgrensing i forhold til at det blei sett i gang eit nasjonalt arbeid for å styrkje spesialisthelsetenesta for eldre. Arbeidet med ein nasjonal strategi er ikkje endeleg avslutta. Helse Vest RHF har i oppdrag å utforme og gjennomføre tiltak i tråd med dei nasjonale måla. Det er sett ned ei regional arbeidsgruppe for dette arbeidet. Fagområdet geriatri blir sett på i denne samanheng.

Habiliterings- og rehabiliteringsprosjektet blei organisert med tre ulike prosjektgrupper:

- habiliteringstenester
- rehabiliteringstenester
- opptreningsinstitusjonar

Prosjektgruppene innanfor rehabilitering og habilitering arbeidde parallelt og hadde fleire møtepunkt. Det blei utarbeidd egne prosjektrapportar for kvart av prosjekta, og ein felles handlingsplan.

Prosjektgruppene hadde representasjon frå helseføretaka, private sjukehus, brukarorganisasjonar, tillitsvalte og primærhelsetenesta. Gruppene starta arbeidet i november 2005 og leverte rapport i mai 2006. PricewaterhouseCoopers (PWC) leia arbeidet på oppdrag frå Helse Vest RHF. Handlingsplanen som blei utarbeidd, var PWC sitt forslag til Helse Vest RHF på bakgrunn av arbeidet i prosjektgruppene.

Handlingsplanen for habiliterings- og rehabiliteringstenestene blei sendt på høyring, og Helse Vest RHF mottok til saman 20 høyringsuttale. Dette var frå åtte av kommunane i regionen, to av fylkeseldreråda, Regionalt brukarutval og brukarorganisasjonar, to opptreningsinstitusjonar, to privat ideelle sjukehus og tre av dei fire helseføretaka.

I tillegg blei handlingsplanen sendt for ei fagleg vurdering til fem særskilt inviterte fagpersonar med ulik fagbakgrunn.

Prosjektgruppa som vurderte tilbudet i opptreningsinstitusjonane leverte rapport i 2005. Bakgrunnen for å sette i gang dette arbeidet, var at Helse Vest RHF skulle overta det fulle finansierings- og bestillaransvaret for opptreningsinstitusjonane frå 01.01.06. Arbeidsgruppa hadde i mandat å vurdere tilbudet som blir gitt i opptreningsinstitusjonane, og sjå det i samanheng med rehabiliteringstilbudet som blir gitt i resten av spesialisthelsetenesta i regionen. Rapporten blei sendt på høyring i 2005, og Helse Vest RHF mottok høyringsuttale frå åtte kommunar, to fylkeskommunar, Regionalt brukarutval og brukarorganisasjonar, eit privat ideelt sjukehus, ein opptreningsinstitusjon og eit av helseføretaka.

I denne styresaka blir forslaget frå PWC (heretter kalla handlingsplanen – sjå vedlegg 2), rapporten frå prosjektet som vurderte tilbudet i opptreningsinstitusjonane (heretter kalla opptreningsrapporten – sjå vedlegg 3), høyringsuttalane og dei faglege vurderingane sett i samanheng.

2 Det spesifikke ved habilitering og rehabilitering – funksjon og meistring i eit livsløpsperspektiv

I forskrifta for habilitering og rehabilitering blir fagfeltet definert slik:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

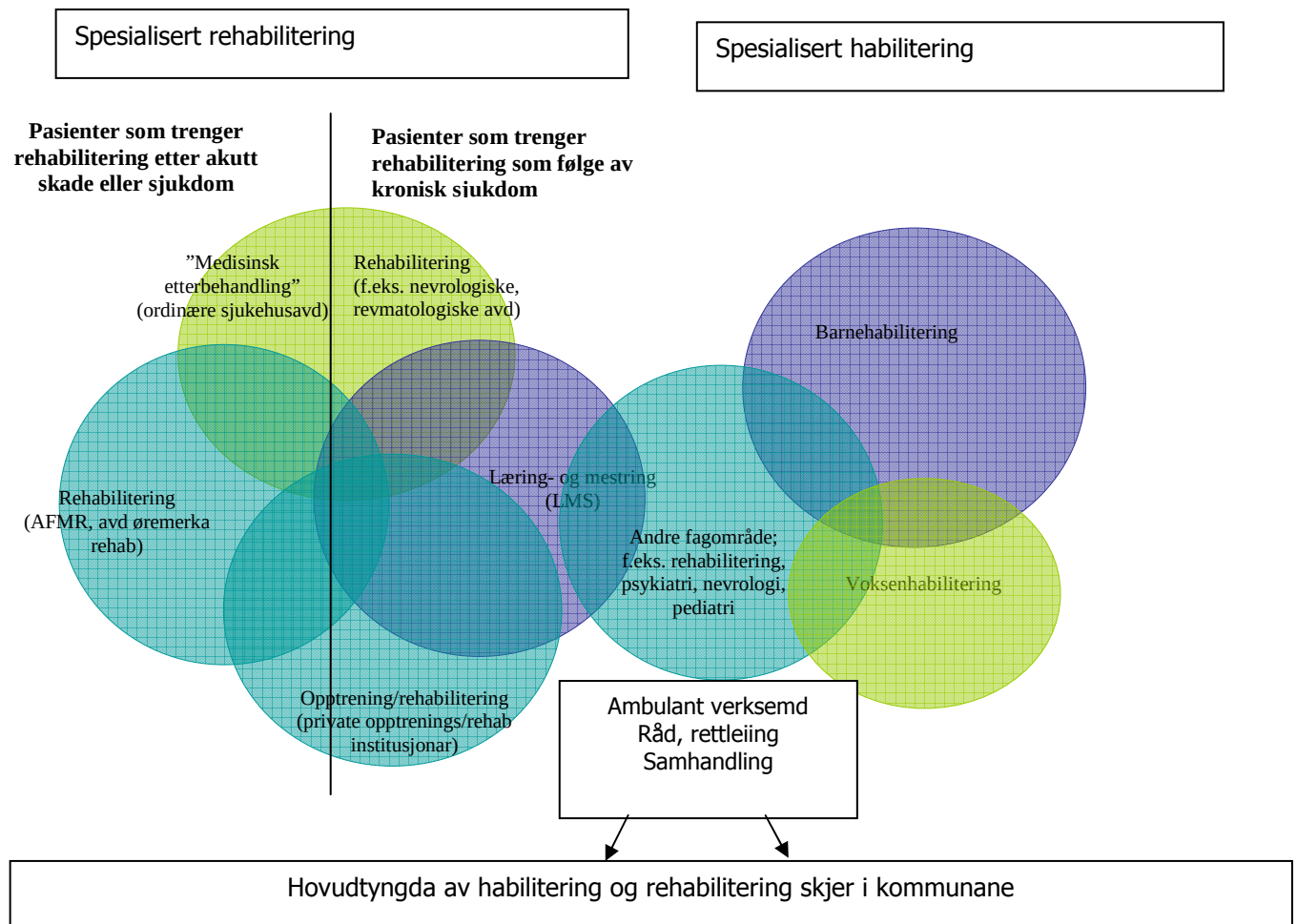
Forskrifta vendar seg til både spesialisthelsetenesta og kommunane. Grenseoppgangen for ansvaret til dei to nivåa er ikkje eintydig.

Det blir forstått slik at hovudtyngda av habilitering og rehabilitering må skje der livet blir levd, og det vil sei i kommunane. Spesialisthelsetenesta skal sørgje for habilitering og rehabilitering som krev spesialisert kompetanse, og i tillegg gi råd og rettleiing og samarbeide med kommunane og andre aktørar.

Habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet har som mål å hjelpe pasienten i eigen innsats, med fokus på dei moglegheitene pasienten har til tross for funksjonsnedsettinga si. Funksjonsnedsettinga kan vere medfødt eller tidleg erverva (habilitering), eller komen som følge av sjukdom eller skade (rehabilitering). Det er stor vekt på samspelet med den einskilde pasienten, og meistringsaspektet er viktig.

Tenestene må ha eit livsløpsperspektiv for dei pasientane som treng det, og fokus på overgangsfasar i livsløpet er vesentleg. For pasientar med samansette behov krev dette at mange ulike aktørar både innanfor og utanfor spesialisthelsetenesta blir involverte i tiltakskjeda/forløpet til pasienten. Det stiller store krav til samhandlinga mellom aktørane for at tiltakskjeda til pasienten skal henge godt saman.

Kompleksiteten innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet kan skisserast som i figuren:



3 Utfordringar for tenestene

Ut frå handlingsplanen, opptreningsrapporten, høyringsuttalane og dei faglege vurderingane kan det trekkjast opp nokre hovudutfordringar for tenestene.

Mange aktørar – samhandling er grunnleggjande

Det er mange ulike aktørar som yter rehabiliterings- og habiliteringstenester, både innanfor og utanfor spesialisthelsetenesta. Dette kan gi uklare ansvarsforhold og fare for at pasientgrupper faller mellom fleire stolar. For pasientgrupper som får deltilbod frå mange aktørar, kan tenestene opplevast som fragmenterte og lite samordna.

Ei vesentleg utfordring er derfor å skape samanhengande tiltakskjeder for pasientane ved å betre koordineringa av tenestene og oversikten over tenestene. Etablering av gode samhandlingsarenaer og samhandlingsstrukturar er viktig i denne samanheng.

I denne samanheng peiker handlingsplanen m.a. på at det bør etablerast koordinerande einingar på regionalt nivå og i alle helseføretaka, jf. forskrifta om habilitering og rehabilitering. Planen tilrår at helseføretaka opprettar lokale habiliterings- og rehabiliteringsnettverk. I tillegg blir det tilrådd at

helseføretaka etablerer samarbeidsavtalar og gjennomgår rutinar for kommunikasjon med eksterne samarbeidspartar.

Opptreningsrapporten inneheld konkrete forslag for å betre rutinane i samhandlinga mellom opptreningsinstitusjonane og andre aktørar i tiltakskjeda for å etablere samanhengande tenester for pasienten.

Mangelfullt kunnskapsgrunnlag – behov for å styrkje fagfeltet

Forskningsaktiviteten innanfor habilitering og rehabilitering er lav, samtidig som behovet for forskningsbasert kunnskap er stort. Det blir arbeidd med fagutvikling innanfor aktuelle tema, likevel saknar ein på mange område m.a. studiar som viser kva nytte pasienten har av habiliterings- og rehabiliteringstiltaka.

Aktiviteten i habiliterings- og rehabiliteringstenestene blir dokumentert og registrert i for liten utstrekning, og ikkje einskapeleg. Dette gjer det vanskeleg å gi eit presist bilete av innhaldet i tenesta, og gjer planlegginga vanskelegare.

Utfordringar i denne samanheng er derfor m.a. å etablere systematisk og einskapeleg aktivitetsregistrering i tenestene. Vidare er det behov for å leggje større vekt på forskning, fagutvikling og kunnskapsbasert praksis. Planen inneheld forslag til tiltak innanfor desse områda, m.a. tilrår planen å opprette eit regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering.

I tillegg til forslaga i handlingsplanen, bad Helse Vest RHF i høyringsbrevet også om synspunkt på oppretting av eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering som ei strategisk satsing innanfor eit fagområde som er prioritert, og treng styrking.

Tenestetilbodet

Rehabiliteringstilbodet i spesialisthelsetenesta blir gitt både i helseføretaka, på avdelingar øyemerka rehabilitering og på ordinære sengeavdelingar, i private sjukehus og i private rehabiliterings/opptreningsinstitusjonar. Rehabiliteringstilbodet blir gitt som døgn- eller dagopphald, poliklinisk eller ambulant. Habiliteringstilbodet blir gitt av helseføretaka, og er i hovudsak poliklinisk eller ambulant.

Handlingsplanen føreslår ei styrking av ambulant verksemd, tverrfagleg poliklinikk og gruppetilbod som dagbehandling. Dagens finansieringsordningar gir ikkje insentiv til ei slik styrking.

Handlingsplanen slår fast at det pr i dag er pasientgrupper som ikkje har eit tilstrekkeleg tilbod. Dette gjeld m.a. pasientar med kroniske lidningar, til tross for at pasientgruppa utgjer fleirtalet av dei pasientane som får dagopphald, polikliniske konsultasjonar og ambulante tenester eller opphald på opptreningsinstitusjonane. Handlingsplanen føreslår at det blir arbeidd vidare med tilbodet til dei store kronikargruppene på nasjonalt nivå.

Rehabiliteringstilbodet til personar med sansetap er fragmentert og variabelt. Handlingsplanen føreslår at det blir arbeidd vidare med å sikre tilbodet til gruppa.

Det eksisterer i ein del tilfelle uklare ansvarsforhold i forhold til tilbodet ved overgangen frå barn til vaksen. Det er i dag pasientgrupper som har hatt eit tilbod i barnehabiliteringstenestene, men der det ikkje eksisterar gode data som viser kor, og i kva slags omfang, dei får tenester i vaksen alder. Handlingsplanen tilrår at ein sikrar tilbodet i overgangen mellom barn og vaksen.

Opptreningsrapporten peiker på at det faglege tilbodet ved opptreningsinstitusjonane bør betrast. Tilbodet må integrerast i resten av spesialisthelsetenesta, og bli ein integrert del av tilbodet for personar som har hatt kirurgiske inngrep, for personar med kroniske lidningar og for eldre menneske som treng rehabilitering.

Kapasiteten i tenestene

Til tross for manglande kunnskapsgrunnlag som gjer ei analyse vanskeleg, peiker den demografiske utviklinga og den medisinskfaglege utviklinga i retning av eit aukande behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester i åra som kjem.

Utfordringane blir å leggje opp til ein kapasitet og kompetanse i tenestene og personellressursar som kan møte utviklinga og svare på utfordringane for fagfeltet.

Handlingsplanen føreslår at ei gradvis oppdimensjonering av sengekapasiteten innanfor rehabiliteringstenestene fram mot 2015 ved enten å opprette nye senger, gjere om akuttsenger til rehabiliteringssenger, oppgradere opptreningsinstitusjonar eller etablere 1 ½-linjetenestetilbod.

Handlingsplanen foreslår vidare ein gradvis auke i bemanninga i habiliteringstenestene fram mot 2015, basert på ei nærare vurdering av behov, bredde og omfang av fagkompetanse. Planen har òg forslag om tiltak i samband med kompetanseutvikling og rekruttering. Ein reknar med at eit større fokus på forskning og fagutvikling, vil kunne virke positivt på rekrutteringsproblema i tenestene.

Opptreningsrapporten legg vekt på at fleire pasientar og pasientgrupper bør få eit tilbod, og at nye tilbod blir utvikla i delar av regionen som ikkje har denne type tilbod. Det blir òg føreslått minimumskrav til kompetanse.

Rammevilkår

Det er fleire eksterne forhold som påverkar utviklinga av tenestene. Mellom anna vil varierende kapasitet og kompetanse i kommunane innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, påverke etterspørselen etter og presset i spesialisthelsetenesta. Dette vil vere eit usikkerheitsmoment i planlegginga av tenestene.

Dagens finansieringssystem for habilitering og rehabilitering understøttar ikkje utvikling av arbeidsformar som fremjar samanhengande og heilskaplege tilbod. Som eksempel kan nemnast at ambulante arbeidsformer, som kan bidra til å binde tenestetilbodet i spesialisthelsetenesta og i kommunane saman, ikkje har ein hensiktsmessig finansiering. Handlingsplanen føreslår derfor at regionale stimuleringsmidlar knytt til ambulant verksemd bør vurderast i påvente av nasjonale løysingar.

Ressursar til kjøp av tenester i opptreningsinstitusjonar / private rehabiliteringsinstitusjonar er svært skeivt fordelt på landsbasis. Midlane blir fordelte mellom RHFa etter den geografiske plasseringa til institusjonane, slik den var før RHFa overtok ansvaret 01.01.06. Helse Vest RHF får i 2007 tildelt i underkant av 7 prosent av ressursane, mens regionen har 20 prosent av innbyggjarane. Vidareføringa av skeivfordelinga er i strid med tidlegare klare signal om ei omfordeling frå 2007, m.a. i statsbudsjettet for 2006. Manglande omfordeling av midlar har konsekvensar for vidareutviklinga av tenestene i regionen.

Det kan i denne samanheng òg nemnast at eigendelar knytt til opphald ved opptreningsinstitusjonar er eit hinder for full integrering av tilbodet i spesialisthelsetenesta.

4 Høyringsuttalene

Høyringsuttalene til handlingsplanen og til opptreningsrapporten blir sett på under eit.

Dei fleste som har uttala seg om handlingsplanen eller opptreningsrapporten ser det som viktig og positivt at det vert sett fokus på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og at det vert utarbeide ein plan for utvikling av tenestene i regionen. Dei fleste av dei føreslåtte tiltaka får tilslutning.

Mange høyringsinstansar drar fram følgjande tema som særskilte viktige:

- samhandling og etablering av samhandlingsstrukturar
- fagutvikling og forskning
- dei private rehabiliterings/opptreningsinstitusjonane og deira plass i ein samanhengande tiltakskjede

- behov for eit tilbod mellom sjukehus og kommune; 1½-tjenestetilbod
- stimulering til meir vekt på ambulante tenester

Dei aller fleste høyringsinstansane støttar etablering av eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering.

Høyringsinstansane peiker òg på nokre område der planen ikkje fullt ut gir tilstrekkelege svar. Dette gjeld m.a:

- tilbodet til pasientgrupper med kroniske lidningar
- tilbodet til personar med sansetap
- tilbodet ved overgangen frå barn til vaksen
- læring og meistring
- intensiv trening for barn

Mange meiner òg at behovet for eit økonomisk løft for feltet er underestimert i planane, og at manglande finansiering er det største hinderet for at planane kan gjennomførast.

5 Strategiar for å møte utfordringane

Vurdering på bakgrunn av planarbeid og høyringar

På bakgrunn av handlingsplanen, opptreningsrapporten, høyringsuttalene og dei faglege vurderingane blir det her trekt opp strategiar for det vidare arbeidet. Intensjonen er at denne styresaka, saman med handlingsplanen og opptreningsrapporten, skal danne grunnlaget for ei satsing på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i regionen. Dette arbeidet har ein lang tidshorisont. Handlingsplanen har eit perspektiv fram mot 2015.

Som vist ovanfor blir det lagt til grunn ei forståing av habilitering og rehabilitering der funksjon og meistring til den einskilde pasienten, og med eit livsløpsperspektiv når pasienten treng det, er hovudpilaren. Dette krev at mange aktørar både innanfor og utanfor spesialisthelsetenesta er involverte for at pasienten skal få behova sine dekte. Hovudtyngda av habiliteringa og rehabiliteringa må skje i kommunen der pasienten bur, mens spesialisthelsetenesta skal bidra med spesialisert kompetanse og rettleiing. Dette stiller store krav til samhandlinga mellom aktørane for at pasienten skal oppleve at tenestene heng saman.

Planarbeidet har òg tydeleggjort at fagfeltet treng å styrkje kunnskapsgrunnlaget for å kunne vidareutvikle faget og for å danne grunnlag for satsinga på feltet.

Planarbeidet har føreslått ei gradvis oppdimensjonering av kapasiteten i tenestene for å kunne møte utviklinga og svare på utfordringane innanfor fagområdet. Med det som utgangspunkt må helseføretaka i planlegginga av tenestene finne gode løysingar ut frå kunnskapen om lokale forhold. Gitt at dei totale ressursrammene ikkje blir auka, jf. rammevilkår, vil dei gode løysingane måtte finnast gjennom omstilling.

På denne bakgrunnen blir det tilrådd i første omgang å ha følgjande strategiske satsingsområde i ei langvarig satsing på å vidareutvikle fagfeltet:

- Samhandling og etablering av samhandlingsarenaer
- Fagutvikling og forskning
- Utvikling av samanhengande tiltakskjeder for pasienten / gode pasientforløp
- Vidareutvikling av livsløpsperspektivet i tenestene
- Auka fokus på læring og meistring
- Vidare arbeid for å integrere dei private rehabiliterings/opptreningsinstitusjonane i spesialisthelsetenesta

For oversikt over alle tiltaka i handlingsplanen blir det vist til vedlegg 1. Tiltaka er oppdaterte ut frå ei samla vurdering av planarbeidet og høyringane.

Løysingar på ulike nivå

Dei fleste utfordringane planarbeida peikar på, må finne ei løysing innanfor det enkelte helseføretak fordi storparten av rehabiliterings- og habiliteringstenestene må vere tilgjengeleg for pasienten i nærleik av bustaden.

Det er likevel oppgåver som vil trenge ei regional løysing. Regionsdekkjande tenestetilbod kan vere nødvendige for tilstandar som er sjeldne, komplekse og som krev svært spesialisert kompetanse. Det vil òg vere utviklingsoppgåver som best lar seg løyse i samarbeid på tvers av helseføretaksgrenser.

Nokre utfordringar kan med fordel løftast til eit nasjonalt nivå. Dette vil vere utfordringar som gjeld alle habiliterings- og rehabiliteringstenestene i heile landet, og der einskaplege løysingar er å føretrekkje. Eksempel på dette er etablering av ein systematisk og einskapeleg aktivitetsregistrering, behovskartleggingar, utvikling av nytt finansieringssystem, utarbeiding av faglege retningslinjer. Det kan nemnast at det er i gang arbeid m.a. på utvikling av kodeverk og finansieringsordningar.

6 Konkretisering av satsingsområda

På grunnlag av vurderingane av planarbeida og høyringane, blir det føreslått å prioritere følgjande tiltak som ledd i ei langvarig satsing på fagfeltet:

Etablere regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, inkl. regional koordinerande eining

Det blir tilrådd å etablere eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering som ei satsing for å prioritere og styrkje fagfeltet.

Vesentlege oppgåver for eit kompetansesenter vil vere knytt til forskning, fagutvikling, nettverksbygging og undervisning. Nokre av funksjonane som handlingsplanen føreslår lagt til eit fagråd, kan leggjast til kompetansesenteret. Vidare vil ei rekkje av utviklingsoppgåvene som handlingsplanen skisserer, kunne leggjast til senteret.

Etablering av eit regionalt kompetansesenter inneber ei styrking av forskning og fagutvikling innanfor fagfeltet, og vil på sikt kunne gi fagfeltet ei sterkare akademisk kompetanse.

Det vil vere vesentleg at eit regionalt kompetansesenter har fokus på nettverksbygging i regionen for på den måten å sikre at kompetanse- og fagutvikling skjer på tvers av helseføretaksgrensene.

Det blir vidare føreslått at oppgåva som regional koordinerande eining blir lagt i tilknytning til kompetansesenteret. Bakgrunnen for dette er at forskrift for habilitering og rehabilitering slår fast at:

Det skal finnes en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten som skal ha en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.

I tillegg er det viktig at det blir oppretta ei koordinerande eining i kvart helseføretak, som blir knytt opp mot den regionale koordinerande eininga.

Dei koordinerande einingane vil vere viktige instrument for å betre samhandlinga både innanfor spesialisthelsetenesta og i forhold til eksterne samarbeidspartar. Einingane vil kunne bidra til å gi pasientane betre oversikt over tilbodet.

Mandat og oppgåver for det regionale kompetansesenteret, organisering, deltaking/involvering og ressursbehov må definerast nærmare. I denne samanheng vil kriteria for regionale kompetansesenter, jf. styresak 78/03B, bli lagt til grunn. Deretter kan oppdraget med å etablere og drifte eit regionalt kompetansesenter bli tildelt eit av helseføretaka, etter ei runde der alle helseføretaka kan presentere si løysing.

Etablere regionsdekkjande rehabiliteringstilbod for alvorleg hjerneskade

Det er behov for å etablere eit regionalt tilbod for pasientar med behov for tidleg og kompleks rehabilitering etter alvorleg hjerneskade.

Bestillardokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet for 2006 slår fast at rehabilitering ved alvorleg hovudskade bør få særleg merksemd. Rapport IS 1279, *Et reddet liv skal også leves. Om rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlig hjerneskade*, tilrår å etablere eit tilbod i kvar region.

Funksjonen blir i handlingsplanen føreslått lagt til Helse Bergen. Behovet er stipulert til 6-8 senger, basert på rapporten nemnt over. Ressursbehovet tilsvarer 4 pleieårsverk pr seng samt nevropsykolog og lege. Berekninga byggjer på rapporten, utredning i Helse Aust og erfaringar frå Hvidovre i Danmark. Eit tilbod i denne størrelsesorden må innpassast i samband med planlagt nybygg, og utvikling og utbygging av funksjonen må skje gradvis over tid.

I 2007 vil det vere mogleg å opprette 2 senger som ledd i ei gradvis utbygging av den regionale funksjonen. Dette er kostnadsberekna til 5-6 mill kr.

I tråd med handlingsplanen bør det vidare utredast oppretting av eit regionalt tilbod for pasientar med utagerande åtferd etter traumatisk hjerneskade. Dette bør sjåast i samanheng med forslaget i handlingsplanen om regionale oppgåver knytt til døgneininga ved vaksenhabiliteringa i Helse Bergen.

Det blir føreslått at Helse Bergen får i oppdrag å planleggje etablering av regionsfunksjon.

Utarbeide gode pasientforløp

Som eit resultat av at mange aktørar er involverte i forløpet til den einskilde pasient, er det behov for å fokusere på å utvikle gode pasientforløp/tiltakskjede for å sikre at pasientane får tenester som heng saman.

Handlingsplanen viser at pasientgrupper med kronisk sjukdom og personar med sansetap ikkje får eit godt nok tilbod i spesialisthelsetenesta i dag.

Ein bør derfor starte eit arbeid med å utvikle gode pasientforløp/tiltakskjeder for pasientgrupper med kronisk sjukdom og for dei med sansetap. Aktuelle diagnosegrupper innanfor kronisk sjukdom kan vere MS, CP, parkinson, muskelsvinn, diabetes, kreft. Pasientgrupper med sansetap gjeld både blinde, svaksynte, døve og hørselshemma.

I arbeidet må ein sjå på heile pasientforløpet; utredning, akutt behandling, rehabilitering i spesialisthelsetenesta (døgn-, dagbasert, poliklinisk, ambulant), læring og meistring, opphald i opptreningsinstitusjon og tilbakeføring til kommunen. Ei vesentleg utfordring er å hindre at det oppstår gråsoner som ingen av nivåa tar ansvaret for.

Ein vesentleg intensjon for habiliterings- og rehabiliteringstenestene er at tilboda skal ha eit livsløpsperspektiv for dei pasientgruppene som har behov for det. Det blir derfor særleg vesentleg å sørgje for at overgangsfasar i livsløpet til den einskilde får særskild merksemd. Ungdomsperioden er ein viktig overgangsfase, som òg er spesielt utsett fordi tenestene til barn og vaksne blir gitt frå ulike aktørar. Arbeidet med å utvikle gode pasientforløp bør derfor ha eit særleg fokus på tilbodet til ungdom.

Det blir føreslått at kvart av helseføretaka i 2007 får i oppdrag å starte arbeidet med å utvikle gode pasientforløp for ulike diagnosegrupper med kroniske lidningar og for dei med sansetap, med eit særleg fokus på tilbodet til ungdom.

Behovet for ein regional samordning av arbeidet bør vurderast ut frå eventuell overføringsverdi mellom prosjekta.

Setje fokus på læring og meistring

Læring og meistring bør få eit auka fokus.

Opplæring av pasientar og pårørande er ei av hovudoppgåvene til spesialisthelsetenesta, jf. Spesialisthelsetenestelova. Lærings- og meistringssentra (LMS) er vesentlege for å ivareta denne oppgåva. Det er eit LMS i kvart helseføretak, og fleire av LMSa har fleire einingar for å spreie tilbodet geografisk. LMSa skal vere ein tilgjengeleg møteplass for pasientar med kronisk sjukdom eller funksjonsnedsettingar og deira pårørande, der fagkunnskap og brukarerfaring blir sidestilt i planlegging, gjennomføring og evaluering av læringstilbod.

Det er ei utfordring å få oppgåver knytt til opplæring av pasientar og pårørande ved LMSa til å vere ein integrert del av arbeidet til fagpersonellet i resten av sjukehuset. Det er derfor viktig at helseføretaka sørgjer for at både LMSa og avdelingane gjer sitt til dette, jf. også styringsdokumentet for 2006.

Vidare er det ei utfordring for lærings- og meistringsaktiviteten at manglar ved finansieringsordningane ikkje er løyst, til tross for at arbeid med dette er påbegynt på nasjonalt nivå.

Det bør vurderast å forankra eit vidare regionalt samarbeid om utviklingsoppgåver innanfor læring og meistring i det regionale kompetansesenteret. Samarbeidet med det nasjonale kompetansesenteret innanfor læring og meistring kan vidareutviklast.

Integrering av opptreningsinstitusjonar / private rehabiliteringsinstitusjonar i spesialisthelsetenesta

Det er eit klart behov for å arbeide vidare for å integrere opptreningsinstitusjonane / dei private rehabiliteringsinstitusjonane som Helse Vest RHF har avtale med, i spesialisthelsetenesta i regionen.

Dei fleste av tilrådingane i opptreningsrapporten føreset at Helse Vest får tilført ressursar til opptrening/rehabilitering ved at midlane blir fordelte mellom regionane etter innbyggjartal, jf. omtale under "rammevilkår".

Konsekvensar av manglande omfordeling av midlar er derfor at dei fleste av dei planane som føreligg for vidareutvikling av tenestene ved opptreningsinstitusjonane ikkje kan setjast i verk i 2007.

Det må likevel leggjast vekt på vidareutviklingstiltak og kvalitetsauke som kan gjennomførast innanfor eksisterande økonomiske ramme. Helse Vest vil mot ein slik bakgrunn leggje til rette for eit strukturert samarbeid med opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonane. I arbeidet tar ein utgangspunkt i opptreningsrapporten og avtalane med institusjonane. Formålet med samarbeidet vil vere å auke kvaliteten og oppnå ei tettare samordning mellom opptrenings/rehabiliteringsinstitusjonane og helseføretaka. Dette arbeidet vil òg omfatte praktiseringa av prioriteringsforskrifta.

På sikt må ein forvente at midlane blir fordelt etter meir objektive kriterium slik at tenestene kan vidareutviklast til beste for innbyggjarane også i Helseregion Vest.

Forslag til vedtak:

1. Den oppdaterte handlingsplanen for habiliterings- og rehabiliteringstenestene i Helse Vest, jf. vedlegg 1, og dei strategiske satsingsområda trekt opp i denne styresaka, skal liggje til grunn for ei langsiktig satsing på å vidareutvikle habiliterings- og rehabiliteringstenestene i regionen.
2. Følgjande tiltak blir prioriterte som ledd i den langvarige satsinga på fagfeltet:
 - Det blir etablert eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, inkludert regional koordinerande eining. Det skal skje ei evaluering av kompetansesenteret etter 3 år.
 - Det bør vere ei koordinerande eining i kvart helseføretak.
 - Helse Bergen HF får i oppdrag å planleggje etablering av eit regionsdekkjande tilbod for pasientar med behov for tidleg og kompleks rehabilitering ved alvorleg hjerneskade.
 - Helseføretaka får i oppdrag å utarbeide gode pasientforløp for ulike diagnosegrupper med kroniske lidingar og for dei med sansetap, med eit særleg fokus på tilbodet til ungdom.
 - Det må setjast eit større fokus på læring og meistring.
 - Det må arbeidast vidare for å integrere opptreningsinstitusjonane/dei private rehabiliteringsinstitusjonane i spesialisthelsetenesta for å fremme kvalitet og betre samhandling.

Vedlegg 1: Oppdatert handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Helse Vest – oversikt over tiltak

Vedlegg 2: Handlingsplanen – forslag frå PWC

Vedlegg 3: Opptreningsrapporten