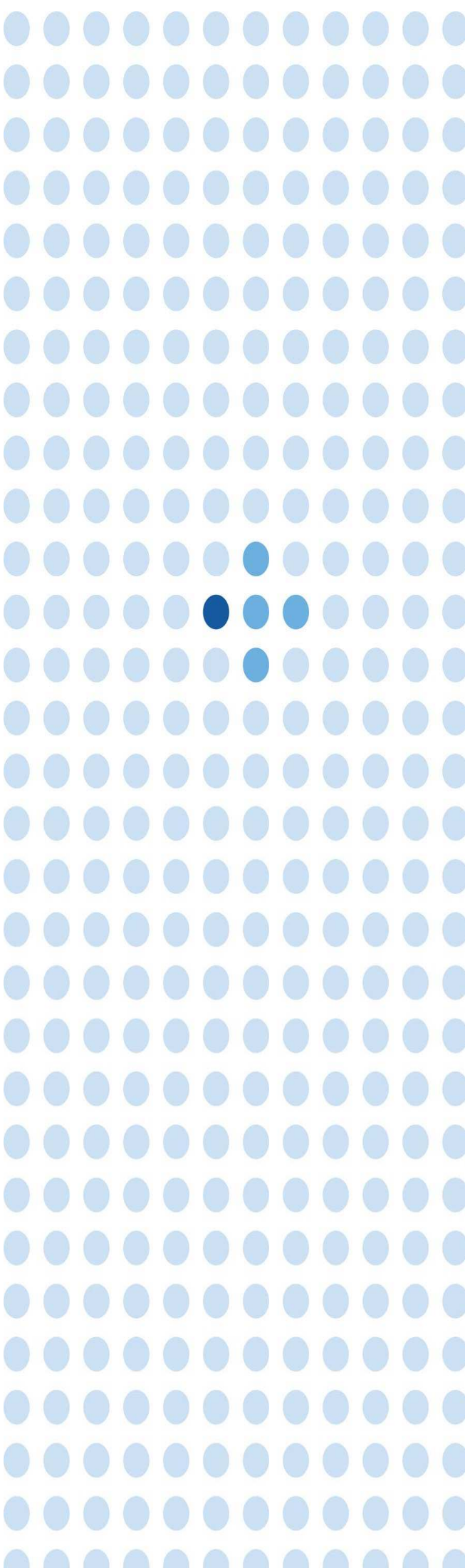




Vedlegg 3 Opptreningsrapporten

**Opptreningstilbudet i
Helseregion Vest – ein del av
eit samanhengande
habiliterings- og
rehabiliteringstilbod**

Helse Vest RHF

Rapport frå arbeidsgruppe
Juni 2005

Innhald:

INNHALD:	2
KAPITTEL 1 BAKGRUNN, SAMANSETJING OG ARBEIDSMÅTE	4
1.1. BAKGRUNN	4
1.2 SAMANSETJING OG ARBEIDSMÅTE FOR ARBEIDSGRUPPA:.....	5
KAPITTEL 2 STATUS OG BEHOV NÅR DET GJELD OPPTRENING	6
2.1 OPPTRENINGSTILBODET NASJONALT	6
2.2 . OPPTRENINGSTILBODET I HELSE VEST.	7
2.3 STATUS OG BEHOV I HELSE VEST.	8
Helse Bergen:.....	8
Helse Stavanger	8
Helse Fonna:.....	8
Helse Førde:	9
KAPITTEL 3. SAMANDRAG – OPPSUMMERING AV ARBEIDSGRUPPA SINE TILTRÅDINGAR.	10
KAPITTEL 4. FØRESETNADER OG BAKGRUNN FOR TILRÅDINGAR NÅR DET GJELD OPPTRENINGSTILBOD I HELSE VEST.	12
4.1 FØRESETNADER FOR ARBEIDSGRUPPA SINE TILRÅDINGAR.	12
4.2 MANDAT OG MÅLSETJINGAR:.....	12
KAP 5 TILTAK FOR Å KUNNE GJE EIT TILBOD TIL FLEIRE BRUKARAR OG BRUKARGRUPPER.	14
5.1 VANLEGE DEFINISJONAR AV OPPTRENING, OPPTRENINGSinSTITUSJONAR V.S HABILITERING OG REHABILITERING	14
5.2 INNDELING AV BRUKARGRUPPER I TRE HOVUDKATEGORiar.....	14
5.3 AKTUELLE BRUKARGRUPPER FOR OPPTRENINGSinSTITUSJONANE:	15
5.4 KVA BEHOV HAR BRUKARGRUPPENE ?	16
5.4.1 Kategori 1 og 3.....	16
5.4.2 Kategori 2	17
5.5 DIMENSJONERING AV TILBODET I REGIONEN.	18
5.5.1 Dimensjonering av tilbodet til Brukargrupper i kategori 1 og 3.....	18
5.5.2. Dimensjonering av tilbodet til Brukargrupper i kategori 2	19
5.6 OPPTRENING I ANDRE DELAR AV LANDET.....	19
5.7 REGIONALT TILBOD FOR KATEGORI 2.....	20
KAPITTEL 6 TILTAK FOR Å ETABLERE EI SAMANHENGANDE TIL TAKSKJEDE	22
6.1 LIKEVERD MELLOM SAMARBEIDSPARTNARANE EIN FØRESETNAD:.....	22
6.2 AKTUELLE SAMARBEIDSPARTNARAR:	22
6.3 FASAR I EIT REHABILITERINGSLØP FOR ULIKE KATEGORiar BRUKARAR.	22
6.4 FASE 1- SØKNAD	23
6.5 FASE 2 - KRAV TIL SØKNAD.....	24
6.6 FASE 3 - VURDERING AV SØKNAD/TILVISING.	25
6.7 FASE 4 – OPPFØLGING AV BRUKAR	26
6.8 LOKALT OG REGIONALT NETTVERK.....	26
KAPITTEL 7 BETRE TILBOD TIL BRUKARANE AV OPPTRENINGSinSTITUSJONANE	28
7.1 KRAV TIL INNTAK OG OPPFØLGING:	28
7.2 BRUKARMEDVERKNAD	28
7.3 KRAV OM KOMPETANSE, AREAL, BYGNINGAR OG UTSTYR:	28
7.4 UTFORMING AV TILBODET:	29
7.6 KRAV OM TETT SAMARBEID MED FORSKNINGS- OG UTDANNINGSinSTITUSJONAR.	29

OPPTRENNINGSINSTITUSJONAR I NORGE

GRUPPE 1 INSTITUSJONER

- 1 NORDTUN OPPTRENNINGSSENTER
- 2 REHABILITERINGSSENTERET
- 3 MOSØ-NORGES KURBAD
- 4 MERÅKER SANITETSFØRENINGSS KURBAD
- 4 NKS REVMATISMEHUSST
- 5 SELLI OPPTRENNINGSSENTER
- 6 MURITUNET BEHANDLING OG OPPTRENNINGSSENTER
- 7 RØDE KORS HAUGLAND REHABILITERINGSSENTER
- 8 RINGEN REHABILITERINGSSENTER A/S
- 9 SKOGLI HELSE OG REHABILITERINGSSENTER
- 10 STEINFENSRUDOPPTRENNINGSSENTER
- 11 BORGER BAD A/S
- 12 HOKKSUND KURBAD A/S
- 13 VIKERSUND KURBAD A/S
- 14 NARKE OPPTRENNINGSSENTER A/S
- 15 OPPTRENNINGSSENTERET JETLATA KURBAD

OPPTRENNINGSSENTERET HELSHEDSPITUSJONAR FINLAND

- 16 BEITOSTØLEN HELSESPORTSENTER
- 17 VALNESFJORD HELSESPORTSENTER
- 18 HAUGLAND ATTPRINGSENTER
- 19 BERNES INSTITUTT

GRUPPE 2 INSTITUSJONER

- 20 OPPTRENNINGSSENTERET I SALANGEN
- 21 BJØRRANG A/S OPPTRENNINGSSENTER
- 22 AUNE OPPTRENNINGSSENTER
- 23 HASAHAUGEN OPPTRENNINGSSENTER
- 24 RAVNBERGSHADGENOPPTRENNINGSSINSTITUSJON
- 25 SJØMENNENS HELSEHEIM -VESTLAND
- 26 GRANE OPPTRENNINGSSENTER
- 27 LANDAASEN OPPTRENNINGSSENTER
- 28 FAULSRUD OPPTRENNINGSSENTER
- 29 RØFLENBERG OPPTRENNINGSSENTER
- 30 SOLVAGDA OPPTRENNINGSSENTER
- 31 SØLVSTRØTHERGET OPPTRENNINGSSENTER
- 32 TOSKÅSEN OPPTRENNINGSSENTER
- 33 NIKEN OPPTRENNINGSSENTER
- 34 WOLLA GÅRD OPPTRENNINGSSENTER
- 35 FRIDENBERG OPPTRENNINGSSENTER
- 36 NORDAGUTU OPPTRENNINGSSENTER
- 37 STENNESHEIM HESONVALESENHEIM
- 38 SØKKÅRDENOPPTRENNINGSSENTER A/S
- 39 GOTTALAB OPPTRENNINGSSENTER
- 40 EUDAL OPPTRENNINGSSENTER
- 41 SJØMENNENS HELSEHEIM REHABILITERINGSSENTER A/S

Kapittel 1 Bakgrunn, samansetjing og arbeidsmåte.

1.1. Bakgrunn

Overordna styringssignal

Stortinget vedtok ved handsaminga av St.prp. nr. 1 (2002-2003) at finansierings- og bestillaransvaret for opptreningsinstitusjonane skulle overførast til dei regionale helseføretaka. Overføringa skulle skje over ein fireårsperiode, med 2003 som første året i overgangsperioden.

Eit av formåla med overføringa er å få til ei harmonisering med resten av spesialisthelsetenesta når det gjeld finansiering og styring. Ein reknar med at overføringa vil bidra til å vidareutvikle institusjonane slik at tilbodet blir ein del av eit heilskapeleg tilbod i regionen – i samsvar med dei behova innbyggjarane har for rehabiliteringstenester.

Dei regionale helseføretaka blei pålagt å inngå avtalar med opptreningsinstitusjonane i eigen region innan utgangen av 2003. Helse Vest har inngått avtale med dei fire institusjonane i regionen.

Ved handsaminga av St.prp. nr 1 (2004-2005) blei det vedteke ei endring i overgangsordninga som inneber at overføringa av det fulle finansieringsansvaret er framskynda med eit år. I Bestillardokumentet for 2005 til Helse Vest RHF er endringa tatt inn:

I 2005 skal 40 prosent av den samla løyvinga frå staten til opptreningsinstitusjonar utbetalast som eit basistilskot via dei regionale helseføretaka. Ein går ut frå at opptreningsinstitusjonane får heile finansieringa si gjennom dei regionale helseføretaka frå 2006. Dei regionale helseføretaka skal førebu avtalar med institusjonane om kva for oppgåver institusjonane skal yte, og prisen på tenestene. Ein reknar med at avtalene skal gjelde frå 1. januar 2006. Helse Vest skal gjere avtalar som minst svarer til den summen som blir overført.

I brev frå Helse- og omsorgsdepartementet, datert 14.03.05, konkluderer departementet med at midlane til opptreningsinstitusjonane i 2006 blir fordelt etter den geografiske plasseringa til institusjonane. Føresetnaden for ei slik fordeling, er at pasientar kan bruke plassar i institusjonar som andre regionale helseføretak har avtale med. Regelverket for offentlege innkjøp skal følgjast. Frå 2007 tar departementet sikte på at fordelinga blir gjort etter fordelingsnøkkel/befolkning. Dette inneber at det må gjennomførast ny anbudsrunde i 2006 som skal gi grunnlag for avtalar for 2007.

Tilgang og behov for opptreningsplassar

Opptreningsinstitusjonane i landet er geografisk svært skeivt fordelt. Helseregion Vest har langt færre plassar per innbyggjar enn resten av landet. Sjølv om pasientar frå Helse Vest nyttar opptreningsplassar i andre regionar, har Helse Vest eit lavt forbruk av denne type tenester samanlikna med dei andre regionane.

Ut frå demografiske utviklingstrekk, medisinskfagleg utvikling og utviklinga i sjukdomsførekomsten i folkesetnaden, reknar ein med at behovet for rehabiliteringstenester kjem til å auke.

Med denne bakgrunn vedtok styret i Helse Vest i møte 20.10.04 (styresak 75/04) at Helse Vest, i samarbeid med ein ideell organisasjon eller anna samarbeidspartnar, skal arbeide for å få 2-4 nye institusjonar i helseregionen. I styremøte 25.04.05 presiserte styret at intensjonen i dette vedtaket var å ta initiativ til at det vert etablert fleire opptreningsplassar i regionen, og at dette ikkje utelukkar å etablere opptreningsinstitusjonar i regi av helseføretaka.

Ut frå desse forholda hadde Helse Vest behov for å gjere ei vurdering av tilbodet i opptreningsinstitusjonane, og sjå dette i samanheng med resten av rehabiliteringstilbodet i regionen..

Det blei derfor sett ned ei arbeidsgruppe med representantar frå helseføretaka, regionalt helseføretak og brukarane.

1.2 Samansetjing og arbeidsmåte for arbeidsgruppa:

Arbeidsgruppa har vore:

Drude Berentsen, Regionalt brukarutval
Kjellaug Sjøtun, Regionalt brukarutval
Jomar Roska, avdelingsoverlege Avd for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Førde HF
Ineke Hogenesch, einingsleiar/overlege Nevrologisk avd, Haugesund sjukehus, Helse Fonna HF
Marie Mellingen, einingsleiar, Rehabiliteringseininga, Helse Fonna HF
Margit Sørhus, avdelingssjef Avd for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Bergen HF
Magne Høgelid, rådgjevar, Helse Bergen HF
Eli Rostrup, prosjektleiar/kst. direktør Rehabiliteringsklinikken, Helse Stavanger HF
Hilde Rudlang, rådgjevar Helse Vest RHF

Leiar for gruppa har vore Magne Høgelid.

Arbeidsgruppa har halde 3 dagsmøter og eit todagsmøte i perioden desember 2004- mai 2005.

Med unntak av representanten frå Helse Førde har alle gitt sine bidrag til gruppa under vegs i prosessen og sluttar seg til konklusjonane. Representanten frå Helse Førde har valt å forhalda seg direkte til Helse Vest og har i liten grad delteke i gruppa sitt arbeid.

Gruppa har utarbeidd spørjeskjema som er sendt til klinikkar/avdelingar i foretaka, kommunane i dei respektive foretaksområda og til brukarorganisasjonane. Tilbakemeldingane har vore eit viktig fundament for gruppa sitt arbeid.

I tillegg har gruppeleiar Magne Høgelid og Hilde Rudlang frå Helse Vest innhenta data om behandling av pasientar frå Helse Vest i opptreningsinstitusjonane i regionen og ved opptreningsinstitusjonar og helsesportsentre i dei andre regionane.

Magne Høgelid, Margit Sørhus og Anne-Berit Kolås (brukarutvalet i Helse Bergen) har halde møte med eksisterande opptreningsinstitusjonar i regionen (sjå vedlegg). Seksjonsleiar for styringsdata Torhild Heggstad ved Helse Bergen har gitt mange viktige innspel i forhold til organisering av og innhald i rapporten.

For øvrig har gruppa teke i bruk den kompetanse som gruppa sine medlemmer innehar og innhenta ytterlegare kompetanse når det har våre naudsynt i arbeidet.

Kapittel 2 Status og behov når det gjeld opptrening

Som grunnlag for arbeidsgruppa sine tilrådingar, har vi kartlagt tilbodet som vert gjeve i eksisterande opptreningsinstitusjonar i regionen, samt kva tilbod utanom regionen som vert nytta av brukargrupper frå Helse Vest. Aktuelle brukargrupper nyttar både opptreningsinstitusjonar, helsesportsenter og andre rehabiliteringssenter med offentlig finansiering.

Arbeidsgruppa har og nytta svar på spørjeundersøkinga og kartlegging av rehabiliteringstilbodet i dei fire foretaka som grunnlag.

Med bakgrunn i kartlegginga har ein eit betre grunnlag for å vurdere behov for endra bruk av eksisterande opptreningsplassar, og behov for nye opptreningplassar i regionen og i dei einskilde føretak.

2.1 Opptreningstilbodet nasjonalt

Regionar	Tal institusjonar	Behandlings døgn 2003	Plassar Gruppe 1*	Plassar Gruppe 2*	Plassar Pr 100 000 innbyggjarar
Helse Aust	14	300 142	562	339	71
Helse Sør	7	128 193	309	76	57
Helse Vest	4	69 597	50	140	27
Helse Midt	6	90 704	262	28	60
Helse Nord	5	83 444	178	24	58
Totalt	36	672 080	1415	607	

* Opptreningsinstitusjonane er inndelt i to hovudgrupper med ulike krav til kompetanse, areal, utstyr. Gruppe 1 institusjonar har størst krav.

Det er i tillegg 4 helsesportsentra i landet Beitostølen helsesportsenter, Valnesfjord helsesportsenter, Rauland attføringssenter og Hernes Institutt. Det er og to institusjonar spesielt for opptrening av lungesjuka, Granheim Lungesenter og Glittreklubben.

I tillegg er det nokre andre institusjonar som driv opptrening og som også har offentlig støtte. Desse er MS senteret i Hakadal, Hurdalsenteret og Evenessenteret drivne av Norges Blindforbund, Catosenteret der departementet kjøper 30 plassar, Montebellosenteret et opplæringscenter for kreftpasientar og pårørende og Bæreie nå drivne av LHL.

Helse Vest sin bruk av opptreningsinstitusjonar i andre regionar i 2004.

Region, institusjon	Talet på pasientar frå Helse Vest i 2004	Prosentdel pasientar frå Helse Vest
Helseregion Aust, samla	719	5,3
Skogli Helse og rehabiliteringssenter (Lillehammer)	315	18,4
Tonsåsen Opptreningssenter (Oppland)	160	16,8
Sofienberg Helse- og rehabiliteringssenter (Hundorp)	70	10,6
Landaasen Rehabiliteringssenter (Oppland)	71	6,0
Steffensrud Rehabiliteringssenter (Vestre Toten)	45	3,7
Hurdal Rehabiliteringssenter (Akershus)	28	4,4
Bakke Senter for mestring og rehabilitering (Halden)	12	1,2
Sjømennenes Helseheims Rehabiliteringssenter, Øst (Rykkinn)	7	0,6
Ringel Rehabiliteringssenter (Moelv)	6	0,6
Grande Rehabiliteringssenter (Nes, Hedemark)	5	0,6
Helseregion Sør,	583 av totalt 6.203	9,4
Borger Bad, Hønefoss	39	8,7
Hokksund Kurbad, Hokksund	84	6,0
Ødegården rehab.senter, Vikersund	10	2,1

Attføringssenteret i Rauland	40	6,7
Frydenberg Rehab.senter, Vikersund	15	2,6
Sørlandets rehab.senter, Eiken	166	23,7
Vikersund Kurbad, Vikersund	214	15,2
Telemark Rehab.senter, Nordagutu	15	2,5
Helseregion Midt-Norge		
Muritunet (Møre og Romsdal)	ca 130	15,0
Helseregion Nord		

2.2. Opptreningsstilbudet i Helse Vest.

Det er 4 opptreningsinstitusjonar i Helse vest, 3 i gruppe 2 og ein i gruppe 1. Som ein ser nedanfor er dei tre institusjonane i gruppe 2 geografisk plassert i Helse Bergen sitt område medan institusjonen i gruppe 1 er plassert i Helse Førde sitt område. Det er ingen opptreningsinstitusjonar i Helse Stavanger området og Helse Fonna området.

Institusjon	Lokalisering	Gruppe	Tal plassar
Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter	Sogn og Fjordane, Flekke i Fjaler	Gruppe 1	50
Hagahaugen Rehabiliteringssenter	Hordaland, Voss	Gruppe 2	38
Ravneberghaugen Opptreningssenter	Hordaland, Hagavik i Os	Gruppe 2	40
Sjømennenes Helseheims Rehabiliteringssenter Vest	Hordaland, Øvre Ervik i Bergen	Gruppe 2	62

Bruk av opptreningsinstitusjonane i regionen:

2 tertial 2004 i %	Hagahaugen	Ravneberghaugen	Sjømennenes helseheim	Hauglandsenteret
Fordeling av pasientar				
Kvinner	68	70	69	63
Menn	32	30	31	37
Over 70 år	64	74	80	25
Heimefylke				
Rogaland	3	12	6	2
Sogn og Fjordane	10		1,5	52
Hordaland	85	87	91	45
Heimkommune				
Bergen	24	53		42
Voss	25			
Innsøkt frå				
Primærhelsetenesta	51	34	22	80
Spes. Helse Bergen	37	42	56	46
Spes. Helse Førde	5		1	
Spes. Helse Fonna	6	14	2	
Alder, snitt(mean)	72		76	*

*Ved Hauglandsenteret var i 2004, 16% under 40 år, 44 % mellom 40-60 år, 32 % mellom 60-80 år og 8 % over 80 år.

Opptreningsinstitusjonane blir først og fremst nytta av sjukehus og førstelinetenesta i nærområdet. Denne tendensen er klår for institusjonane i bergensområdet medan den er mindre tydeleg for Hauglandsenteret. Der er det nesten like mange pasientar frå Hordaland som frå Sogn- og Fjordane. Det er få pasientar frå Rogaland.

Ved institusjonane i Bergensområdet er dei fleste frå same geografiske området. Unntak her er Ravneberghaugen der ein får ein god del pasientar frå Helse Fonna (område Stord/Haugesund) og Hagahaugen som får ein vaksande del frå Helse Førde(område indre sogn).

2.3 Status og behov i Helse Vest.

Det er i eige vedlegg gjort nærare greie for status innan dei einskilde foretaksområde. Arbeidsgruppa har med utgangspunkt i kartlegging og drøftingar konkludert med at det i Helse Vest er eit stort behov for fleire og betre opptreningsplassar.

Ein vil i seinare kapittel koma nærare inn på kva tilbod det er behov for. Her har vi kort skildra kva behov det er ytra behov for.

Helse Bergen:

Det er behov å auke tilbodet til ei rekke pasientgrupper utover dei som nyttar tilbodet i dag. Frå spesialisthelsetenesta er det kome ynskjer om tilbod til mange pasientgrupper som: MS, slag, hovudskade, muskel/skjelett, smerte, meistringsarbeid, parkinsons, epilepsi og kols. Medisinsk avdeling ynskjer spesielt samarbeid rundt eldre heimebuande pasientar som i dag ofte får et mangelfullt tilbod, og som lett blir svingdørs pasientar.

Yngre pasientgrupper/yrkesaktive treng tilbod som er betre tilpassa deira behov, tilbod som kan være meir målretta inn mot å styrke yrkesaktivitet. Skal det være et reelt tilbod til mange av disse gruppene, må pleiefaktoren bli auka, meir legetilsyn og andre yrkesgrupper må styrkast ut frå dei pasientgruppene en skal gi ei teneste. Frå kommunene er det spesielt lagt vekt på tilbod til pasienter under 67 år, og pasienter som har "lettare" psykiske lidningar.

Ein treng nokre plassar som spesialiserer seg innan einskilde fagområder som er meir komplekse som då vil vera regionale tilbod:

Grupper som ein frå fastlegar har fått meldt må få eit styrka tilbod er ; overvektige, astmatikarar og unge komplekse funksjonshemma.

Helse Stavanger

Helse Stavanger HF har på noverande tidspunkt eit tilfredsstillande tal senger knytt til rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Rehabiliteringsavdelingane ved Sandnes og Stavanger sjukehus gir fagleg gode og effektive tilbod til folkesetnaden. Stavanger Universitetssjukehus(SUS) ynskjer å utvikle / optimalisere sitt konsept vidare med opptrening av ortopediske og nevrologiske pasienter innan Rehabiliteringsklinikken, og i verksemdsanalyse (2004) tilrår ein samlokalisering av desse to avdelingane. Eigersund sjukehus har et potensiale i.f.t. utvikling vidare som distriktsmedisinsk senter, og vil kunne gje eit godt behandlingstilbod til folkesetnaden i Dalane-regionen. Ein saknar likevel eit "halvannanlinetiltbod" til pasientar som ikkje kan skrivast ut av sjukehuset fordi dei er for dårlege til å kunne fungere heime – gjerne lokalisert i Sør-Rogaland. Eit tilsvarande tilbod er sakna for heimebuande funksjonshemma og kronisk sjuke som med jamne mellomrom treng et treningsopphald for å ta vare på sin funksjonsevne og dermed unngå sjukehusopphald. Her er geografisk nærleik mindre viktig.

En vidare utvikling av lærings- og meistringstilbod og ambulante tenester vil styrkje rehabiliteringstilbodet. På same måte kan samhandling mellom dei ulike tjenestenivåa bli betre. Her kan både praksiskonsulentordninga og individuell plan være stikkord.

Helse Fonna:

Helse Fonna har ikkje i geografisk nærleik tilgjengelege opptreningsplassar for brukargrupper innan ortopedi, hjarte-lungesjukdomar, hjernesker og andre nevrologiske sjukdomar, kreft. Ved denne type opptrening er det avgjerande at ein går vekk frå kravet om at desse pasientane skal vera sjølvhjelpete innan ADL. Behovet er stort, og for å få til ein god pasientflyt er det viktig at eit slikt tilbod har nærleik til både sjukehus og heimemiljø. Slik situasjonen er i dag lyt ein senda desse pasientgruppene til behandling i Helse Bergen.

- Det er vidare behov for at det i nær framtid i Helse Fonna vert oppretta spesialiserte rehabiliteringssenger for pasientar med hovudskader, nevrologiske lidningar, multitraumer i akutt fase.

Det ligg til rette for å etablere eit slikt tilbod ved Haugesund sjukehus, nevrologi/slageining. Dette er naudsynt for å etablere ei samanhengande behandlingsskjede for desse pasientgruppene i helseføretaket. Slik situasjonen er no vert desse pasientane søkt inn til tilbod i Helse Bergen og Helse Stavanger.

- Helse Fonna har inntil nyleg hatt eit ambulant rehabiliteringsteam knytt til Rehabiliteringseininga i Medisinsk klinikk. På grunn av naudsynte omdisponeringar av ressursar er dette teamet no redusert til to fagstillingar. Det

er behov for at dette teamet vert vidareutvikla og styrka. Den ambulante verksemda er ein viktig bindelekk mellom spesialisthelsetenesta og kommunane.

Helse Førde:

For Helse Førde er det viktig at sengetalet ved opptreningsinstitusjonen (gruppe 1) i helseføretaket sitt opptaksområde blir utvida tilsvarande det sjukleg overvekt-prosjektet krev av senger. Dette er eit minimum for å oppretthalde eksisterande opptreningstilbod nord i regionen. På sikt tilrår ein å utvide kapasiteten med om lag 30 prosent fram mot 2010. Ein vil da ha eit sengetal på vel 90 senger i den nordlege delen av regionen (midt og nord Hordaland og Sogn og Fjordane) med ca 300 000 innbyggjarar.

Det kan òg i ein mellomfase, evt. på sikt, vere aktuelt å bruke tenester tilsvarande gruppe 2 opptreningsinstitusjon ved nærsjukehuset i Florø, med 5-10 senger.

Kapittel 3. Samandrag – Oppsummering av arbeidsgruppa sine tilrådingar.

Dei fleste tilrådingar som arbeidsgruppa i denne rapporten kjem med bygger på føresetnader om at Helse Vest snarleg får tilført ressursar til opptrening. Arbeidsgruppa vil difor peike på at regionen sin overtakinga av sørgje for ansvaret innan opptreningsområdet må følgjast med fordeling av ressursane mellom regionane etter objektive kriterium. Det vil ikkje vera mogeleg å kunne oppfylle målsetjingane for arbeidet utan vesentleg tilføring av ressursar.

Arbeidsgruppa meiner det i tillegg til finansielle ressursar er behov for organisatoriske tiltak og tiltak for betre samhandling for å nå målsetjingane i arbeidet. Det blir i dei etterfylgjande kapitla gjort nærare greie for arbeidsgruppa sine tilrådingar.

Nye og forsterka tilbod

- Tilråding 1 Etablering av to nye opptreningsinstitusjonar i regionen, i Helse Stavanger og Helse Fonna, kategori 1 og 3
- Tilråding 2 Nye og forsterka plassar i Helse Bergen og Helse Førde, kategori 1 og 3
- Tilråding 3 Framtidig bruk av rehabiliteringstilbod i andre regionar
- Tilråding 4 Bruk av opptreningsinstitusjonar på møre og sørlandet over ein kortare periode
- Tilråding 5 Hauglandsenteret får ansvar for alle brukarar i kategori 2, får utvida kapasitet til 70 senger seinast frå 2007 og blir organisatorisk og fagleg knutepunkt i regionen når det gjeld brukarar med kronisk sjukdom og brukarar som er fysisk funksjonshemma.
- Tilråding 6 Helse Vest skal seinare vurdere om det er behov for ytterlegare eit opptreningssenter med regionsfunksjon

Samhandling

- Tilråding 7 Det er framleis fastlegar, privatpraktiserande spesialistar og sjukehusavdeling som skal søke om opptrening, men det er ein føresetnad med tett dialog innan nivå og mellom nivå.
- Tilråding 8 Det vert utarbeidd elektroniske søknadsskjema og faste prosedyrar for søknad, tilbakemeldingar og kontinuerleg opptak.
- Tilråding 9 For søknader i kategori 2 stiller ein krav om at det skal vera utarbeidd eller tatt initiativ til igangsetting av arbeid med individuell plan dersom brukaren ynskjer slik. Når sjukehusavdelingar eller privatpraktiserande spesialistar søker opptreningstilbod for brukarar i kategori 2 bør det vera eit krav at det blir teke kontakt med kommunen om dette.
- Tilråding 10 Det bør utarbeidast eigne elektroniske søknadsskjema for brukarar i kategori 2 der ein del er brukaren sin. Brukaren skal svare på spørsmål om sin målsetting og motivasjon for rehabiliteringsfasen.
- Tilråding 11 Det vert sett ned ei eiga gruppe for å utforme tilvising/ søknadsskjema.
- Tilråding 12 Opptreningsinstitusjonane får ansvar for inntak. Det skal etablerast tverrfaglege inntaksteam ved kvar institusjon.
- Tilråding 13 Inntak av brukarar skal skje etter prioriteringsforskriften. Det skal utarbeidast klare kriterium for prioritering ved inntak
- Tilråding 14 Hauglandsenteret får ansvar for handsaming av søknader frå brukarar i kategori 2
- Tilråding 15 For å sikre god samhandling er det ønskeleg at det vert etablert faglege nettverk der alle partar som er involvert når det gjeld opptrening er deltakarar. Ein eventuell regional koordinatorfunksjon bør leggjast til Hauglandsenteret.

Innhald i tilbodet

- Tilråding 16 Institusjonane må legge til rette for at brukarane sjølve har avgjerande innverknad på utforming av tilbod.
- Tilråding 17 Det vert stilt minimumskrav til kompetanse ved opptreningsinstitusjonane, samt tilrådingar om å knyta til seg ytterlegare kompetanse.
- Tilråding 18 Arbeidsgruppa meiner Helse vest bør stille krav om at alle opptreningsinstitusjonane skal tilfredstille krav til universell utforming. I tillegg meiner vi at det skal vera plass til ein ekstra person på kvart rom ved ynskje om dette for brukaren si side.
- Tilråding 19 Institusjonen skal sikre god samansetjing av brukargrupper, utforming av tilbod tilpassa brukaren sitt behov, tid til trening på kveld og i helgar samt eit allsidig tilbod utover den tid brukar er i aktiv trening.

- Tilråding 20 Krav om tett samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjonar. Krav om evaluering og utvikling av behandlingstilbod. Det bør stillast krav om at institusjonane har praksisplassar og nyttar hospiteringsordningar

Kapittel 4. Føresetnader og bakgrunn for tilrådingar når det gjeld opptreningstilbod i Helse Vest.

4.1 Føresetnader for arbeidsgruppa sine tilrådingar.

Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet har over tid vore fragmentert og lite heilskapleg. Både eigarforhold, organisering og finansiering har stimulert ei slik usamanhengande utvikling. Når spesialisthelsetenesta frå 2006 overtek fullt ansvar for opptreningstilbodet, vil ein ha sjanse til å gjera habiliterings- og rehabiliteringstenesta noko meir samanhengande. Habilitering og rehabilitering har i mange år vore framheva som nasjonalt satsingsområde samtidig med kreftomsorga og psykisk helsevern. Ulikt dei andre områda har det innan habilitering og rehabilitering ikkje følgt pengar med satsinga.

Arbeidsgruppa vil understreka at dei tiltaka som er tilrådde i denne rapporten ikkje kan gjennomførast utan at ein får tilført økonomiske ressursar. Det er heilt uforståeleg for arbeidsgruppa at den finansielle ulikskap mellom regionane som ein har hatt innan opptrening ikkje synes å bli retta fullstendig opp frå 2006. (sjå også vedlegg om finansiering) Arbeidsgruppa er samde om at Helse Vest må krevja at midlane til opptrening frå 2007 blir tildelt etter objektive kriterium slik det framgår av finansieringsutvalet (Hagenutvalet) sine tilrådingar. Helse Vest mottok i 2004 om lag 27 millionar kroner til opptrening, som då utgjorde 40 % av totalfinansieringa. Ved 100 % tildeling gjennom Helse Vest vil ein fordele om lag 60 millionar kroner. Gjennom tildeling basert på objektive kriterium vil rammene til opptrening i Helse Vest auke til om lag 180 millionar kroner årleg.

Utan å ta stilling til eksakte behov for finansiell styrking er arbeidsgruppa samde om at både eksisterande og eventuelle nye opptreningsplassar må ha eit finansielt grunnlag som er betre enn eksisterande. Utan slik styrking meiner arbeidsgruppa at ein ikkje vil kunne tilby opptrening av ein slik standard som aktuelle pasientgrupper har behov for.

4.2 Mandat og målsetjingar:

Helse Vest har utarbeidd følgjande mandat for gruppa:

- Arbeidsgruppa skal vurdere behovet i regionen for rehabilitering/opptrening som kan ystast i opptreningsinstitusjonar, og sjå det i samanheng med resten av rehabiliteringstilbodet i regionen. Behov for ekstern bistand må vurderast.
- På grunnlag av desse vurderingane skal arbeidsgruppa komme med tilrådingar om behov for endringar i avtalene med opptreningsinstitusjonane når det gjeld bl.a. kva slags spesialisthelsetenester institusjonane kan dekke.
- Arbeidsgruppa skal også kome med tilrådingar om kva slags opptreningsplassar det er særleg behov for i regionen.

Arbeidsgruppa har med bakgrunn i mandat, kartleggingsarbeid og drøftingar operasjonalisert mandatet til følgjande tre hovudmål for sitt arbeid:

TRE HOVUDMÅLSETJINGAR

- Gi eit opptreningstilbod til fleire brukarar og brukargrupper i regionen enn i dag.
- Bidra til å etablere ei velfungerande samanhengande tiltakskjede for brukargrupper som skal ha opphald i opptreningsinstitusjon som ein del av sitt totale tilbod.
- Gi aktuelle brukarar eit betre fagleg tilbod under opptrening enn i dag.

Arbeidsgruppa meiner det er heilt nødvendig med tiltak på alle dei tre hovudområda for at ein i Helse Vest skal kunne gi aktuelle brukargrupper eit tilfredsstillande habiliterings- og rehabiliteringstilbod der opptrening er ein del av tilbodet. Tiltaka innan hovudområda må også sjåast i samanheng for å oppnå ønska effekt.

Bakgrunnen for hovudmåla er :

Det er svært få brukargrupper som i dag får eit tilbod ved opptreningsinstitusjonane i Helse Vest. Det er hovudsakleg finansielle årsaker til at få grupper får eit tilbod ved eksisterande institusjonar. Den dårlege finansieringa har hindra nødvendige investeringar og rekruttering av naudsynt personell. Nasjonal styring av tilbodet har også hindra etablering av tilstrekkeleg kapasitet i Helse Vest. Det er i dag ortopediske pasientar som er hovudbrukargruppe ved dei tre opptreningsinstitusjonane i området Bergen-Voss. Den nest største gruppa ved desse institusjonane er brukarar med hjerteproblemer. Hauglandsenteret har hatt fleire typar brukargrupper, men også her er det ein førestnad at brukarane er sjølvhjelpne(ADL).

Institusjonane lever sitt eige liv i eit fragmentert habiliterings- og rehabiliteringssystem.

Arbeidsgruppa har dokumentert at opptreningsinstitusjonane i regionen med bakgrunn i søknader frå sjukehus og fastlegar sjølv avgjer sine prioriteringar og at krav til søknader og oppfølging av pasient er lite systematisert. Det er store utfordringar knytt til samhandlinga mellom opptreningsinstitusjon, sjukehus og førstelinjetenesta/kommunane.

Tilbodet som vert gitt ved opptreningsinstitusjonane i regionen er avgrensa. Opptreningsinstitusjonane i regionen kan berre motta pasientar/brukarar som er sjølvhjelpne. For å kunne dekke dei behov aktuelle brukargrupper har må ein i framtida kunne gje tilbod grupper som ikkje er sjølvhjelpne. Det må også for brukarar som får tilbod om opptrening i framtida måtte vera klårare målsettingar i forhold til resultat av treninga. Institusjonane må ha både nødvendig kompetanse, utstyr og bygningsmessige føresetnader for å kunne gje brukarane eit fagleg godt og fleksibelt tilpassa tilbod. Dette er i samsvar med vurderingar som er gjort tidlegare av nasjonal arbeidsgruppe som konkluderer slik: ” *Det synes å være et misforhold mellom det faktiske nivå på de tjenestene som opptreningsinstitusjonene leverer og det nivået som kan sies å være forventet når institusjonene skal inngå som en klar del av spesialisthelsetjenesten*”.

KAP 5 Tiltak for å kunne gje eit tilbod til fleire brukarar og brukargrupper.

Etter arbeidsgruppa si vurdering er det nødvendig både å styrke eksisterande institusjonar og å etablere nye tilbod for å kunne gje aktuelle brukargrupper det tilbod dei treng. I dette kapittelet vil arbeidsgruppa drøfte og koma med forslag til tiltak for å kunne få rett dimensjonering av tilbodet samt rimeleg geografisk plassering av tilbodet.

Før gruppa presenterer sine tilrådingar når det gjeld kapasitetsauke er det viktig for arbeidsgruppa å få sagt at opptreningstilbodet i Helse Vest i framtida både skal kunne tilby fleire grupper eit tilbod og at tilbodet som skal gjevast skal vera eit fullverdig habiliterings/ rehabiliteringstilbod. Arbeidsgruppa har registrert at bruken av omgrepet opptrening gjer det vanskeleg for folk flest å forstå at ein ynskjer at det skal utviklast rehabiliteringssentre i regionen som skal ha mange fleire oppgåver enn tradisjonell opptrening, det er aktuelle brukargrupper sine habiliterings- og rehabiliteringsbehov som skal leggjast til grunn når tilbodet skal utformast. På grunn av dårleg finansielt grunnlag har opptreningsinstitusjonane i liten grad kunne gje brukarar eit fullgodt habiliterings- eller rehabiliteringstilbod i samhandling med kommunar og/eller føretak. Manglande kompetanse og krav om at pasientane skal kunne hjelpa seg sjølv har medverka til at institusjonane sjeldan har blitt likeverdige samarbeidspartnarar.

5.1 Vanlege definisjonar av opptrening, opptreningsinstitusjonar v.s habilitering og rehabilitering .

Opptrening blir vanlegvis forstått som tiltak for å styrke ein funksjon etter skade, sjukdom eller ytterlegare svekking p.g.a. ein kronisk tilstand. Dette kan inkludere gjenopptrening, vedlikehald, førebyggjande tiltak.

Opptreningsinstitusjonar har til no vore helseinstitusjonar som gir kortvarige opphald for medisinsk, fysikalsk eller annan relevant behandling og opptrening. Opptreningsinstitusjonane har vore inndelt i gruppe 1 og gruppe 2 etter behandlingstilbod og bygningsmessig og personellmessig standard. Jfr forskrift om opptreningsinstitusjoner § 1-3.

Rehabilitering er tidsavgrensa planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

(St.meld. 21, 1998-1999)

Habilitering vert i St.meld. 21, 1998-1999 definert som en del av rehabiliteringsbegrepet – med felles definisjon. St.meldingen tilrår at habilitering blir reservert for tiltak til barn og unge. Habilitering brukes som felles begrep for personer med medfødte / tidleg erverva skader. For å spesifisere habiliteringsarbeidet i forhold til aldersgruppe, benyttes barnehabilitering og voksenhabilitering.

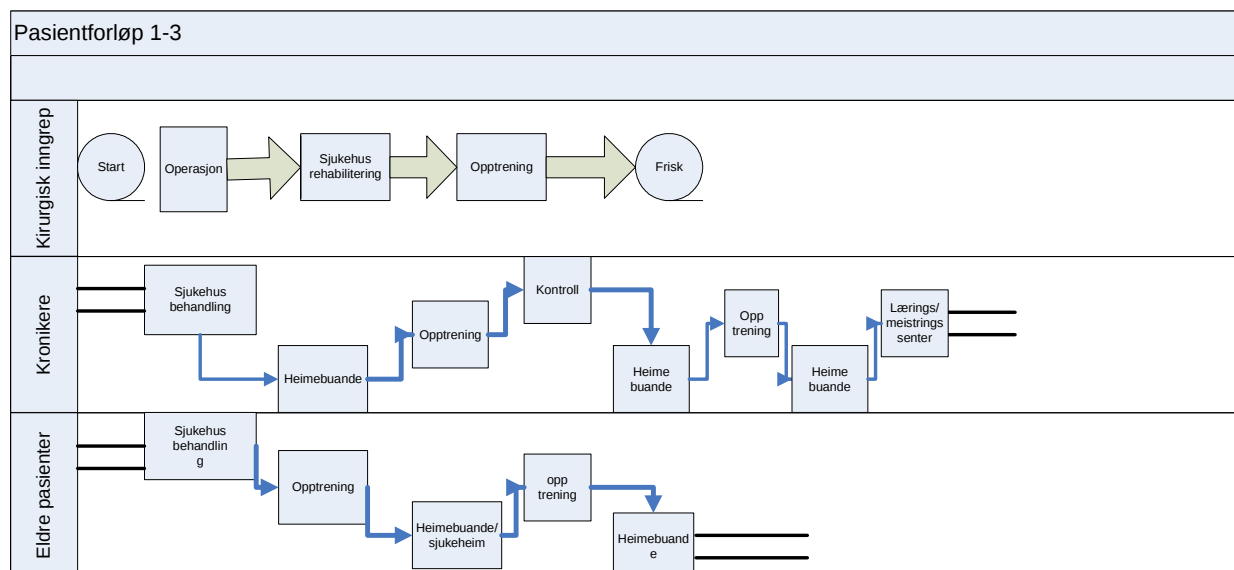
(Regional helseplan, Delplan for rehabilitering 2000)

5.2 Inndeling av brukargrupper i tre hovudkategoriar

Det første hovudmålet er å kunne gje opptreningstilbod til fleire brukargrupper i Helseregion Vest i praksis å få rett dimensjonering av tilbodet i forhold til behov og oppnå ein fornuftig prioritering av grupper.

Ein kan nå denne målsettinga ved å auke kapasiteten i regionen og/eller gjennom å gje aktuelle brukargrupper eit tilbod utanom regionen. I den grad ein velgjer å gje tilbodet i regionen kan ein etablere nye institusjonar og/eller styrke tilbodet ved eksisterande institusjonar.

For å få ein strukturert tilnærming til behov og utfordringar vil vi dela inn brukarar som vi meiner i framtida skal få eit tilbod i opptreningsinstitusjonar i tre hovudkategoriar med ulik behovsprofil. Bakgrunn for at arbeidsgruppa har gjort denne inndeling av brukargrupper er dels dei innspel som er mottekne i spørjeundersøkinga hjå foretak, kommunar og brukarorganisasjonar. I tillegg er det epidemiologiske og demografiske utviklingstrekk som ligg til grunn. Viktige forhold er mellom anna at ein forventar stor auke i talet på eldre etter 2010, at talet på kreftpasientar aukar monaleg, og at fedme er eit veksande samfunnsproblem.



I det ovanstående har me skildra mogelege forløp for dei tre hovudbrukargruppene som me meiner skal ha habiliterings/rehabiliteringstilbod der opphald i opptreningsinstitusjon inngår som del av det totale tilbod.

I kategori 1 skildrar ein forløp for brukar grupper der fleire alt i dag får tilbod hjå opptreningsinstitusjonane i regionen. Det er likevel også her fleire grupper som i dag i avgrensa omfang får eit tilbod og der auka tilgang til opptreningstilbod er ynskjeleg. Pasientane får vanlegvis eit eingangsopphald ved ein opptreningsinstitusjon og er etter behandlinga definert som ferdigbehandla. Dei største pasientgruppene i dag er ortopediske pasientar og deretter hjartepasientar. Fleire av gruppene i kategori 1 som er brukargrupper der mange av brukarane har gjennomgått større operasjonar og behandlingar har i dag ikkje tilbod om rehabilitering utover den første opptreninga rett etter sjukehusbehandlinga. Desse gruppene må få tilbod om habilitering/rehabilitering i samsvar med behov.

I kategori 2 skildrar ein forløp for grupper av brukarar med kronisk sjukdom der vi meiner det skal stillast krav til meir spesialisert oppfølging. Brukarane vil ha gevinst av tilbod i opptreningsinstitusjon, men tilbodet i regionen er i dag nær fråverande. For mange av desse gruppene er målsettinga funksjonsvedlikehald og funksjonsforbetring. Det er her grenseflate mot spesialisert rehabilitering, store koordineringsbehov og behov for høgspesialisert kompetanse. Brukarane vil ha ulike behov i ulike fasar. Døme på pasientgrupper: Nevrologiske tilstander som MS, ALS, slag, hovudskadde, parkinsons, epilepsi og lungesjuka.

I tillegg bør ein drøfta om ein skal gi tilbod til grupper av psykiatriske pasientar, funksjonshemma barn m.v. For mange av aktuelle brukargrupper er det behov for meistringarbeid.

I kategori 3 skildrar ein eit aktuelt forløp for eldre pasientar. Gruppa eldre er ueinsarta der forløpet for mange vil likna forløp 1, medan andre vil ha behov meir lik forløp 2. Arbeidsgruppa meiner ein må sjå spesielt på korleis grupper av eldre brukarar kan få eit tilpassa habiliterings/rehabiliteringstilbod i opptreningsinstitusjonar. Det er ofte bruk for spesialisert kompetanse samt store krav til meir generell kompetanse. For denne gruppa vil avklaring av ansvarsdeling og samarbeid mellom forvaltningsnivå vera spesielt utfordrande. Det vil vera eit 1 ½ linje tilbod for brukarar som treng meir konsentrert opptrening etter sjukehusbehandling. Målsetting om at pasienten skal bli definert som ferdigbehandla er heller ikkje eintydig, då mange vil trenga oppfølging på sjukeheim eller av heimeteneste.

5.3 Aktuelle brukargrupper for opptreningsinstitusjonane:

Arbeidsgruppa har plassert aktuelle brukargrupper innan hovudkategoriane. Då dette er grove kategoriar vil fleire av dei aktuelle brukargruppene kunne ha brukarar innanfor fleire kategoriar. Brukarar kategorisert i gruppe 1, 3 kan endre kategori til gruppe 2 når brukar får meir langvarige oppfølgingsbehov.

Kategori 1

Pasientar som har gjennomgått større operasjonar og skader i muskel og skjelett.
Pasientar med hjerte og kar sjukdomar
Pasientar med hjerneskadar etter sjukdom og traume
Pasientar som har gjennomgått store operative inngrep for kreft eller andre blautdelkirurgiske lidningar

Kategori 2

Pasientar med revmatiske lidningar(inflammatoriske og ikkje flammatoriske)
Personar med betydelege/kroniske smerte og utmattingstilstander
Pasientar med sjukdomar i lunge- og luftvegar (herunder astma og Kols)
Pasientar med ulike nevrologiske lidningar, som seinskadar poliomelitt, CP, parkinson sjukdom/parkinsonisme, MS, Epilepsi.
Personar med behov for livsstilsendring som fylgje av sjukleg overvekt og/ eller andre vesentlege sjuklege tilstander.
Pasientar med diabetes
Pasientar med andre lidningar/funksjonshemmingar med behov for opptrening og rehabilitering i spesialisthelsetenesta.
Unge funksjonshemma med komplekse problemstillingar.
Funksjonsvurderingar og arbeidslivsretta rehabilitering.

Kategori 3:

Eldre pasientar med kombinasjon av fleire generelle sjukdomar.

Pasientgrupper ein førebels ikkje kan gje eit opptreningstilbod:

Det er frå fastlegar/kommunar, føretak og brukargruppe presentert behov for opptreningstilbod for brukarar med rusproblem og psykiske lidningar. Arbeidsgruppa har drøfta desse behova. Slik arbeidsgruppa ser det har desse gruppene absolutt behov for eit styrkja tilbod. Det er både nasjonalt og regionalt høgt prioritert å utvikla gode tilbod til desse gruppene, noko som også blir planlagt innanfor respektive sektorar. Dersom gruppene nemnde ovanfor skal få eit tilbod ved opptreningsinstitusjonar i regionen, er det behov for omfattande samhandling og tilrettelegging der dei ansvarlege innan sektorane blir involvert. Det vil måtte vera krav til ytterlegare kompetanse ved institusjonane eller innleie av eigna personell for desse brukargruppene. Det stiller også store krav til samansetjing av brukargrupper.

Pasientar med somatiske problemstillingar/diagnosar, som i tillegg har behov for behandling av psykiske/psykiatriske tilleggsliidingar eventuelt rusproblematikk.

5.4 Kva behov har brukargruppene ?

Dei tre hovudkategoriar av brukargrupper stiller ulike krav til kompetanse ved opptreningsinstitusjonen, ulike krav til samhandling mellom brukarane og involvert helsepersonell og habiliterings/rehabiliteringsfasen vil ha ulik lengde og kompleksitet noko som må få konsekvensar for organisering av tilbodet til den einskilde brukar

I forhold til spørsmål om dimensjonering og geografisk plassering av tilbodet er det nokre spørsmål arbeidsgruppa meiner det er viktig å drøfte.

- Har brukargruppene behov for nærleik .
- Har brukargruppene behov for avstand.
- Framtidig bruk av opptreningstilbod i andre delar av landet (først der deretter i regionen)

5.4.1 Kategori 1 og 3

Behovet for opptrening oppstår vanlegvis etter skade/ ulykke som har medført behov for operasjon ved sjukehus. Pasientane blir oftast overført direkte frå sjukehus når dei er medisinsk stabile. Det er naturleg å stilla krav til kontinuitet i behandlinga ved at pasienten blir gitt opptreningstilbodet som ein direkte oppfølging av sjukehusopphaldet for raskast mogeleg å kunne bli frisk. Gjennom tett samhandling mellom sjukehus og opptreningsinstitusjon kan ein også oppnå kortare liggetid ved sjukehus.

Ved forløp 3 er det sjeldan ein målsetting at pasienten skal bli heilt frisk. Målsetting vil vera at pasienten skal vera sjølvhjelpen lengst mogeleg, og redusere det behov for bistand pasienten vil ha framover. Behovet blir

oftast registrert når pasienten blir lagt inn akutt og behandla for ein diagnose som krev spesialisert behandling. Mange av dei aktuelle eldre pasientane blir også innlagt ved sjukehus fleire gonger over kort tid ofte på grunn av alvorlege men ulike diagnosar. For mange av desse pasientane er det behov for systematisk opptrening for mange kombinert med ernæringsmessige tiltak eller andre verkemiddel for at pasienten skal kunne oppnå betring av funksjonsnivå og livskvalitet samt symptom reduksjon. Behovet for opptrening vil oftast vera av generell karakter.

Effekten av et systematisert tilbod kan være god også for kommunar og sjukehus. Kommunane kan oppnå redusert behov for heime tenester og/eller unngå institusjonsinnlegging. Spesialisthelsetenesta kan redusere talet på sjukehusinnleggingar eventuelt reinnleggingar. For dei fleste av desse pasientane er det ein fordel med opptrening direkte etter sjukehusopphald men det bør vanlegvis følgjast opp med og nytt opphald på seinare tidspunkt. Opptreningstilbodet bør kombinerast med tilbod gitt i kommunen og på sjukehus. Det kan også vera snakk om reint førebyggjande opptrening der ein unngår sjukehusbehandling.

Brukarane i kategori 1 og 3 har behov for nærleik til spesialisert sjukehus teneste:

I opptreningsinstitusjonane er hovudfokus habilitering og rehabilitering og der er gode uteområder og godt utstyr. Skilnadane mellom sjukehus og opptreningsinstitusjon samt ynskje om handsaming på lågast mogeleg omsorgsnivå gjer det ynskjeleg med så rask overføring frå sjukehus til opptreningsinstitusjon som mogeleg. Dersom opptreningstilbodet blir gitt nær sjukehuset vil ein kunne overføre pasientar tidlegare enn det som i dag er vanleg. Det er ein føresetnad for slik overføring at det vert etablert avtalar som sikrar at pasientar ved opptreningsinstitusjonen har god tilgang til spesialisert kompetanse frå sjukehuset når spesielle behov oppstår. Det er derfor ein fordel om institusjonane ligg nær kvarandre og at det vert etablert konkrete avtalar om samhandlinga.

Eit anna behov for nærleik er knytt til nærleik til familie og føresette i opptreningsfasen. Brukarar i gruppe 1 og 3 har ofte opplevd brå endring i sin livssituasjon og treng sine næraste også i denne første opptreningsfasen. Ved å ha opptreningstilbodet nær regionale sentra der flesteparten av brukarar bur vil ein kunne møte dette behovet hjå brukargruppene innan kategori 1 og 4.

5.4.2 Kategori 2

Brukargruppene som vi har skildra med forløp 2 stiller store krav både til kontinuitet og fleksibilitet. Det er sjeldan slik at det er eit entydig tidspunkt der behovet startar slik som i kategori 1. Opptrenings tilbodet kan difor plasserast i ulike fasar i forløpet, kan ha ulik lengde og må kunne endrast som følge av endringar i brukaren sitt behov. Det er brukaren som best kjenner når det er rett å gå i gang med habilitering/rehabilitering som vi meiner stiller dei største krav til brukaren sjølv. Det er likevel svært viktig at det vert utarbeidd planar for rehabiliteringsforløpet. For mange brukarar vil rehabiliteringa vera så kompleks at det er behov for individuell plan der opptreningstilbodet inngår som ein del. Planen skal vera brukaren sin eigen plan og skal sikre brukarar eit tilpassa tilbod samt kontinuerlege og logisk prosessar både på spesialist nivå og primærnivå, det er ein kompleks behovsstruktur.

Målsetting med arbeidet er sjeldan at pasienten skal bli heilt frisk. Det er for mange kronikargrupper ønskeleg at opptreningstilbodet blir ein del av det totale hjelpetilbod over mange år og at tilbodet som blir gitt har mykje større breidde enn fysikalsk opptrening.

a) avstand til pasientrolla

Mange av brukarane i kategori 2 som er funksjonshemma eller har kroniske sjukdomar, ynskjer å bli handsama som individ, som sjølv har hovudansvar for sin habilitering eller rehabilitering. Det er ofte spørsmål om å kunne meiste å leve med sin sjukdom eller funksjonshemming. For å unngå pasientrolla er det viktig at opptreningstilbodet vert gitt i institusjonar som ikkje er nær knytt til sjukehusmiljø i den forstand at brukarane får roller som pasientar som skal behandlast.

b) avstand til heimemiljø.

For å kunne oppnå meistring vil mange av dei aktuelle brukarane ha behov for å kunne konsentrere seg om seg sjølv i opptreningsperiodane, noko som kan vera vanskeleg om treningsopphaldet vert gjeve i nærmiljøet der daglegdags utfordringar blir ei tilleggsutfordring. Nå må me likevel påpeika at det her er individuelle forskjellar mellom brukarane, for nokre brukarar kan nærleik til familie bli opplevd som nødvendig for habilitering/rehabilitering.

5.5 Dimensjonering av tilbodet i regionen.

5.5.1 Dimensjonering av tilbodet til Brukargrupper i kategori 1 og 3

Det er ikkje eksakt kunnskap om kva som er rett storleik på ein opptreningsinstitusjon. Ved etablering av opptreningsinstitusjon på Røros vart storleik vurdert og ein storleik kring 60-80 plassar vart skildra å vera eit fornuftig nivå. Arbeidsgruppa har i sine tilrådingar hatt dette som utgangspunkt ved sine tilrådingar.

I alle føretaka er det meldt behov for opptreningsplassar for pasientar som er ferdig medisinsk behandla, men ikkje er stand til å hjelpa seg sjølv(ADL). Behova er til dels ulike og kan møtast på ulike måtar.

Helse Stavanger har rehabiliteringssenger for forskjellige pasientgrupper i akutt fasen og subakutt fasen, men manglar tilbod til pasientar som er medisinsk ferdig behandla, men ikkje kan hjelpa seg sjølv. I Helse Stavanger sitt område er det ingen opptreningsinstitusjonar. Fleire av brukargruppene sitt behov for opptrening blir ivareteke innan helseforetaket, enn tilfellet er i resten av regionen. I tillegg er det etablert godt samarbeid med kommunane som sikrar at brukarane blir ivaretekne etter sjukehusopphaldet. Helse Stavanger har god erfaring med tilbodet, og ynskjer å styrke det i framtida. Ut frå dei opplysningar arbeidsgruppa har innhenta synest det som tilbodet fungerer godt og blir gitt på ein økonomisk god måte. Kostnadane synest å vera om lag på det nivå ein vil kunne tenke seg nye institusjonar vil måtte trenge for å gjera ein tilfredsstillande jobb. Det er i Helse Stavanger grupper både innan kategori 1,2 og 3 som ikkje får tilbod i dag. Det er difor behov for å etablere ein eigen opptreningsinstitusjon i Helse Stavanger sitt område for å dekke etterspurnaden når det gjeld opptrening for brukargrupper i kategori 1 og 3 som i dag ikkje får eit tilfredsstillande tilbod.

I Helse Fonna er det stor mangel på rehabiliteringsplassar både innan kompleks rehabilitering og når det gjeld rehabiliteringstilbod som kan gjevast i opptreningsinstitusjon. I dag nyttar ein i eit visst omfang Ravneberghaugen og Sjømennenes helseheim som ligg i bergensområdet. Det er etter arbeidsgruppa si vurdering klart behov for ein opptreningsinstitusjon for brukarar i kategori 1 og 3 i Helse Fonna sitt område. I alle helseforetakene med unntak av Helse Fonna finnest det tilbod til pasientar i den akutte fasen, etter for eksempel hovudskade. Det er viktig at det i nær framtid vert etablert rehabiliteringssenger for akuttfasen i Helse Fonna. Arbeidsgruppa er av den oppfatning at etablering av slikt akutttilbod ved Haugesund sjukehus er nødvendig for å kunne etablere ei samanhengande tiltakskjede for brukarar i Helse Fonna.

Det er få opptreningsinstitusjonar i Helse Vest. I Helse Bergen har ein eigne rehabiliteringssenger for forskjellige pasientgrupper i akutt fasen samt at 3 av opptreningsinstitusjonane er geografisk plassert der. Til og med i Helse Bergen sitt opptaksområde er talet på opptreningsplassar godt under gjennomsnittet i landet. Det er kontinuerlege ventelister og heile tida meir enn fullt med brukarar. Etter arbeidsgruppa si vurdering skal opptreningsinstitusjonane i Helse Bergen sitt opptaksområde framleis ha brukarar i kategori 1 og 3 som hovudmålgrupper. Det vil vera behov for nokre nye plassar i dette området, men det viktigaste blir etter vår vurdering å få heva standarden ved eksisterande institusjonar for å kunne ivareta brukarbehova betre og for å kunne ivareta fleire brukargrupper i kategori 1 og 3 enn i dag.

I Helse Førde er det ein eigen rehabiliteringsavdeling og ein av opptreningsinstitusjonane er plassert der. Hauglandsenteret gir tilbod til brukargrupper i alle kategoriar. Hauglandsenteret har etter kvart fått ansvar for ein del regionale prosjekt noko som reduserer kapasitet for brukarar i eige nærområde som har behov for opptrening nær heim eller sjukehus. Slik arbeidsgruppa ser det vil styrking av det regionale ansvaret for brukarar i kategori 2 forverre denne situasjonen. Behovet kan delvis dekkjast ved etablering av fleire plassar ved Hauglandsenteret samt bruk av opptreningsinstitusjonar i Hordaland og på Møre. Ei anna aktuell løysing er å nytte interkommunale institusjonar, distriktsmedisinske sentre og/eller eksisterande lokalsjukehus som opptreningsinstitusjonar for brukarar i kategori 1 og 3 der nærleik til spesialisthelseteneste og heimstad er viktig. Her viser ein også til pågåande arbeid med nytt grunnlag for lokalsjukehusa der habilitering og rehabilitering er viktige punkt å vurdere.

Når det gjeld tilbodet i kategori 3 blir det viktig å få til ei god ansvarsavklaring med kommunane – og definera kva eit spesialisttilbod skal vera for denne pasientgruppa. Det er i dag store variasjonar mellom regionane og innan regionen når det gjeld arbeidsdeling mellom første- og annenlinjetenesta når det gjeld eldre brukarar. Om og eventuelt kva opptreningstilbod som bør etablerast spesielt for eldre bør etter arbeidsgruppa si vurdering drøftast nærare mellom foretak, kommunar og brukarorganisasjonar innan kvart foretaksområde. Dei lokale tilrådingane bør vurderast av Helse Vest i høve anbudsprosessen for 2007. Det vi i dag veit er at talet på eldre med behov for rehabilitering vil auke monaleg etter 2010 som følge av stor auke i talet på eldre. Dette vil stille store krav både til primærhelsetenesta/kommunane og til spesialisthelsetenesta.

Tilråding 1: To nye opptreningstilbod vert etablert ein i Helse Stavanger sitt område og ein i Helse Fonna sitt område. Institusjonane skal gi tilbod til brukarar i kategori 1 og 3.

Tilråding 2: Nye og forsterka plassar i Helse Bergen og Helse Førde innan kategori 1 og 3.

5.5.2. Dimensjonering av tilbodet til Brukargrupper i kategori 2

Brukargrupper i kategori 2 har ikkje same behov for nærleik som brukarar i gruppe 1 og 3, tvert i mot vil mange profitte på avstand til heimstad for å oppnå ein vellukka rehabilitering. Tilbodet til brukarar som her er plassert i kategori 2, er så godt som fråverande i Helse Vest. Det einaste tilbodet ein har er Hauglandsenteret i Fjaler. Brukarar med kroniske sjukdomar og funksjonshemma har i dag omfattande bruk av helsesportsentre og opptreningsinstitusjonar på austlandet.

Når ein skal vurdere behovet for opptrening for brukarar i kategori 2 i eigen region, må ein først avklare kva bruk ein i framtida skal ha av opptreningsinstitusjonar på austlandet.

5.6 Opptrening i andre delar av landet

Våre data når det gjeld bruk av opptreningsinstitusjonar utanom Helse Vest synleggjer 2 hovudgrunnar til bruk av opptreningsinstitusjonar utanom Helse Vest:

1. Kompetanse på spesifikke diagnosar
2. Geografisk nærleik

Når det gjelder punkt 1 er dette eit prinsipp som bør først vidare med omsyn til å gje folkesetnaden eit fagleg godt nok tilbod. Nokre opptreningsinstitusjonar samt helsesportsentra og andre institusjonar har utvikla spesialkompetanse og gode behandlingstilbod til spesifikke diagnosegrupper. Dette gir grunnlag for funksjonsfordeling. Fagområdet rehabilitering er ikkje stort nok til at vi kan bygge opp både breidde og spisskompetanse for alle diagnosegrupper med rehabiliteringsbehov i den einskilte helseregion. På den andre sida er det etter vår vurdering berre ynskjeleg å nytte opptreningsinstitusjonar som gir noko meir enn vi vil kunne tilby i eigen region etter å ha gjennomført oppgradering av vårt tilbod. Mange brukarar som får opptreningstilbod i andre delar av landet har gitt til kjenne at ein gjerne ville hatt slikt tilbod i eigen region. Det er vedlagt oversikt over dei rehabiliteringsinstitusjonane som er mest nytta av brukarar frå Helse Vest. Arbeidsgruppa meiner Helse Vest med utgangspunkt i oversikt over mest nytta institusjonar bør sikre samarbeid med dei av desse som gjev tilbod ein ikkje tek sikte på å etablere i Helse Vest. Helse vest bør stille same krav til desse institusjonane som til institusjonane i Helse Vest.

Det er etter arbeidsgruppa sin vurdering ikkje ynskjeleg å etablere eigne opptreningsinstitusjonar i Helse Vest som berre ivaretek behova til ei pasientgruppe. Det er etter vår vurdering ynskjeleg at det(dei) regionale rehabiliteringssentra som blir etablert, skal kunne ivareta ulike diagnosegrupper sine spesielle behov. Arbeidsgruppa har fått meldt frå brukarorganisasjonane at mange brukarar har behov for eit diagnosespesifikt rehabiliteringstilbod i den første fasen etter å ha fått diagnose. Brukarane er då opptekne av å få kunnskapar om sin sjukdom, og innhaldet i rehabiliteringa må tilpassast dette behov. Seinare opptreningstilbod kan etter brukarane si vurdering med fordel gis på ein institusjon som gir eit tilbod med utgangspunkt i brukarar sitt funksjonsnivå, og ikkje den einskilte diagnose.

Tilråding 3 Brukarar frå Helse Vest bør framleis kunne nytte helsesportsenter, diagnosespesifikke- og eventuelt spesielle livsstilsretta rehabiliteringstilbod i andre regionar når desse gir tilbod ein ikkje kan tilby i eigen region. Ein bør ikkje stimulere bruk av institusjonar der ein i Helseregion Vest kan tilby fagleg likeverdige eller betre tilbod. Bruk av institusjonar utanom regionen som gir diagnosespesifikke tilbod bør avgrensast til første fase i eit rehabiliteringsforløp. Ein bør leggja til rette for at vidare rehabilitering skal skje i eigen regionen.

Når det gjeld punkt 2 – geografisk nærleik er dette særleg relevant for den sørlegaste og nordlegaste del av regionen som nyttar opptreningsinstitusjonar utanom Helse Vest fordi det er nærast. Det er sannsynleg at behov for bruk av opptreningsinstitusjonar på sør austlandet kan reduserast dersom det blir etablert eigen opptreningsinstitusjon i Helse Stavanger området som arbeidsgruppa har tilrådd.

Tilråding 4 : Brukarar frå Helse Vest kan framleis bruke opptreningsinstitusjonar på møre(Muritunet) og på Sørlandet(Eiken) slik at tilbodet til brukarar i Stavangerområdet og Sogn og Fjordane blir tilstrekkeleg. Frå 2007 bør brukarar i kategori 2 få sitt rehabiliteringstilbod dekkja i eigen region.

5.7 Regionalt tilbod for kategori 2

Det er, slik arbeidsgruppa ser det vanskeleg å dimensjonere behovet til brukarar i kategori 2 som vi meiner skal få eit tilbod i regionen. Sjølv om det i dag formelt ikkje er fritt sjukehusval for brukarane når det gjeld opptrening, er det slik at det i praksis er den einskilte brukar i samråd med sin fastlege eller sin sjukehusavdeling som avgjer kvar søknad om rehabilitering skal sendast. Det er all grunn til å tru at brukarane sitt frie val blir styrkja i framtida noko som er eit gode i seg sjølv. For planlegging og dimensjonering av tilbodet i regionen er det ei utfordring. Mange brukarar ynskjer å ha eit rehabiliteringstilbod i eigen region under føresetnad av at dei kan gje det beste faglege tilbodet og det beste totaltilbodet for aktuelle brukarar.

Tala arbeidsgruppa har henta og tilbakemeldingar arbeidsgruppa har fått viser at Hauglandsenteret er lite kjent og brukt av brukarar, sjukehus og kommunar i sørlege del av regionen. Storparten av aktuelle brukarar frå sørlege delar av regionen blir i dag søkt til tilbod på austlandet.

Hovudårsaker til dette meiner arbeidsgruppa kan vera:

- Informasjonsmessige: Det er ikkje brukt tilstrekkeleg energi på å gjera tilbodet ved Hauglandsenteret kjent i regionen, ikkje minst i sørlege delar.
- Historiske; at ein gjer det ein alltid har gjort.
- Faglege; at tilbodet ved Helsestasjonssentre og diagnosespesifikke institusjonar har tilfredsstilt aktuelle brukarar. Hauglandsenteret har kanskje ikkje hatt like godt tilpassa tilbod til alle aktuelle brukargrupper.
- Hauglandssenteret har ikkje hatt kapasitet til å dekke etterspurnaden.

Arbeidsgruppa meiner at Helse Vest ved å følgje tilrådingane i denne rapporten kan møte desse utfordringane: Det mest krevjande er at det faglege tilbodet skal bli tilfredstillande for alle dei brukargrupper vi meiner skal kunne få eit tilbod ved Hauglandsenteret.

Regional knutepunktsfunksjon og organisatorisk hovudansvar for brukarar med kronisk sjukdom og funksjonshemming gir Hauglandsenteret eit stort ansvar. Det blir viktig å samhandle tett med aktuelle kompetansmiljø i regionen. I tillegg til sjukehusa, universiteta og høgskulane vil gruppa spesielt nemne Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesjukehus når det gjeld brukarar med revmatisk sjukdom og Krokeidesenteret når det gjeld brukarar som treng funksjonsvurdering og arbeidlivsrelatert rehabilitering. Desse institusjonane har lang røynsle og gode resultat å vise til når det gjeld tilbod til dei nemde brukargruppene. Målet må vera god samhandling som sikrar aktuelle brukargrupper eit best mogeleg totalt tilbod.

Tilråding 5 : Arbeidsgruppa meiner at tilbodet ved Hauglandsenteret bør styrkast for å kunne gje tilbod til alle kategori 2 brukarar (med unntak av revmatikere som kan få tilbod ved HSR). Arbeidsgruppa tilrår at Hauglandssenteret frå 2007 får auka sin kapasitet til 70 plassar og at ein vurderer vidare behov for utviding dei komande åra. Brukarar som får eit første opphald ved opptreningsinstitusjon på austlandet som gir diagnosespesifikke tilbod bør også kunne få eit oppfølgjande tilbod ved Hauglandsenteret. Det er også ynskjeleg at Hauglandssenteret utvikler ei fagleg breidde og tyngde som gjer det naturleg å søke funksjon som regionalt kompetansesenter når det gjeld rehabilitering av brukarar med kroniske sjukdomar og funksjonshemma.

Sjølv om tilbodet ved Hauglandsenteret blir utvida og utvikla for å kunne gi alle kategori 2 brukarar i regionen eit godt tilbod, er det mogeleg at det er ytterlegare behov for tilbod til brukarar med kroniske sjukdomar eller funksjonshemming i regionen. Det er i såfall rimeleg at eit slikt tilbod blir plassert lenger sør i regionen, og kan dekke behov for brukarar i Helse Stavanger området og Helse Fonna området. Arbeidsgruppa meiner at Helse Vest bør vurdere nærare om det er behov og grunnlag for eit slikt tilbod. Det er rimeleg om ein i første omgang konsentrerer seg om å gi eit godt tilbod på Hauglandsenteret, og at eventuell avgjerdsle om ytterlegare tilbod i sørregionen blir tatt når tiltak iverksett ved Hauglandsenteret er evaluert.

Arbeidsgruppa har vore svært opptekne av å betre kvaliteten på tilbodet til alle brukargruppene. Gruppa har difor vore konservative i sine tilrådingar om nye plassar. Det er truleg behov for ytterlegare opptreningstilbod i regionen, men vi meiner Helse Vest først bør sikra god kvalitet på eksisterande tilbod og når det gjeld den kapasitetsauke som er tilrådd i denne rapporten.

Tilråding 6: Arbeidsgruppa tilrår at Helse vest på eit seinare tidspunkt vurderer vidare eventuelt behov for ytterlegare eit opptreningssenter med regionsfunksjonar.

Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesjukehus (HSR) er den einaste institusjon i regionen som gir diagnosespesifikke rehabilitering. Arbeidsgruppa meiner at sjukehuset framleis bør ha hovudansvar for opptreningstilbod til revmatikarar i regionen. HSR bør inngå samarbeid med Hauglandsenteret når det gjeld utvikling og evaluering av behandlingstilboda slik at ein sikrar fullgode tilbod til alle brukarar med kronisk sjukdom og funksjonshemming.

Arbeidsgruppa tilrår ikkje at det vert etablert fleire diagnosespesifikke tilbod. Arbeidsgruppa meiner at HSR har ein infrastruktur som gjer at det kan liggja til rette for å kunne gi regionalt tilbod til fleire grupper i kategori 2 om det viser seg å vera behov for dette framover.

Kapittel 6 Tiltak for å etablere ei samanhengande tiltakskjede

I tillegg til at det er få grupper som får eit opptreningstilbod i regionen, er det eit stort problem at tilbodet som blir gitt ofte framstår som gitt tilfeldig og utan samarbeid mellom brukarar, føretak, kommunar og opptreningsinstitusjonar. Ofte er det berre den konkrete søknaden og epikrise etter opphaldet som er kommunikasjonen. For å kunne gje både eksisterande og nye brukargrupper eit samanhengande tilbod er det behov for organisatoriske tiltak i tillegg til styrking av eksisterande institusjonar og etablering av ny. I dette kapittel vil vi drøfte og kome med tilrådingar om organisering av inntaksprosess og oppfølging av brukargrupper der rehabilitering i ein opptreningsinstitusjon er ein del av tilbodet.

6.1 Likeverd mellom samarbeidspartnarane ein føresetnad:

Tilbakemeldingane arbeidsgruppa har fått spesielt frå foretaka men også frå mange kommunar gjer det klart at tilbodet ved opptreningsinstitusjonane sjeldan blir vurdert som sentralt, og at tilbodet ofte blir vurdert som mindreverdige på grunn av kompetansemessige, utstyrmessige og bygningsmessige manglar. Arbeidsgruppa vil likevel gjera merksam på at vi vart positivt overraska over kompetanse, utstyr og bygningsmessige forhold ved besøk ved institusjonane i forhold til dei forventningar vi hadde. Det er likevel ingen av institusjonane som med dagens rammer kan gje det tilbod vi meiner det er behov for i framtida.

For at opptreningsinstitusjonane skal kunne delta som likeverdig partnar i samarbeid med føretak, kommunar og brukarar, må det gjennomførast oppgradering av eksisterande tilbod og stillast konkrete krav til eventuelle nye opptreningsinstitusjonar. Alt dette føreset som kjent at det blir tilført ressursar som gjer dette mogeleg.

6.2 Aktuelle samarbeidspartnarar:

Ulike brukargrupper har behov for samarbeid med og mellom ulike partar for at opptreningstilbodet skal kunne bli godt.

Aktuelle partar kan i tillegg til opptreningsinstitusjonen vera:

Sjukehus/spesialisert rehabilitering,

Kommune/sjukeheimar/fastlege/rehabiliteringsansvarleg

Kompetansesentre

Lærings- og meistringssentre

Familiar og føresette

Brukarorganisasjonar

6.3 Fasar i eit rehabiliteringsløp for ulike kategoriar brukarar.



Dei ulike brukargruppene har ulike rehabiliteringsforløp og ulike partar vil i varierende grad delta i samhandling i alle faser i eit rehabiliteringsforløp.

Vår kategoriar av brukarar vil ha ulikt behov for samhandling i rehabiliteringsforløp som er svært ulike når det gjeld tid, tal på deltakarar, fagleg og organisatorisk kompleksitet.

For kategori 1 er det vanlegvis behov for direkte overføring frå sjukehus til opptreningsinstitusjon. Det er mogeleg å standardisere samhandlinga mellom tilvisande instans og mottakar. For å sikre effektive overføringsrutiner er det ynskjeleg å lage konkrete avtaler mellom aktuelt sjukehus og opptreningsinstitusjon om antal pasientar. Ein kan gjennom god samhandling oppnå at pasienten så raskt som mogeleg blir behandla på lågast mogeleg nivå. Etter opptreninga overtek vanlegvis kommunen hovudansvaret og pasienten vil vera sjølvhjelpen eventuelt med kommunale hjelpetilbod.

I kategori 2 er det mange partar involvert og ein snakkar om ein mykje lengre habiliterings- eller rehabiliteringsperiode. Aktuelle grupper av brukarar med kroniske sjukdomar vil ha behov for eit koordinert tilbod som involverer sjukehus, kommunar, kompetansesenter, lærings- og meistringssentre m.v. Viktigast av alt er at pasienten sjølv og familiar og pårørande blir viktige medspelarar i arbeidet. For at pasienten skal kunne nyttiggjere seg tilboda på ein god måte bør det som hovudregel ligge ein plan for samhandlinga til grunn, mange av pasientane treng ein individuell plan. Det er ønskeleg med strukturert dialog mellom samarbeidande partar samt stor grad av fleksibilitet når pasienten sitt behov endrar seg.

I kategori 3 vil vanlegvis kommunen og sjukehus og familiar og pårørande vera dei sentrale aktørane. Målsetjinga vil vera å sikre eldre pasientar eit høgare funksjonsnivå eller stabilisere nivået slik at dei etter opptrening kan klara seg mest mogeleg sjølv. For mange eldre vil det vera naturleg med ein eller fleire opptreningsperiodar ved opptreningsinstitusjon. Ein vil slik kunne tilfredsstille både behov familiar og pårørande har samt halda ved like og fornya effekt av det primære opphaldet.

Arbeidsgruppa har drøfta fasane i samhandling kring ein brukar sitt opptreningsopphald og meiner det er viktig å ta stilling til følgjande spørsmål:

Kven som skal kunne søke ?

Kva krav er det naturleg å stille til søknaden ?

Kven bør vurdere søknaden ?

Kva oppfølging er det behov for og kva krav må stillast ?

For å kunne oppnå ei meir samanhengande tiltakskjede meiner arbeidsgruppa det er naudsynt å ta stilling til organisering av alle fasar knytt til ulike brukargrupper sitt tilbod ved opptreningsinstitusjonar.

6.4 Fase 1- Søknad

Kven kan søke ?

Primæransvaret for rehabilitering er lagt til kommunane. Dette er forsterka i NOU 2005:3 som akkurat no er til høyring. Dette betyr at det er kommunane som har hovudansvar for koordinering, samordning og kontinuitet i den enskilde brukar sin rehabiliteringsprosess.

Det er i dag sjukehusavdeling, fastlegar og privatpraktiserande spesialistar som kan søke brukarar til opptreningsinstitusjonane noko som gjeld alle kategoriar brukarar. Arbeidsgruppa meiner dette bør førast vidare men vil stille krav til interne prosessar både ved sjukehusa og i kommunane knytt til søknad. Mange av krava som blir stilt til fastlegane skal også gjelde privatpraktiserande spesialistar.

Søknad frå brukarar i kategori 1

Når sjukehusa søker inn ein brukar i kategori 1 og 3 er det svært viktig at aktuell sjukeheim eller heimeneste er orientert om søknad til opptrening. Når det er behov for å følgja oppfrå kommunen si side er det ikkje nok at sjukehusa orienterer fastlegen gjennom epikrise. For at nødvendige prosessar i kommunen skal kunne setjast raskt i gang, må aktuell ansvarsperson i kommunen/bydelen orienterast. Arbeidsgruppa veit at det kommunale system er uoversiktleg. Gruppa er difor fullstendig eining med Wisløffutvalet (NOU 2005: 3) om at det bør vera eit kontaktpunkt i kommunen/bydel når det gjeld samhandling.

Arbeidsgruppa meiner at det ved søknader frå fastlegane og privat praktiserande spesialistar skal stillast krav om at oppfølgjande instans i kommunen blir orientert om søknad, og gjerne deltek i utforming av plan.

Søknad frå brukarar i kategori 2

Når det gjeld søknader frå brukarar i kategori 2, er brukaren sjølv den viktigaste part og samarbeidspart for innsøkjande fastlege, privatpraktiserande spesialist eller sjukehusavdeling.

Ved søknader frå fastlege eller privatpraktiserande spesialist meiner arbeidsgruppa ein skal stille krav om at rehabiliteringsansvarlege i kommunen deltek i søknadsprosess dersom brukararen sjølv ynskjer dette. Tidleg involvering av oppfølgingsansvarleg instans vil kunne gje betre oppfølging for den einskilde brukar. Etter arbeidsgruppa si vurdering vil det ofte vera rehabiliteringsansvarleg i kommunen som tek initiativ til søknad om opptrening for den einskilde brukar. Fastlegen skal då informerast og involverast i tillegg til å vera den formelle søker.

Tilråding 7: Det er berre fastlegar, privatpraktiserande spesialistar og sjukehusavdelingar som skal kunne søke om opptreningsplass for brukarane. Det vil bli stilt krav om at dei som vil ha oppfølgingsansvar for brukaren skal vera orientert om søknad og delta i søknadsprosessen der det er naturleg og brukar ynskjer dette.

6.5 Fase 2 - Krav til søknad

Det er behov for andre krav til søknader/tilvisingar for brukarar i kategori 1,3 i høve brukarar i kategori 2.

Brukarar i kategori 1 og 3

Arbeidsgruppa meiner tilvising av brukarar i kategori 1 og 3 til opptrening rett etter akuttbehandling bør skje på ein rask og effektiv måte. Det må setjast rammer for kor mange av brukarane som skal få tilbod direkte etter sjukehusbehandling frå det einskilde foretak. Vi meiner at Helse Bergen, Helse Førde, Helse Fonna og Helse Stavanger skal ha førerrett til å tilvise brukarar i kategori 1 og 3 til opptrening i eige område når kapasiteten er utbygd tilstrekkeleg i heile regionen. Vi meiner det er realistisk å ha tilbod på plass i 2007. Her meiner vi sjukehusa må prioritere sine søknader i forhold til tilgjengelege plassar og rammer som er gitt.

Det må utformast eige elektronisk tilvisningsskjema for denne gruppe brukarar, og leggst til rette for elektronisk tilvising og kontinuerleg inntak.

Tilråding 8 : Det blir utarbeidd eige elektronisk skjema for søknad om opptreningsplass i kategori 1,3. Det blir etablert faste prosedyrar for behandling av søknad og tilbakemeldingar. Opptreningsinstitusjonen har kontinuerleg opptak og tilbakemelding til innsøkjande instans.

Brukarar i kategori 2

Arbeidsgruppa meiner at ein gjennom å stille fornuftige krav til søknad om opptreningstilbod kan redusere problem i vurderingsfasen, under opphaldet og i oppfølging av brukaren vidare. Tilbodet som blir gitt ved opptreningsinstitusjonen får liten verdi dersom det ikkje blir integrert i rehabiliteringskjeden. Dette representerer klare utfordringar i forhold til løpande og nær dialog mellom alle involverte parter.

Tilråding 9 For søknader i kategori 2 meiner arbeidsgruppa det er eit krav av det skal vera utarbeidd eller tatt initiativ til igangsetting av arbeid med individuell plan dersom brukaren ynskjer slik. Når sjukehusavdelingar eller privatpraktiserande spesialistar søker opptreningstilbod for brukarar i kategori 2 bør det vera eit krav at det blir teke kontakt med kommunen om dette.

Dersom brukar ikkje ynskjer slik plan bør det likevel vera krav om at søknaden inneheld opplysningar om brukaren sin målsetting og motivasjon for rehabiliteringsfasen i opptreningsinstitusjon.

Tilråding 10 Det bør utarbeidast eigne elektroniske søknadsskjema for brukarar i kategori 2 der ein del er brukaren sin. Brukaren skal svare på spørsmål om sin målsetting og motivasjon for rehabiliteringsfasen .

Med bakgrunn i at hovudansvaret for rehabilitering og individuell plan er lagt til kommunane vil fastlegane i dei fleste tilfelle vera søkerar når brukarar i kategori 2 ynskjer rehabilitering i opptreningsinstitusjon.

6.6 Fase 3 - Vurdering av søknad/tilvising.

Kriterium for prioritering bør vera:

Behov :

1. Pasientar/brukarar med rett til nødvendig helsehjelp
2. Pasientar/brukarar med rett til anna helsehjelp

Personar som hovudsakeleg treng pleie, omsorg, kvile eller avlasting, skal ikkje prioriterast.

Effekt av tilbodet:

- Kan brukaren nyttiggjera seg tilbodet
- Vil institusjonen kunne gje brukaren ønskjeleg helsemessig betring

Fins det alternative opptreningsstilbod der pasienten vil kunne få eit meir tilpassa opptreningsstilbod.

Spesielt for brukargruppe 1 og 3

Pasienten må vere tilstrekkeleg medisinsk utgreia frå instansen som tilviste pasienten. Opplysningane må vera dokumenterte.

Pasienten skal vere ferdigbehandla/utskravingsklar frå sjukehus/ medisinsk stabil, men det kan ikkje stillast krav til at pasienten fullt ut skal kunne hjelpa seg sjølv(ADL)

Spesielt for brukargruppe 2.

Det skal ligge føre individuell plan eller vere teke initiativ til arbeid med slik plan for brukarar som ynskjer slik. Om det ikkje er igangsett slikt arbeid skal institusjonen ta initiativ til dette. Brukaren sin eigendel i søknaden skal vera utfylt.

Pasienten må ha eit habiliterings- eller rehabiliteringspotensiale som institusjonen har evne til å realisere.

Organisering

Arbeidsgruppa har vurdert fleire modellar for pasientinntak:

- Eige tverrfagleg inntaksteam ved kvar institusjon.
- Eige inntaksteam ved kvar institusjonane sett saman av representantar frå spesialisthelsetenesta, primærhelsetenesta, trygdeetat/aetat og institusjonen
- Eit sentralt inntaksteam i regionen med representantar frå spesialisthelsetenesta, primærhelsetenesta og alle opptreningsinstitusjonane i regionen.
- Inntaksteam i kvart foretaksområde.

Arbeidsgruppa tilrår at det vert etablert inntaksteam ved kvar institusjon. Arbeidsgruppa meiner at det er naudsynt å gi institusjonane fridom til å vurdere søknader/tilvisingar på eiga hand under tillit til at prioriteringskriteriene vert følgde. I eit likeverdig samarbeid er dette ei naturleg arbeidsdeling samtidig som det vil vera det minst arbeidskrevjande.

Organisering av inntak:

For brukarar i kategori 1 og 3 er det ynskje med eit forenkla inntak basert på elektronisk tilvisingar frå aktuelle sjukehusavdelingar/fastlegar/privatpraktiserande spesialistar. Arbeidsgruppa tilrår at det er kontinuerleg inntak, dialog med og tilbakemeldingar til aktuelle sjukehus/fastlegar/privatpraktiserande spesialistar. I dag er det først og fremst ortopediske pasientar og hjartepasientar som får eit tilbod om opptrening. Det må etablerast ordningar som sikrar at andre pasientgrupper får lik tilgang til opptrening når behovet er til stades.

Spesielt for brukargruppe 2

Det skal etablerast eit elektronisk søknadsskjema for pasientgrupper i kategori 2 som blir gjort tilgjengeleg for alle fastlegar/rehabiliteringsansvarlege og avdelingar ved sjukehusa i Helse vest.

Hauglandsenteret skal ha ansvar for vurdering av søknader frå brukarar i kategori 2. Hauglandsenteret får ansvar for å halde oversikt over aktuelle rehabiliteringstilbod på landsbasis og vurdere kva tilbod som er best tilpassa den einskilde brukar sitt behov. Brukarar som kan få betre tilbod ved annan institusjon skal orienterast om dette og søknadane formidlast vidare dersom brukarar ynskjer det.

Senteret bør ha faste inntaksmøte kvar veke.

For brukarar i kategori 2 er det naudsynt med søknad/tilvising som er utforma todelt, der brukar fyller ut ein del.

Tilråding 12: Opptreningsinstitusjonane får ansvar for inntak. Det skal etablerast tverrfaglege inntaksteam ved kvar institusjon.

Tilråding 13: Inntak av brukarar skal skje etter prioriteringsforskriften. Det skal utarbeidast klare kriterium for prioritering ved inntak.

Tilråding 14: Hauglandsenteret får ansvar for handsaming av søknader frå brukarar i kategori 2. Søknadane skal ha ein del som brukar sjølv fyller ut.

6.7 Fase 4 – Oppfølging av brukar

Kommunane har hovudansvar for brukarar som har rehabiliteringsbehov, og dermed også hovudansvar for oppfølging av den einskilde brukar. Dette gjeld brukarar i alle kategoriar som har oppfølgingsbehov.

Når det gjeld brukarane i kategori 1 og 3 der opptrening vanlegvis følgjer direkte etter eit sjukehusopphald er det behov for at kommunen blir orientert når rehabiliteringstilbodet starter. Fastlege må alltid informerast. Kven andre i kommunen som skal orienterast er avhengig av brukaren sitt oppfølgingsbehov. Dersom brukaren har plass på sjukeheim må personellet der orienterast, dersom brukar skal tilbake til heimen skal heimetenesta orienterast. det er eldre pasienter er sjukeheimen blir orientert. Når brukarar i kategori 1 treng oppfølging etter opptrening skal rehabiliteringsansvarleg i kommunen kontaktast. Det er den som søker brukar inn til opptrening som skal gi slik orientering. Arbeidsgruppa meiner det ofte er eit problem at det i mange kommunar ikkje er klart kven som har oppfølgingsansvar. Arbeidsgruppa er samd med Wiisløffutvalet (NOU: 2005:3) i at det vil vera ein fordel med ei felles adresse for rehabilitering i kommunen.

Også for brukarar i kategori 2 er det kommunane som har hovudansvar for oppfølging. Det vil for denne gruppa brukarar oftare vere behov for aktiv deltaking frå andre enn kommunen i oppfølging av den einskilde brukar. Opptreningsinstitusjonen er ein naturleg samarbeidspartnar ut frå sin kunnskap om brukaren og sin kompetanse. Mange brukarar har jamnleg kontakt med sjukehusa som for dei også spelar ei viktig rolle. Lærings- og meistringssentra ved sjukehusa vil ofte vera eit nøkkeltilbod for desse brukargruppene utanom den tida det vert gjeve meir spesialisert rehabilitering. Brukarorganisasjonane spelar i lærings- og meistringssentra ei viktig rolle og kan ved likemannsarbeid spela ei viktig rolle for mange i ein langvarig habiliterings- og rehabiliterings fase. Det er behov for god samhandling mellom aktuell brukar, kommune, opptreningsinstitusjon, sjukehus for at aktuell brukar skal få ei maksimalt tilrettelagt habilitering eller rehabilitering.

6.8 Lokalt og regionalt nettverk

For å kunne sikre at samhandlinga blir i samsvar med tilrådingane i dette kapittelet og for å kunne halda vedlike og utvikle rehabiliteringstilbodet vidare i regionen, er det etter arbeidsgruppa si vurdering behov for lokale og kanskje eit regionalt nettverk innan rehabilitering. Opptrening er eit av fleire områder der det er behov for god samhandling. Skiping av slike nettverk og koordinerande eining(ar) er i samsvar med forskrift for habilitering og rehabilitering. Alle samarbeidande aktørar bør delta i eit felles nettverk.

Det er behov for nettverk i kvart foretaksområde, og nettverka treng ein koordinator. Koordinator bør ha ansvar for å halda samarbeidspartnarane oppdatert om alle habiliterings- og rehabiliteringstilbod som vert utvikla i området, både i kommunar, i sjukehus, i lærings- og meistringssentra, i brukarorganisasjonar og opptreningstilbod som vert utvikla i rehabiliteringssentra. Å ha løpande kontakt med koordinator ved Hauglandsenteret vil vera ei viktig rolle for koordinator i foretaka. Det bør etablerast ei intranettside med informasjon over alt rehabiliteringstilbod i området samt regionalt og nasjonalt tilbod, søknadsskjema og prosedyrar, oversikt over nettverket, vedtatt funksjonsdeling, aktuelle opplæringstiltak.

Oppgåver det er naturleg å tenke seg eit slikt nettverk etter kvart vil kunne ha er:

- Informasjonsoppgaver til sjukehus, brukargrupper, kommunar, fastlegar, privatpraktiserande spesialistar rehabiliteringsansvarlege, opptreningsinstitusjonane m.v.
- Oppfølging av vedteken arbeids- og funksjonsdeling
- Utvikling av skriftlege prosedyrar
- Krav til dokumentasjon
- Kompetansebygging og kompetansevedlikehald
- Standardisering av tiltak og utarbeiding av felles retningslinjer

Arbeidsgruppa meiner det kan vera behov også for ein regional koordinator i eit fagleg nettverk. Gruppa meiner at det er naturleg om ein slik koordinatorfunksjon blir lagt til Hauglandssenteret som etter gruppa si vurdering være et viktig fagleg og organisatorisk knutepunkt når det gjeld tilbodet til brukargrupper i kategori 2. Det vil etter gruppa si vurdering vere naturleg om Hauglandssenteret søker å etablere så brei og fagleg god kompetanse at dei kan møte krava til regionale kompetansesenter og kan søke status som regionalt kompetansesenter innan opptrening.

Tilråding 15: For å sikre god samhandling er det ønskeleg at det vert etablert faglege nettverk der alle partar som er involvert når det gjeld opptrening er deltakarar. Ein regional koordinatorfunksjon bør leggst til Hauglandssenteret.
--

Kapittel 7 Betre tilbod til brukarane av opptreningsinstitusjonane

I tillegg til spørsmål om dimensjonering, inndeling og plassering av opptreningstilbodet, samhandling og arbeidsdeling mellom institusjonane og tiltak for å etablere ei samanhengande tiltakskjede mellom aktuelle partar, er det behov for at det(dei) konkrete opphaldet ved opptreningsinstitusjonen er på eit for brukaren tilfredsstillande nivå.

Arbeidsgruppa har tidlegare argumentert for ei arbeidsdeling/funksjonsdeling mellom institusjonar som ligg nær sjukehusa og institusjonar som bør ha regionalt ansvar for å gje opptreningstilbod til brukarar med kroniske sjukdomar. Det vil med denne bakgrunn i tillegg til generelle krav også bli nødvendig å stille ulike krav til institusjonane avhengig av dei brukargruppene institusjonane skal gje eit tilbod til:

7.1 Krav til inntak og oppfølging:

Som drøfta i kapittel 6 er inntak og oppfølging svært viktig å sikre god kvalitet på for at det skal kunne etablerast ei samanhengande tiltakskjede. Opptreningsinstitusjonane må etablere tverrfaglege inntaksteam som vurderer henvisningar/søknader. Institusjonen skal sikre kontinuerleg vurdering av tilvisning/søknader om plass i samsvar med kriterium utarbeidd for inntak. Arbeidsmåten ved institusjonen må sikre at tilbodet til den einskilde inngår i ei samanhengande kjede både i forhold til kva som har skjedd før og kva som skal skje etter opphaldet.

7.2 Brukarmedverknad

Det er for alle aktuelle brukargrupper krav om at brukaren skal medverka til at tilbodet blir så godt som råd. Det er spesielt viktig for brukarar i kategori 2 at tilbodet blir utforma i samarbeid mellom opptreningsinstitusjon og brukar. For brukargruppene er det å meistra å leva med ein sjukdom eller eit handikapofte hovudmålet. Å ha innverknad og kontroll ved utforming av tilbodet er nødvendig for at brukaren skal kunne oppnå meistring. Brukaren må vera hovudpersonen.

Tilråding 16 : Opptreningsinstitusjonen må legge til rette for at brukaren sjølv har avgjerande innverknad på tilbodet som blir gitt.
--

For brukarar som ynskjer individuell plan og ikkje har fått slik før opphaldet startar skal ein ta initiativ ovanfor førstelinetenesta til å igangsette arbeid. For brukarar som har individuell plan skal tilbodet utformast i samsvar med denne planen.

7.3 Krav om kompetanse, areal, bygningar og utstyr:

Arbeidsgruppa meiner at det er nødvendig å stilla minimumskrav til kompetanse, areal, bygningar og utstyr.

Alle institusjonane må ha ein generell basiskompetanse beståande av:
Legetjeneste, sjukepleier/hjelpepleier, fysioterapi.

For brukargrupper i kategori 1 er det i tillegg ønskeleg med:
Aktivitør og legespesialistar etter pasientgruppe.

Arbeidsgruppa meiner institusjonar som skal gi tilbod til brukargrupper i kategori 2 også må ha tilsett person med idrettspedagogisk utdanning/kompetanse.

I tillegg må ein der ha tilgang til: psykologtjeneste, ergoterapitjeneste, kokk, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom. Det er ønskeleg med samspel med relevante utdanningsinstitusjonar.

For brukargrupper i kategori 3 er det spesielt behov for pleiefagleg styrking. Det stiller store krav til institusjonane å organisere den pleiefaglege styrkinga på ein god måte. Når ein tek pasientar raskare frå sjukehusa må det sikrast rask tilgang også til spesialisert medisinsk kompetanse.

Det er ikkje mogeleg å gje utfyllande oversikter over kompetansebehov ein vil kunne ha då dette vil variere ein del avhengig av målgrupper. I tillegg til medisinsk-, pleie og omsorgs- og rørslekompetanse kan det spesielt i kategori 2 vera behov for livsstilsendringskompetanse, familiekompetanse, kompetanse i daglegdagse aktivitetar,

ernærings- og kosthaldskompetanse, pedagogisk kompetanse og kompetanse om leiing og organisasjon. Behovet som brukarane har må legge klare føringar for kva kompetanse institusjonane knytter til seg.

Det vil også vera krav til kompetanse hjå kvar einskild tilsett når det gjeld følgjande områder:
Forståing av brukarmedverknad, kunnskap om tverrfagleg samarbeid, pedagogisk kompetanse og haldningskompetanse.

Tilråding 17 : Arbeidsgruppa tilrår at Helse vest setter minimumskrav til kompetanse som skal finnast ved opptreningsinstitusjonane slik arbeidsgruppa har skissert. Arbeidsgruppa meiner også institusjonane bør knytta til seg ytterlegare kompetanse.

Krav til bygninger, areal og utstyr.

Eksisterande institusjonar har ulike utfordringar knytt til bygningar og utstyr. Arbeidsgruppa sine forslag om framtidig arbeids- og funksjondeling vil også påverke kva krav det er naturleg å stille.

Arbeidsgruppa meiner alle opptreningsinstitusjonane som skal ha avtaler med Helse vest skal ha universell utforming slik at ein kan gi eit godt tilbod til alle aktuelle brukargrupper. Arbeidsgruppa meiner det bør vera eit krav til alle nye institusjonar samt at eksisterande institusjonar får krav til å planlegge slik oppgradering med full iverksetting seinast innan tre år.

Arbeidsgruppa meiner at romma skal vera så store at det er plass til ein person til på rommet slik at det kan vera plass til familiemedlem/føresette om brukar ynskjer dette. Det skal vera bad/toalett på alle rom.

Utstyr tilgjengeleg i opptreningsinstitusjonane skal vera av ein slik breidde og standard at aktuelle brukargrupper får dekkja sine behov og får gjennomført sin plan for opphaldet på ein god måte.

Tilråding 18 : Arbeidsgruppa meiner Helse vest bør stille krav om at alle opptreningsinstitusjonane skal tilfredstille krav til universell utforming. I tillegg meiner vi at det skal vera plass til ein ekstra person på kvart rom ved ynskje om dette for brukaren si side.

7.4 Utforming av tilbodet:

Arbeidsgruppa meiner det er svært viktig at institusjonen ved inntak tek omsyn til at brukargruppene skal gå godt saman. Brukargruppene som fell innanfor kategori 2 kan vera svært ulike. Det kan vera slik at det vil ha uheldig verknad for den einskilde brukar om ein får sitt treningstilbod saman med brukargrupper som har heilt andre utfordringar. Ved inntak av brukarar i kategori 2 må det sikrast ein god samansetjing av grupper og individ. Representantane frå brukarorganisasjonen har i arbeidsgruppa peika på at det kan vera uheldig å møte brukarar i eit heilt anna stadium av sin sjukdom. Nokre brukargrupper kan lære mykje av kvarandre og kan difor gjerne ha opptrening saman. Arbeidsgruppa meiner det ofte er positivt med mangfold under trening. Det kan i andre periodar vera godt å vera saman med brukarar med sama diagnose. Institusjonen må tilby både gruppetrening og individuelle tilbod. Tilbodet må kunne vera fleksibelt slik at den einskilde brukar får eit tilbod tilpassa sin aktuelle situasjon.

Det må leggjast til rette for at brukar kan trene på kveldstid og det må gjevast eit allsidig supplerande tilbod utanom aktiv treningstid. Desse forhold vil medverke til gode resultat og positive opplevingar for aktuelle brukarar.

Tilråding 19: Institusjonen skal sikre gode samansetjing av brukargrupper, utforming av tilbod tilpassa brukaren sitt behov, tid til trening på kveld og i helgar samt eit allsidig tilbod utover den tid brukar er i aktiv trening, noko som vil kunne sikre positiv rehabilitering.

7.6 Krav om tett samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjonar.

For å kunne utvikle sitt tilbod i samsvar med fagleg utvikling er det viktig for institusjonane å etablera kontinuerleg kontakt med relevante utdanningsinstitusjonar og å vurdere sine behandlingssopplegg. Institusjonane må evaluere og utvikle sitt tilbod vidare. Brukarane må få habiliterings- og rehabiliteringstilbod som verkar.

For å halda seg fagleg oppdatert bør det etablerast praksisordningar og det bør stimulerast til hospitering. Alle relevante fag bør ha slike ordningar.

Habilitering- og rehabilitering er eit område som har store utfordringar i forhold til å dokumenter effekt av sitt tilbod. Institusjonane bør inngå samarbeid med kompetent fagmiljø for å evaluere og utvikle sine behandlingstilbod vidare.

Tilråding 20: Krav om tett samarbeid med forsknings- og utdanningsinstitusjonar. Krav om evaluering og utvikling av behandlingstilbod. Det bør stillast krav om at institusjonane har praksisplassar og nyttar hospiteringsordningar
