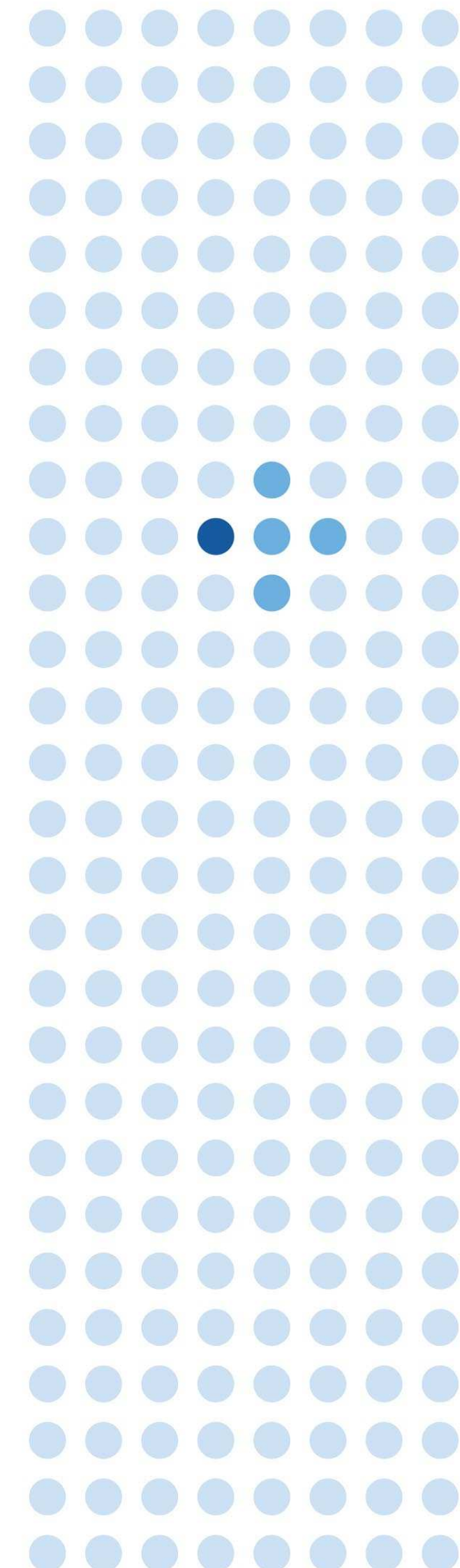




Vedlegg 2

HANDLINGSPLAN FOR HABILITERINGS- OG REHABILITERINGSTJENESTENE I HELSE VEST

Forslag fra PWC

1. INNLEDNING.....	3
1.1 Planens begrunnelse	3
1.2 Oppdraget	3
2. DEFINISJONER	5
2.1 Habilitering	5
2.2 Rehabilitering	5
3. EKSTERNE FORHOLD SOM PÅVIRKER TJENESTENE.....	7
3.1 Myndighetskrav og finansiering	7
3.2 Pasientrettigheter og brukermedvirkning	7
3.3 Kommunale forhold	8
3.4 Befolkningsutvikling og sykdomsforekomst	8
3.5 Faglige utviklingstrekk.....	9
4. STATUSBESKRIVELSE OG -VURDERING.....	11
4.1 Habilitering	11
4.1.1 Barnehabiliteringstjenestene	11
4.1.2 Voksenhabiliteringstjenestene	13
4.2 Rehabilitering	14
5. FORSLAG TIL TILTAK OG VIRKEMIDLER.....	21
5.1 Overordnet organisering	21
5.2 Rett dimensjonering og omsorgsnivå	22
5.3 Tilbudet til pasienter	24
5.4 Personell og kompetanse	26
5.5 Dokumentasjon og registrering av aktivitet.....	29
5.6 Forskning	30
5.7 Kvalitetsarbeid.....	31
5.8 Brukermedvirkning	32
5.9 Samordning.....	33
5.10 Samhandling mellom nivå og aktører.....	35
5.11 Finansiering	36

1. INNLEDNING

1.1 Planens begrunnelse

I bestillerdokumentet for 2006 blir Helse Vest bedt om å prioritere tjenestetilbudet innen habilitering og rehabilitering på en slik måte at tilbudet til pasientene ble utbygd og styrket gjennom en reell prioritering av pasientgruppene.

I årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet fra styret i Helse Vest RHF blir det pekt på at den demografiske utviklingen vil gi en kraftig økning i antall eldre, og at utvikling av stadig bedre behandlingsmetoder blant annet fører til at flere overlever sykdom, ulykke og for tidlig fødsel. Disse utviklingstrekkene vil føre til at flere kommer til å leve med langvarige sykdommer og kroniske tilstander. Dette innebærer at stadig flere vil ha behov for tjenester innenfor rehabilitering, habilitering og læring og mestring.

Kartlegginger og utredninger innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet peker i retning av at det er utfordringer blant annet når det gjelder kapasitet, samhandling internt og eksternt for å oppnå sammenhengende tiltakskjeder, bruk av individuell plan og oppfylling av andre lovkrav, videreutvikling av brukerfokus og faglig utvikling og forskning.

1.2 Oppdraget

I forbindelse med utarbeidelse av plan for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i Helseregion Vest ble det etablert en prosjektgruppe for habilitering og en for rehabilitering, bestående av representanter fra de ulike helseforetak, private sykehus, kommunehelsetjenesten, tillitsvalgt og representanter fra brukerorganisasjonene. Prosjektet har hatt ekstern bistand til prosjektledelse og sekretariatsfunksjon fra PricewaterhouseCoopers AS.

Prosjektgruppene hadde som mandat (kortversjon):

- Kartlegge tjenestene og vurdere behov og kapasitet
- Komme fram til strategier og konkrete tiltak for å møte utfordringene i årene som kommer
- Fremskaffe og bruke systematiske litteratur- og kunnskapsoversikter (i forhold til nye tiltak)
- Synliggjøre tjenestene ved blant annet å utvikle dokumentasjon av kvalitet, aktivitet og økonomi i tjenestene
- Utarbeide konkret plan for videre utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i regionen

I dette dokumentet beskrives handlingsplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i Helse Vest. Tidshorisonten for handlingsplanen er årene fram mot 2015. Handlingsplanen bygger på rapportene for habilitering og rehabilitering og er skrevet av PricewaterhouseCoopers AS¹.

¹ For referanser og litteraturhenvisninger vises til prosjektgrupperapportene.

Før tiltak og virkemidler beskrives gis en oppsummering av viktige definisjoner innen fagområdene, eksterne forhold som påvirker tjenestenes omfang, organisering og innhold og en statusbeskrivelse av tjenestene.

2. DEFINISJONER

Habilitering og rehabilitering defineres i St.meld. 21 (1998-99) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk og i Forskrift for habilitering og rehabilitering (2001)som: ... *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.*

2.1 Habilitering

Habilitering er tiltak som settes i verk for å støtte og utvikle funksjons- og meistringsevner hos personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse for å vedlikeholde funksjon eller for å forebygge at funksjonsnivået går ned. Habiliteringsprosesser vil ofte være knyttet til overganger mellom ulike livsfaser. Habiliteringstjenester gis både til barn og voksne.

Habilitering er et tverrfaglig og tverrsektorielt virksomhetsområde som inkluderer både individrettede og omgivelsesrettede tiltak i individuelle habiliteringsforløp.

Habiliteringstilbud skal først og fremst ytes i førstelinjetjenesten. Når førstelinjetjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse, skal det henvises til spesialisthelsetjenestens habiliteringstilbud.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten kjennetegnes av en tverrfaglig tilnærming med basis i medisinskfaglig spesialistkompetanse. Tjenestene ytes i forhold til utredning av alvorlige utviklingsmessige forstyrrelser hvor kompetansekravene og kompleksiteten er høy.

Tjenestene gis i hovedsak som ambulant eller poliklinisk konsultasjon, og innhold i tilbudene er tiltaksutvikling, kurs, undervisning og pasientopplæring.

Habilitering grenser opp til flere fagområder i spesialisthelsetjenesten (eks rehabilitering, psykiatri, nevrologi, pediatri, ortopedi) og har et stort samhandlingspotensial med primærhelsetjenesten og andre kommunale etater.

Spesialisthelsetjenesten ble gjennom forskrift om ”Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning” pålagt vurdering og oppfølging av kommunale vedtak om bruk av tvang og makt overfor utviklingshemmede etter kapittel 4 A i Lov om sosiale tjenester for å sikre at rettsikkerheten er i varetatt og at alternative tiltak blir vurdert. Tradisjonelt er det habiliteringstjenestene som ivaretar denne oppgaven på vegne av foretaket.

2.2 Rehabilitering

Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvar for å tilby rehabilitering til de som trenger det. Kommunene skal tilby *generell rehabilitering*, mens spesialisthelsetjenesten skal tilby *spesialisert rehabilitering*. Tilbudene i spesialisthelsetjenesten kan organiseres som døgnopphold, dagopphold, poliklinikk, ambulant virksomhet og som lærings- og meistringstilbud til pasienter og pårørende. I henhold til forskrift om habilitering og rehabilitering skal tjenestene gis ambulant dersom de ikke kan gis mest hensiktsmessig i institusjon.

I rehabiliteringsarbeidet rettes fokus først og fremst mot mulighetene som pasienten har til tross for funksjonstap som følge av sykdom eller skade. Rehabiliteringsvirksomheten tar i hovedsak utgangspunkt i individuelle mål og behov, og ikke i behovene til sykdomsgrupper. En og samme funksjonssvikt kan utløse svært ulike individuelle behov, og ofte vil forhistorien

være avgjørende for rehabiliteringsmålene og behovene til den enkelte. Behovene vil dessuten variere over tid for samme individ.

Ideologi og metode i rehabiliteringsarbeidet innebærer at aktører i og utenfor helsevesenet skal hjelpe pasienten til selv å gjøre en innsats for best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse innenfor ulike livs- og samfunnsområder. Rehabilitering handler ikke primært om å gjøre en person frisk. Målet med rehabilitering er å oppnå mest mulig selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Områder for deltakelse og graden av denne vil variere fra person til person og innenfor ulike livsfaser.

Rehabilitering er rettet mot voksne personer. Rehabilitering er aktuelt når:

- Pasienten har sammensatte problem og dermed har behov for tiltak fra flere yrkesgrupper og tjenesteområder
- Pasienten har behov for individuell rehabiliteringsplan
- Pasienten ønsker rehabilitering
- Pasienten har mulighet for å vedlikeholde eller bedre sin livssituasjon gjennom tiltak rettet mot to eller flere av følgende områder: Helsetilstand, funksjonsnivå, større selvstendighet og/eller aktiv deltakelse på livsområder som er viktige for pasienten og tilrettelegging av omgivelsene fysisk og sosialt

For å kunne gjennomføre rehabiliteringstiltak kreves at tjenestene er planlagte og satt i system. Dette krever samarbeid med pasienten og koordinering mellom kommune, spesialisthelsetjeneste og andre tjenesteområder. Rehabilitering forutsetter at behovet for samhandling og samordning av bistand er knyttet til et planlagt forløp med klare mål og virkemidler. Et rehabiliteringsforløp er tidsavgrenset, noe som innebærer at det skal ha en start og en slutt. Den enkeltes rehabiliteringsprosess vil ofte bestå av flere slike planlagte forløp av ulik varighet knyttet til ulike livsfaser eller til endring av funksjonsproblemer og/eller av livssituasjon.

3. EKSTERNE FORHOLD SOM PÅVIRKER TJENESTENE

Dimensjonering, faglig innhold og organisering av tjenestene påvirkes av flere eksterne forhold. Først beskrives viktige forhold som påvirker tjenestene i dag: Myndighetskrav og finansiering, pasientrettigheter og brukarmedvirkning og kommunale forhold. Deretter beskrives forhold som antas å ville påvirke tjenestene i fremtiden: Befolkningsutvikling, sykdomsforekomst og faglige utviklingstrender.

3.1 Myndighetskrav og finansiering

Helselovgivningen regulerer spesialisthelsetjenesten både gjennom pliktkrav og rettigheter. Lovverket legger rammen for at tjenestetilbudene er av god kvalitet og i tråd med akseptert nivå for god praksis.

Myndighetskravene som regulerer de spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenestene vektlegger spesielt:

- sømløse og helhetlige tilbud gjennom krav om koordinerende instans
- medvirkning til utarbeidelse av individuelle planer
- opplæring av pasienter og pårørende
- råd og veiledning til kommunehelsetjenesten

Dagens finansieringssystem stimulerer ikke til arbeidsformer som fremmer utvikling av sømløse og helhetlige tilbud. For eksempel gir ambulant virksomhet uten lege og gruppebaserte dagtilbud ingen refusjon i dagens finansieringssystem. Det er også begrensninger i bruk av polikliniske takster. Poliklinikk, ambulant virksomhet uten lege og gruppebaserte dagtilbud er alle viktige elementer i utvikling av sømløse behandlingsskjeder.

For habiliteringstjenestene er det få inntektsmuligheter selv om hovedarbeidsformene er polikliniske og ambulante konsultasjoner. Dette fordi en relativt stor andel av konsultasjonene utføres uten at lege er direkte involvert i utforming av tiltaket eller er til stede ved konsultasjonen. Dermed utløses ikke refusjon fra RTV. Kurs og undervisningsoppdrag, uavhengig av om de gis i foretaket eller ute i pasientens hjemkommune, gir heller ingen refusjon. Habiliteringstjenesten mangler derfor en viktig økonomisk drivkraft for desentralisert og pasientnær tjenesteyting.

3.2 Pasientrettigheter og brukarmedvirkning

Lov om pasientrettigheter beskriver blant annet: Retten til pasientmedvirkning ved gjennomføring av helsehjelp, retten til å få nødvendig informasjon om sin sykdom, retten til innsyn i egen journal, barns rettigheter ved sykdom og retten til å klage på den helsehjelp som ytes.

Disse rettighetene er grunnleggende for at brukerperspektivet skal ivaretas og for at den enkelte pasient skal kunne delta aktivt i planlegging og gjennomføring av sitt eget behandlingsopplegg.

Rettighetene har også ført til økt fokus på brukarmedvirkning på systemnivå. Dette kommer blant annet til uttrykk gjennom etablering av brukerråd i foretakene, brukerorganisasjonenes deltakelse i lærings- og mestringstilbud og likemannsarbeid.

Disse rettighetene gir imidlertid ingen sikkerhet eller garanti for et geografisk likeverdig tjenestetilbud.

3.3 Kommunale forhold

Habiliterings- og rehabiliteringstilbud skal i første rekke gis gjennom det kommunale tjenesteapparatet. Kommunenes mulighet til å gi fullverdige tjenester er avhengig av helsefaglig og pedagogisk kompetanse og kommunale institusjonsplasser øremerket rehabilitering. Status viser at det er store forskjeller mellom kommunene i Helseregion Vest på disse områdene. Disse forskjellene påvirker både når det kommunale apparatet ser seg nødt til å henvise til spesialisthelsetjenesten og spesialisthelsetjenestens mulighet til å skrive ut ferdigbehandlede pasienter. Det er grunn til å anta at disse forskjellene i kommunale tjenestetilbud til en viss grad vil bestå i årene som kommer, avhengig av i hvor stor grad kommunene er i stand til å oppfylle krav fra myndighetene om forsvarlige og likeverdige tjenester.

Habiliteringstjenestene har en lovpålagt oppgave med å vurdere rettssikkerhet og bruk av alternative tiltak når det fattes kommunale vedtak om bruk av tvang og makt overfor enkelte utviklingshemmede personer (*Lov om sosiale tjenester kap. 4 A 1999*). Et landsomfattende tilsyn i 2005 viste at det utøves tvang og makt uten at det er fattet nødvendige vedtak, og at det også er omfattende underrapportering av vedtak som er fattet. Dette kan i fremtiden føre til økt etterspørsel etter rådgivningstjenester fra voksenhabiliteringstjenesten.

3.4 Befolkningsutvikling og sykdomsforekomst

SSB's framskrivninger av befolkningsutviklingen i Helseregion Vest viser at veksten her, som i resten av landet, blir størst fra 2010 til 2020. Innbyggertallet i regionen framskrevet etter middels nasjonal vekst vil øke med ca 11 % og vil være nær 1,1 mill. i 2020 mot 948 500 i 2005. Forskjellene er store innad i regionen. Veksten blir størst i den sørligste delen, og det er her den største økningen i antall eldre kommer. Men det er allikevel den nordlige delen av regionen som kommer til å ha den høyeste andel personer over 65 år.

Bosettingsmønsteret har i mange tiår vært preget av en forskyvning som innebærer at unge mennesker har flyttet til urbane strøk og at det i hovedsak er eldre mennesker som har blitt boende i distriktene. Denne trenden forsterkes fram mot 2020.

Habilitering

Behov for habiliteringstjenester hos personer under 18 år er beregnet ut fra empiriske tall for forekomst av ulike sykdommer og funksjonsnedsettelse (Statens Helsetilsyn, 1998) og anslås å være til stede hos ca 2 – 2,5 % av barne- og ungdomspopulasjonen. For voksne antas behovet å være til stede hos ca 1 % av populasjonen over 18 år. Dette tallet er usikkert fordi det ikke foreligger empiriske tall om forekomst på samme måte som for barn, og fordi det er forskjell på målgruppene som gjenfinnes i henholdsvis barnehabiliteringstjenestene og voksenhabiliteringstjenestene. Behovet for spesialiserte habiliteringstjenester i voksen alder hos barn med medfødte funksjonsnedsettelse må ses i sammenheng med at disse personene også får tjenester fra kommunene, opptreningsinstitusjoner, rehabiliteringsavdelinger og andre somatiske avdelinger i spesialisthelsetjenesten.

Med de befolkningsframskrivninger vi har i dag, vil det være en meget liten økning i antall barn med hjelpebehov i de kommende år. Levealderen for personer med funksjonshemninger

og personer med utviklingshemning øker mer enn for andre grupper i samfunnet og vil påvirke behovet for tjenester til voksne.

De senere år har det kommet nye utfordringer i forbindelse med livsstilsrelaterte helseproblemer for utviklingshemmede. Forskning viser at forekomst av somatisk, nevrologisk og psykiatrisk sykdom også er større hos utviklingshemmede enn hos befolkningen ellers.

Rehabilitering

I takt med endringene i befolkningssammensetningen kommer vanlige sykdommer som særlig rammer eldre (for eksempel hjertesvikt, diabetes, kreft, slag, lårhalsbrudd og lungesykdommer) til å øke sterkt, særlig etter 2010. Av samme grunn kommer flere til å leve med langvarige sykdommer og kroniske lidelser, noe som kan føre til øket behov for rehabiliteringstjenester og lærings- og mestringstilbud.

Det er vanskelig å beregne rehabiliteringsbehovet i en befolkning. Beregninger utført av WHO indikerer at det i 2020 vil bli ca 1500 flere personer med behov for rehabilitering.

I Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering (2004-2007) har faget definert sine viktigste målgrupper som pasienter med hjerneslag, traumatiske hjerneskader, ryggmargskader, amputasjoner, multitraume, hjertesykdommer, lungesykdommer, multippel sklerose og muskel/skjelettplager. Ut fra erfaringstall fra Spesialsykehuset for rehabilitering (Stavern) vil det antatte behovet for døgnbasert spesialisert rehabilitering være 30 plasser for en befolkning på 100.000 (jfr Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering). Tabell 1 viser hvordan de 30 plassene fordeler seg på ulike sykdomsgrupper.

	Plasser
Slag	8
Amputasjoner	3
Multitraume	1
Komplisert ortopedisk rehabilitering (særlig bruddskader)	2
Hodeskader	2
Progresierende nevrologiske lidelser	6
Kreft	3
Diverse	5
I alt	30

Tabell 1. Behov for døgnbasert spesialisert rehabilitering for en befolkning på 100.000

3.5 Faglige utviklingstrekk

Habilitering

Spastisitetsbehandling med Botoxinjeksjoner og intratekal Baklofenbehandling er tilgjengelig for barn med Cerebral parese over hele landet. Disse behandlingsformene kombineres med databaserte bevegelsesanalyser. Dette gir bedre tilpasning og økt bruk av gåhjelpemidler. Pustehjelpemidler tas også stadig mer aktivt i bruk til muskelsyke barn og unge. Gentester og bredere undersøkelser av muskelbiopsier gir mer presise diagnoser for en del av de sjeldne muskelsykdommene. Andre områder hvor det forventes stor utvikling er; spise- og ernæringsvansker og kognitiv rehabilitering med utprøving av pc-baserte treningsprogram.

Det har vært betydelig utvikling på feltet Autisme/sosialspekterforstyrrelse. Ny forskning viser at tidlig intervensjon (< 6 år), ved bruk av atferdsanalytisk metodikk, kan øke barnets funksjonsevne og redusere feilutvikling.

Rehabilitering

Bedre behandlingsmetoder fører til at flere overlever med skadene sine, og det fører igjen til at det blir økt behov for rehabilitering og lærings- og mestringstilbud. Utviklingen får også konsekvenser for hvor og hvordan tjenester blir gitt. Flere tjenester kan gis i primærhelsetjenesten, mens andre tjenester krever spesialkompetanse og fører til sentralisering.

Faglige utviklingstrekk viser at tidlig intervensjon av rehabiliteringstiltak etter akutte hendelser sammen med intensiv trening vil være viktige faktorer i den fremtidige spesialiserte rehabiliteringstjeneste for en rekke pasientgrupper. Det er grunn til å anta at spesialiserte rehabiliteringstiltak i større grad vil bli organisert som ambulante tilbud, gruppebaserte dagtilbud og tverrfaglige polikliniske konsultasjoner. Både nasjonalt og internasjonalt er det økt fokus på betydningen av sammenhengende behandlingsskjeder.

Nye medisiner mot inflammatorisk leddsykdom vil medføre at man sjeldnere enn før ser pasienter med de største gradene av leddødeleggelse. Antall pasienter med artrose i vektbærende ledd vil øke med økende andel eldre i befolkningen, og det vil bli et økt behov for behandlingsplasser for denne pasientgruppen.

4. STATUSBESKRIVELSE OG -VURDERING

For å beskrive tjenestetilbudene i helseregionen er det gjort en kartlegging av den overordnede organiseringen av tjenestene, personell, kompetanse, driftsformer og aktivitet, samarbeid og samhandling, kvalitetsarbeid, forskning og faglig utvikling. Statusbeskrivelsen inkluderer også en vurdering av status.

4.1 Habilitering

4.1.1 Barnehabiliteringstjenestene

Overordnet organisering

I alle fire helseforetakene er barnehabiliteringstjenester organisert som en del av den somatiske virksomheten. I to av foretakene er tjenestene organisert i samme klinikk som pediatri, i ett foretak i medisinsk klinikk og i ett foretak i rehabiliteringsklinikken.

Alle foretak utfører polikliniske konsultasjoner, ambulante tilbud i barnets nærmiljø og tilbyr kurs/undervisning. Dagopphold gis i Helse Bergen og Helse Stavanger. Ingen av foretakene har døgnplasser, men Helse Bergen benytter pasienthotell til noen pasienter som får døgnbehandling.

Personell og kompetanse

I samtlige foretak er det et bredt spekter av fagprofesjoner, mange har spesialkompetanse innen sitt fagfelt knyttet til barn og flere har relevant tilleggskompetanse. Det er få legeressurser med unntak av i Helse Stavanger.

Legenes oppgaver er i hovedsak diagnostikk og medisinsk utredning samt behandling med medikamenter mot spastisitet, søvnvansker, epilepsi. Det er variasjoner mellom foretakene når det gjelder å definere pasientansvarlig lege for pasientene.

Driftsformer og aktivitet

Det er variasjoner mellom foretakene i driftsprofil. I Helse Førde og i Helse Fonna utgjør ambulante tjenester den største andelen, mens det i Helse Bergen og Helse Stavanger er dagopphold og polikliniske konsultasjoner som utgjør den største andelen. På grunn av de store ulikhetene i registrering av aktivitetsdata, har det ikke vært mulig å hente ut de samme variablene fra de pasientadministrative systemene i samtlige foretak.

Tabell 2 viser nøkkeltall fra 2004 for barnehabiliteringstjenestene i foretakene.

Tjenester Foretak	Døgn- opphold (pasient- hotell)	Dag- opphold	Polikliniske konsultasjoner med takst	Ambulante konsultasjoner uten takst	Antall kurs/ undervisning	Antall pasienter/ pårørende/ helsepersonell som har deltatt på kurs / undervisning
Helse Førde		0	109	*	*	*
Helse Bergen	66	372	428	239	*	*
Helse Fonna		0	152	590	69 **	201 pasienter og 1121 fagpersoner
Helse Stavanger		160	594	* (ca 600)	53	1100 personer

Tabell 2. Nøkkeltall fra 2004 for barnehabiliteringstjenestene i foretakene

* Kan ikke hentes ut fra PA-Systemet

** Både voksen- og barnehabiliteringstjenesten

Tjenestene gis i all hovedsak som individuelle tilbud, men noen pasientgrupper får også gruppevisse trenings- og undervisningstilbud. Barn med utviklingshemning og svikt i bevegelsesfunksjoner er de to største målgruppene ved alle tjenestestedene.

Barn med autisme inngår i målgruppen til barnehabiliteringstjenestene med unntak av i Helse Bergen hvor dette tilbudet gis fra BUP. Habiliteringstjenesten i Helse Førde gir ikke tilbud til barn og ungdom med ADHD, Tourette og Aspergers syndrom, da de anser dette å være sykdommer hos personer med normalt evnenivå og hvor det er behov for annen kompetanse og andre tilbud enn det habiliteringstjenesten har prioritert. Disse får tilbud fra BUP i foretaket. I noen foretak kan det for ungdommer med ADHD-diagnose være uklart hvilket fagområde som skal ha ansvar for disse.

Ungdommer med utviklingshemning kombinert med psykiatriske problemstillinger og utageringsproblematikk er en gruppe som det i dag ikke er bygd opp tilstrekkelig tilrettelagte tilbud for ved noen foretak.

Barnehabiliteringstjenestene mottar sjelden henvisninger på barn med kroniske somatiske sykdommer som eks. astma, diabetes, kreft og hjertesykdom som har behov for spesialiserte habiliteringstjenester. Det er heller ikke bygd opp spesielle tilbud til disse gruppene.

Samhandling og faglig utvikling

I samtlige foretak har barnehabiliteringstjenesten flere interne samarbeidsparter og samhandlingsarenaer som barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, barneavdeling, ernæringsfysiolog og voksenhabilitering, ortopedi og urologi. Samtlige foretak har etablerte samarbeidsformer med nasjonale kompetansesentra og spesialtjenester for enkelte pasientgrupper.

Fagfeltet preges av lite akademisk aktivitet og lite kontakt med forskningsmiljø, men har flere faglige utviklingsprosjekter både i det enkelte foretak og som felles aktivitet for samtlige foretak i regionen.

Det finnes et landsomfattende fagnettverk for barnehabiliteringstjenester hvor samtlige foretak deltar på møter og faglige konferanser. Det nasjonale nettverket har arbeidet med å

utvikle kvalitetsindikatorer for fagfeltet, men ingen av indikatorene er ferdig utviklet eller tatt i bruk på landsbasis.

4.1.2 Voksenhabiliteringstjenestene

Overordnet organisering

I Helse Bergen og Helse Stavanger er voksenhabiliteringstjenestene organisert i rehabiliteringsklinikker, i Helse Fonna som en seksjon i medisinsk klinikk og i Helse Førde som en del av psykiatrisk klinikk.

Samtlige foretak gir ambulante tilbud i pasientens nærmiljø, kurs/ undervisning, pasientopplæring og enkelte polikliniske konsultasjoner. Helse Stavanger og Helse Førde gir også tilbud om dagopphold. Helse Bergen har døgnenhet med 2 døgnplasser som brukes til korttidsopphold for utredning og utprøving av tiltak.

Personell og kompetanse

I samtlige foretak er det en relativt stor andel ansatte som har videreutdanning på universitetsnivå og mange har relevant tilleggskompetanse. Helse Fonna og Helse Stavanger har noe smalere spekter av fagprofesjoner enn de øvrige foretakene og noe lavere bemanning i relasjon til folketallet i sitt bostedsområde. Voksenhabiliteringstjenestene har svært få lege-, fysioterapeut- og ergoterapeutressurser.

Legenes oppgaver er i hovedsak vurdering av henvisninger, polikliniske og ambulante konsultasjoner og medisinskfaglige råd og veiledning til øvrige medarbeidere. På grunn av små legeressurser er det ikke mulig for samtlige foretak å definere pasientansvarlig lege til pasientene.

Driftsformer og aktivitet

Det er variasjoner mellom foretakene i driftsprofil. Ambulante tjenester utgjør den største andelen av tjenester i alle foretak. Poliklinikk og dagbehandling er mindre vanlig i Helse Førde, Helse Bergen og Helse Fonna, mens Helse Stavanger har større andel polikliniske konsultasjoner. I Helse Førde og Helse Bergen blir alle pasientene registrert med ICD-10 kode i det pasientadministrative systemet, i Helse Stavanger og Helse Fonna er ikke dette gjennomført for alle pasienter. På grunn av de store ulikhetene i registrering av aktivitetsdata, har det ikke vært mulig å hente ut de samme variablene fra de pasientadministrative systemene i samtlige foretak.

Tabell 3 viser nøkkeltall for voksenhabiliteringstjenesten i foretakene i 2004.

Tjenester Foretak	Dag- opphold	Polikliniske kons. med takst	Ambulante kons. uten takst	Antall kurs / undervisn.	Antall pasienter/ pårørende/ fagpersoner som har deltatt på kurs / undervisn.	Henvisn. LOST kap 4 A	Ligge- døgn
Helse Førde	34	*	1744	25	900 personer	19	-
Helse Bergen	0	(10) Er uten takst	1128	48	49 pas. og 974 fagpers.	45	524
Helse Fonna	0	8	321	69 **	*	8	-
Helse Stavanger	51	129	887	19	* 64 undervisn. dager	39	-

Tabell 3. Nøkkeltall fra 2004 for voksenhabiliteringstjenestene i foretakene

* Kan ikke hentes ut fra PA-Systemet

** Både voksen- og barnehabiliteringstjenesten

Tjenestene gis i all hovedsak som individuelle tilbud enten som ambulant besøk i pasientens nærmiljø i samarbeid med primærhelsetjenesten eller som poliklinisk konsultasjon. Noen pasientgrupper får også gruppevis undervisningstilbud. Funksjonsnedsettelse i form av utviklingshemning med ulike følgetilstander/helseproblemer som epilepsi, somatiske tilleggsvansker, utfordrende atferd, tilpasningsvansker og psykiatriske tilleggsdiagnoser utgjør mellom 75-100 % av pasientene i samtlige foretak.

Flere av foretakene har uklare rutiner i forhold til tilbudet til personer med Aspergers syndrom og til voksne med ADHD-diagnose.

Det er ikke bygd opp tilpasset tilbud til voksne med Cerebral parese uten kognitiv svikt og voksne med ryggmargsbrokk. Ny kunnskap på området viser at disse ofte har senskader som medfører at de trenger tilrettelagte tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Samhandling og faglig utvikling

De vanligste samarbeidspartene internt for voksenhabiliteringstjenesten er rehabiliteringsavdeling, psykiatrisk klinikk, geriatrisk avdeling og barnehabiliteringstjenesten. Den ambulante arbeidsformen gjør at det er utstrakt samarbeid med primærhelsetjeneste og kommunale etater.

Rutiner for kvalitetssikring og revisjon av faglig praksis varierer mellom foretakene. Det er ingen av foretakene som registrerer behandlingsresultat i lokale kvalitetsregistre og det finnes ingen nasjonale kvalitetsregistre innen fagfeltet.

Det er etablert et landsomfattende nettverk for voksenhabiliteringstjenestene. Alle helseregionene i landet er her representert i et arbeidsutvalg. Arbeidsutvalget fokuserer blant annet på å utvikle kvalitetsindikatorer for feltet og operasjonalisere prioriteringsforskriften til habiliteringstjenestene.

4.2 Rehabilitering

Overordnet organisering

Organiseringen av rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten er relativt uoversiktlig. I Helse Stavanger og Helse Førde er avdelinger som gir rehabiliteringstjenester samlet i én

klinikk med felles ledelse. I de øvrige helseforetakene er tjenesteytende avdelinger fordelt på flere klinikker. Rehabiliteringstjenester gis på avdelinger øremerket rehabilitering, på ordinære sengeavdelinger og i private sykehus. En av opptreningsinstitusjonene i regionen tilbyr også spesialisert rehabilitering. Tjenestene gis på ulike omsorgsnivå.

Personell og kompetanse

Fokus på intensiv rehabilitering har ført til økt behov for terapeuter på ettermiddags- og kveldstid og flere stillinger innen øvrige faggrupper. Dessuten har betydningen av helsepedagogiske virkemidler medført økt behov for denne type personell.

Foretakene sliter med å rekruttere spesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Rekrutteringsproblemene på legesiden sammen med mangel på akademiske stillinger innen fagfeltet har medført lav forskningsaktivitet, samtidig som behovet for forskningsbasert kunnskap innenfor rehabiliteringsfeltet er stort.

Aktivitet

Rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten

Tabell 4 viser hvilke spesialiserte rehabiliteringstilbud (vanlig og kompleks rehabilitering) som gis i de ulike foretakene fordelt på de ulike enhetene/avdelinger. Tabellen viser også hvilke hendelser som utløser rehabiliteringsbehov, sykdomsgrupper og hva tilbudet til pasientene består av.

Foretak/enheter	Hendelser som utløser rehabiliteringsbehov	Sykdomsgrupper	Hva består tilbudet av
Helse Bergen Spinalenhet	Akutte traumer/sykdom Sekundær rehabilitering	Ryggmargsskade/ ryggmargssykdom	Kompleks rehabilitering: - Etablere tilfredsstillende kroppsfunksjoner - Pleie - Fysikalsk opptrening - Tilrettelegging av ADL - Mestre livssituasjonen - Kontroll og livslang oppfølging (rekke sekundærtiltak)
Helse Førde Helse Bergen Helse Stavanger Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering	Akutt sykdom/skade eller kronisk sykdom som medfører funksjonstap	Multitraumer Nevrologiske lidelser Amputasjoner (Førde) Hodeskader Andre	Kompleks rehabilitering: - Pleie - Fysikalsk opptrening - Tilrettelegging av ADL - Pedagogiske tjenester - Mestre livssituasjonen - Ambulant tilrettelegging ved utskrivning (kun Helse Stavanger) - Poliklinisk kontroll og oppfølging
	Kroniske smerter Belastningslidelser muskel/skjelett	Flere	Rygg/Nakkepoliklinikk Skulderpoliklinikk
Helse Bergen Helse Stavanger Andre øremerkede sengeressurser innen rehabilitering	Akutt sykdom/skade eller kronisk sykdom som medfører funksjonstap Ortopediske inngrep	Amputasjon Ortopediske lidelser Hjerneslag Geriatriske problemstillinger Andre	Vanlig rehabilitering: - Pleie - Fysikalsk opptrening - Tilrettelegging av ADL - Pedagogiske tjenester - Mestre livssituasjonen - Ambulant tilrettelegging ved utskrivning (geriatri) - Poliklinisk kontroll og oppfølging
Helse Fonna Helse Førde Helse Bergen (Voss) Ambulant rehabilitering	Ulike stadier i et rehabiliteringsforløp	Flere	Vanlig rehabilitering: - Ambulerende virksomhet i sykehusavdelinger - Ambulant tilrettelegging ved utskrivning og oppfølging i hjemmet - Oppfølging av kronikere - Kurs for primærhelsetjenesten
Alle helseforetak Ordinær avdeling	Akutt sykdom/skade eller kronisk sykdom som medfører funksjonstap Ortopediske inngrep	Kronisk sykdom Hjertesykdom Lungesykdom Kreftsykdom Ortopediske lidelser Betennelsesaktige revmatiske lidelser	Vanlig rehabilitering: - Pleie - Fysikalsk opptrening - Tilrettelegging av ADL - Tverrfaglig tilrettelegging med hensyn til hjemmesituasjonen - Veiledning i livsstilsendring - Gruppebaserte kurs i læring og mestring
Private sykehus	Akutt sykdom/skade eller kronisk sykdom som medfører funksjonstap	Hjerneslag Betennelsesaktige revmatiske lidelser	Vanlig og kompleks rehabilitering: - Pleie - Fysikalsk opptrening - Tilrettelegging av ADL - Pedagogiske tjenester - Mestre livssituasjonen - Ambulant tilrettelegging ved utskrivning (geriatri) - Poliklinisk kontroll og oppfølging - Gruppebaserte kurs

Tabell 4. Oversikt over tilbud innen spesialisert rehabilitering i Helse Vest

Videre er det få opphold ved ordinære sengeavdelinger som er kodet som øvrige rehabiliteringstiltak. Rehabilitering etter hjertesykdom dominerer her som hoveddiagnose, mens uspesifisert rehabiliteringstiltak utgjør en stor andel av bidiagnosene.

Helseregion Vest har lavere forbruksrate av opptreningsplasser enn landet for øvrig. En viktig årsak til dette er at Rogaland ikke har hatt egne opptreningsinstitusjoner og at fylket i liten grad benytter opptreningstilbud som finnes ellers i landet.

Av opptreningsinstitusjonene er det kun Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter som tilbyr spesialisert rehabilitering (58 % av oppholdene). De øvrige opptreningsinstitusjonene tilbyr i hovedsak fysikalsk opptrening.

Opptreningstilbudet i helseregionen ble vurdert av en arbeidsgruppe i 2005. Gruppen foreslo nye og forsterkede tilbud og minimumskrav til kompetanse. Dette vil gi et godt opptrenings- og rehabiliteringstilbud på lavest mulig omsorgsnivå til personer som har hatt kirurgiske inngrep, personer med kroniske sykdommer og eldre mennesker som trenger et tilbud.

Alle helseforetak har lærings- og mestringssenter. Det er ingen store forskjeller mellom foretakene på hvilke tilbud som gis. Tilbud til pasienter med kroniske lidelser dominerer.

Dimensjonering av tjenestetilbud

Ifølge Generalplan for Fysikalsk medisin og rehabilitering er det antatte behov for døgnbasert spesialisert rehabilitering 30 senger pr 100 000 innbyggere. Ut fra befolkningsmengden i Helse Vest 2006 tilsvarer dette 286 senger øremerket rehabilitering. I 2005 hadde Helse Vest 170 slike senger. I tillegg kommer senger som har blitt benyttet til spesialisert rehabilitering på ordinære sengeavdelinger, private sykehus og opptreningsinstitusjoner. I 2004 utgjorde dette 82 senger². I dette tallet inngår også senger til rehabilitering av revmatologiske pasienter.

Fordelingen av senger til spesialisert rehabilitering (anbefalt antall senger, senger øremerket rehabilitering og senger benyttet til spesialisert rehabilitering) mellom de ulike foretakene vises i tabell 5.

² Tall fra opptreningsinstitusjon er fra 2005.

Antall senger spesialisert rehabilitering	Helse Vest Totalt	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Førde	Helse Stavanger
Anbefalt antall senger 2006	286	115	49	32	90
Spesialisert rehabilitering i offentlige sykehus					
Antall senger Spinalenhet	12	12	-	-	-
Antall senger avdeling for fysikalsk medisin	55	32	0	11	12
Antall øvrige senger øremerket rehabilitering	103	18 ³	0	0	85
Antall senger som har vært benyttet til spesialisert rehabilitering i ordinære sengeavdelinger	26	11	1	14	0
Spesialisert rehabilitering i private sykehus					
Antall senger som har vært benyttet til spesialisert rehabilitering ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus	18	-	18	-	-
Antall senger som har vært benyttet til spesialisert rehabilitering ved Haraldsplass Diakonale Sykehus	14	14	-	-	-
Spesialisert rehabilitering i opptreningsinstitusjoner					
Antall senger som har vært benyttet til spesialisert rehabilitering ved Hauglandsenteret.	24 ⁴	-	-	24	-
Sum senger som har vært benyttet til spesialisert rehabilitering					
	252	87	19	49	97

Tabell 5. Fordeling av senger til spesialisert rehabilitering (anbefalt antall senger, senger øremerket rehabilitering og senger benyttet til spesialisert rehabilitering)

Tabellen viser at det er geografiske forskjeller i dimensjonering av tjenestetilbudet. Helse Fonna ikke har senger øremerket rehabilitering mens Helse Stavanger har flere senger enn den anbefalte dimensjonering i generalplanen.

Bakgrunns materialet viser at ca 70 % av pasientene i senger øremerket rehabilitering i Helse Bergen kommer fra eget bostedsområde. I Helse Førde gjelder dette flesteparten av pasientene. En stor andel av pasientene i Helse Stavanger kommer fra eget bostedsområde. Unntaket er AFMR der ca 25 % av pasientene kommer fra Helse Fonna.

Til sammen i foretakene har 26 senger vært benyttet til spesialisert rehabilitering på ordinære sengeavdelinger. En stor andel av disse sengene er tilknyttet revmatologiske avdelinger⁵.

³ Disse sengene ble øremerket rehabilitering i 2005.

⁴ Gjennomsnittlig liggetid er her beregnet til 21 dager pr opphold.

⁵ Forskjeller mellom foretakene kan skyldes ulik kodepraksis.

I 2004 har 32 senger vært benyttet til spesialisert rehabilitering på private sykehus. Bakgrunnsmateriale viser at over 50 % av pasientene ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus kom fra bostedsområdet til Helse Fonna, mens over 40 % kom fra Helse Stavanger. Over 90 % av pasientene som fikk et rehabiliteringstilbud fra Haraldsplass Diakonale Sykehus kom fra Helse Bergen sitt opptaksområde, mens de resterende kom fra Helse Fonna og Helse Førde.

24 senger ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter har vært benyttet til spesialisert rehabilitering. Pasientene her kommer fra Hordaland og Sogn og Fjordane. Det er få pasienter fra Rogaland.

Innholdet i tjenestetilbudet

Det er geografiske forskjeller i tjenestetilbudet innad i regionen. Tilbudet i Helse Stavanger skiller seg ut fra de andre foretakene ved svært lav andel kompleks rehabilitering og svært få opphold i ordinære sengeavdelinger. Dette skyldes et høyt antall rehabiliteringssenger.

Eldre pasienter med slag får tilbud om kompleks rehabilitering ved Haraldsplass Diakonale Sykehus mens den samme pasientgruppen får tilbud om vanlig rehabilitering ved Avdeling for Nevrologisk rehabilitering i Helse Stavanger. Det er vanskelig å si sikkert om dette representerer reelle forskjeller i behandling eller kun forskjeller i kodepraksis.

Mangel på omforente retningslinjer kan føre til at innholdet i tjenestene varierer mellom de ulike tjenestestedene.

Pasientgrupper som ikke får et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud

En rekke pasientgrupper får ikke et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud. Dette gjelder både pasienter som trenger rehabilitering som følge av akutt sykdom eller skade og pasienter med kroniske og progredierende sykdommer som har rehabiliteringsbehov. Det er forskjeller mellom de ulike foretakene (se prosjektgruppens rapport). Som eksempler på pasientgrupper som ikke får et tilfredsstillende tilbud kan nevnes:

- Pasienter med kroniske og/eller progredierende nevrologiske sykdommer
- Pasienter med anoxisk hjerneskade som følge av hjertestans
- Pasienter med alvorlig astma og interstitielle lungesykdommer
- Kreftpasienter som trenger rehabilitering utenom palliativ behandling
- Pasienter med moderate/større hodeskader
- Pasienter med kroniske ryggsmarter
- Pasienter med slitasjesykdommer
- Pasienter med osteoporose
- Barn med diabetes, overvekt, epilepsi og barn som er utsatt for skader og ulykker som trenger opplæring, opptrening eller rehabilitering

Se også prosjektgruppens rapport for en mer detaljert beskrivelse.

Kodepraksis og identifisering av pasientgrupper

Det er ikke mulig å identifisere hvilken sykdom eller skade som ligger til grunn for rehabiliteringsbehovene hos den enkelte pasient. Dette skyldes manglende systematikk i koding av bidiagnoser. Det synes å være liten interesse/kultur for slik koding i denne sektoren. Således er det ikke mulig å finne ut hvor stor andel av pasienter med antatte rehabiliteringsbehov som faktisk får nødvendige tjenester og hvor mange som ikke får det.

Dette vanskeliggjør arbeid med dimensjonering og planlegging av tjenesten fordi behovet for rehabilitering vanligvis knyttes til etablerte diagnoser eller diagnosegrupper.

En manuell gjennomgang har vist at flertallet av heldøgnspatientene som får spesialisert rehabilitering har hatt akutt skade eller sykdom. Kronikere utgjør flertallet av de som får dagopphold, polikliniske konsultasjoner, ambulante tjenester eller opphold på opptreningsinstitusjoner. Nevrologiske lidelser dominerer på avdelingene for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Samhandling

Avdelingene som er øremerket rehabilitering har et utstrakt samarbeid med andre kliniske sykehusavdelinger samt eksterne institusjoner. Spesielt ved rehabilitering av unge personer som skal tilbake til arbeidsliv eller skole er antall samarbeidsaktører høyt.

Det er et utrakt samarbeid omkring den enkelte pasient, men det er i liten grad etablerte arenaer for samarbeid på systemnivå.

Forskning og kvalitet

Forskningsaktiviteten er lav i samtlige helseforetak. Dette skyldes trolig lav andel av akademiske stillinger.

Samtlige rehabiliteringsenheter har rutiner og prosedyrer for deler av den faglige aktiviteten. Faglig praksis blir evaluert i faste møter og er først og fremst knyttet til mål og tiltak for den enkelte pasient. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Bergen har en egen FOU enhet knyttet til undervisning, forskning og kvalitetsarbeid. Enkelte avdelinger gjennomfører undersøkelser om brukertilfredshet. Kun Spinalenheten bidrar med data til et ryggmargskaderegister som er felles for Norge, Sverige og Island.

5. FORSLAG TIL TILTAK OG VIRKEMIDLER

Tiltakene bygger på en vurdering av status og fremtidige behov for spesialisert habiliterings- og rehabiliteringstjenester i Helseregion Vest. Tiltakene er delt inn i følgende hovedområder:

- Overordnet organisering
- Rett dimensjonering og omsorgsnivå
- Tilbudet til pasienter
- Personell og kompetanse
- Dokumentasjon og registrering av aktivitet
- Forskning
- Kvalitetsarbeid
- Brukermedvirkning
- Faglig samordning
- Samhandling mellom nivå og aktører
- Finansiering

5.1 Overordnet organisering

Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene er ulikt organisert i foretakene. For å sikre en god styring av tjenestene, effektiv ressursutnyttelse og samhandling mellom ulike tjenestetilbud bør enheter som gir spesialisert habilitering og rehabilitering samles i én klinikk med felles klinikkledelse. Organisering i klinikken må gjenspeile både habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.

Det vil være hensiktsmessig å samle habiliterings- og rehabiliteringsenhetene geografisk, og gjerne i en felles bygning. Dersom dette ikke er mulig bør det være en stedlig ledelse under klinikkledelsen.

Lærings- og mestringscenterene er et foretaksovergripende pedagogisk tilbud som skal ivareta pasienters behov for opplæring uavhengig av hvor de har fått primærbehandlingen. Lærings- og mestringscenterene har i liten grad egne fagpersoner og intensjonen er å bruke personell fra ulike fagområder og profesjoner for å planlegge, gjennomføre og evaluere ulike opplæringstiltak. Det vil derfor være hensiktsmessig at lærings- og mestringscenterene er organisatorisk tilknyttet foretaksledelsen⁶.

Tilrådsninger:

- Helseforetakene bør vurdere om de spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal samles i én klinikk.
- Helseforetakene bør vurdere om lærings- og mestringscenterene skal være organisatorisk tilknyttet foretaksledelsen.

⁶ Et av medlemmene i rehabiliteringsgruppen mener at det kan være naturlig å organisere lærings- og mestringscenter og rehabiliteringsvirksomhet i samme klinikk. Dette ut fra at både lærings- og mestringscenteret og rehabilitering har felles ideologi og fokus på mestring, deltakelse og brukermedvirkning. Målgruppen for tiltakene er ofte den samme: Mennesker med funksjonsnedsettelse. Representant for de tillitsvalgte mener at endringer i organisasjonen ikke bør vurderes for dette er dokumentert.

5.2 Rett dimensjonering og omsorgsnivå

LEON prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) bør legges til grunn for valg av omsorgsnivå.

Rehabiliteringstilbud i alle foretak

Alle foretak bør ha et tilbud om spesialisert rehabilitering.

Døgntilbud

Den forventede økning i antall eldre vil medføre økt behov for spesialisert rehabilitering. For å imøtekomme denne økningen bør antall døgnplasser være i tråd med anbefalingen i Generalplan for Fysikalsk medisin og rehabilitering (30 senger pr 100.000 innbyggere). Ut fra dette anslaget vil det i Helse Vest være behov for 286 senger øremerket rehabilitering i 2006.

Det totale antall senger hvor det ble gitt spesialisert rehabilitering i 2004/2005 utgjorde 252. Dette tilbudet ble gitt på avdelinger øremerket rehabilitering, ordinære sengeavdelinger, i private sykehus og i opptreningsinstitusjon. Av de 252 sengene var 170 senger øremerket spesialisert rehabilitering.

Behovet for rehabiliteringssenger i det enkelte foretak er avhenging av befolkningsmengde i bostedsområde og om pasientene skal få et døgntilbud i eget foretak. Dersom foretakene skal være selvforsynt med spesialiserte øremerkede rehabiliteringssenger betyr dette at Helse Bergen i fremtiden trenger ca 50 flere sengeplasser øremerket spesialisert rehabilitering, Helse Fonna ca 50 nye, og Helse Førde ca 20 flere. Helse Stavanger har allerede i overkant av det anbefalte antall senger.

En økning i senger kan skje på flere måter. Det kan etableres nye senger. Eksisterende senger kan omgjøres til rehabiliteringssenger. Noen av pasientgruppene som omfattes av generalplanens dimensjonering kan få tilbud i opptreningsinstitusjoner dersom disse blir oppgradert og tilstrekkelig bemannet (se rapport om opptreningsinstitusjoner). Et annet tilbud til pasienter som trenger spesialisert rehabilitering kan være et samarbeid med kommunehelsetjenesten om "halvannenlinje tjeneste", samt økt omfang av ambulante tjenester. Tjenester i nærområdet er spesielt nyttig for eldre pasienter som da får større grad av selvstendighet etter rehabiliteringsopphold.

Det enkelte helseforetak må selv finne riktig den løsning som passer best ut fra geografi, befolkningssammensetning og lokale forhold.

Ambulant virksomhet

Spesialisthelsetjenesten bør ha ambulante rehabiliteringsteam med spisskompetanse som kan yte tjenester som ikke kan forventes å finnes lokalt. Dette gjelder særlig sjeldne diagnosegrupper, men også ved spesielle sammensatte problemstillinger hvor spesialisthelsetjenesten har den nødvendige spisskompetanse. Ambulante team bør ha ansvar for å bidra til kompetanseoppbygging i kommunene gjennom kursing og veiledning.

Tverrfaglig poliklinikk

Pasienter med sammensatte problemstillinger bør få et tverrfaglig poliklinisk tilbud. Dette gir både en effektiv ressursutnyttelse ved at flere tilser pasienten under samme konsultasjon og et bedre kvalitativt tilbud til pasienten ved at tiltakene bygger på en tverrfaglig vurdering.

Gruppetilbud som dagbehandling

Dagbehandling i grupper har for enkelte pasientgrupper vist seg å ha flere positive elementer i seg, både for pasient, pårørende og helsepersonell. Gruppetilbud som dagbehandling (f.eks. pasienter med slag, Parkinson eller kognitiv svikt) bør derfor styrkes i foretakene.

Finansieringssystemet bør endres slik at det stimulerer til ambulant virksomhet, tverrfaglig poliklinikk og gruppetilbud som dagbehandling.

Regionsfunksjoner

Utviklingshemmede med krevende utfordrende atferd

En gruppe som det i dag ikke er godt nok tilbud til, er personer med utviklingshemning og krevende utfordrende atferd. Døgntilbud for utredning samt tilpasning av tiltak overfor disse pasientene, mangler i dag på regionnivå. I den nasjonale rapporten om voksenhabiliteringstjenesten fra 2005 etterspør kommunene i Helseregion Vest også dette tilbudet. Det bør vurderes om døgnenheten ved voksenhabiliteringstjenesten i Helse Bergen skal tildeles regionale oppgaver overfor denne pasientgruppen.

Det er ingen oppdatert oversikt over hvilke habiliteringstilbud som gis fra nasjonale kompetansesentra i relasjon til hva som er tilgjengelig eller mulig å bygge opp i egen region. Utvikling av regionale tilbud kan være en sentral oppgave for evt. fagråd og faglige nettverk i Helse Vest (jf. pkt. 5.9).

Pasienter med behov for tidlig og kompleks rehabilitering etter hodeskade

Sosial- og helsedirektoratet anbefaler at det i hver helseregion etableres et tilbud for pasienter med behov for tidlig og kompleks rehabilitering etter hodeskade. I dag er det ikke et tilstrekkelig godt tilbud og flere pasienter sendes derfor ut av landet for behandlingstilbud. En slik enhet må ha tilgang til nevrokirurgisk kompetanse og ha erfaring fra kompleks rehabilitering. Pasientgruppen er liten og estimert behov for senger i Helseregion Vest er 6-8. Det anbefales at enheten legges til Haukeland Universitetssykehus.

Pasienter med utagerende atferd etter traumatisk hodeskade

Pr dags dato finnes det i regionen ikke et rehabiliteringstilbud til pasienter med utagerende atferd etter traumatisk hodeskade. Haukeland Universitetssykehus har planer om å etablere et tilbud med 5 senger for denne krevende pasientgruppen. Disse planene må utvikles til å bli et regionalt tilbud.

Tilrådsninger:

- Helseforetakene bør opprette øremerkede rehabiliteringssenger i tråd med anbefalingene i Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette kan enten gjøres ved å:
 - etablere nye senger
 - omgjøre akuttsenger til rehabiliteringssenger
 - øke antall opptreningsplasser med minimumskrav til fagkompetanse
 - inngå samarbeid med kommunehelsetjenesten om "1 ½ linje"- tjenestetilbud
- Helseforetakene bør opprettes ambulante rehabiliteringsteam
- Helseforetakene bør styrke det tverrfaglige poliklinikktilbudet
- Helseforetakene bør etablere flere tilbud innen dagbehandling
- Det regionale helseforetak bør vurdere om døgnenheten ved voksenhabiliteringen i Helse Bergen skal tildeles regionale oppgaver innen utredning og tilpasning av tiltak overfor personer med krevende og utfordrende atferd
- Det regionale helseforetak bør utrede muligheten for å bygge opp regional kompetanse til noen utvalgte pasientgrupper hvor det i dag kjøpes tjenester fra nasjonale kompetansesentra
- Det regionale helseforetaket bør opprette regionale senger i Helse Bergen for pasienter med behov for tidlig og kompleks rehabilitering etter alvorlig hodeskade
- Det regionale helseforetak bør opprette regionale senger i Helse Bergen for pasienter med utagerende atferd etter traumatisk hodeskade

5.3 Tilbudet til pasienter

Ungdommer med utviklingshemning kombinert med psykiatriske problemstillinger og utageringsproblematikk

Dette er en gruppe som mangler tilstrekkelig tilrettelagte tilbud ved flere foretak. Pasientgruppen har blitt mer synlig i årene etter HVPU-reformen og verken habiliteringstjenestene eller psykisk helsevern har tilrettelagte tilbud til denne gruppen. Opptrappingsplanen for psykisk helse stiller krav om at tilbudet må styrkes til alle som trenger psykiatrisk helsehjelp. Helseforetakene må ta dette med i planlegging av hvordan øremerkede midler fra opptrappingsplanen skal benyttes for disse pasientene.

Habiliteringstilbud ved overgang barn-voksen

I noen av foretakene er det ikke en klar oppgavefordeling mellom barne- og voksenhabilitering om hvem som gir tjenester til personer som er mellom 16 og 18 år. Dette kan føre til dårlig eller manglende tilbud for denne aldersgruppen. Det enkelte foretak anbefales å gå gjennom de eksisterende rutiner for de enkelte ungdomsgruppene for å sikre at alle får optimalt organiserte tilbud ved overgang fra barn til voksen.

Barnehabiliteringstjenestene har mange pasienter som regelmessig får tjenester gjennom oppveksten. Mange av disse har svikt i bevegelsesfunksjoner og trenger jevnlig og omfattende tilbud om intensiv trening. Etter barnealder er det ikke like lett å få tilgang til tjenester som oppleves som helt nødvendig for å opprettholde funksjonsnivå og mestringsevne. Det foreligger i dag ingen kjente data som beskriver hvor disse gruppene får tjenester, og om de

gis tjenester i tilstrekkelig omfang. Det enkelte foretak anbefales å gå gjennom de eksisterende rutiner for viderehenvisning av de enkelte ungdomsgruppene for å sikre at alle får optimalt organiserte habiliteringstilbud ved overgang fra barn til voksen.

Rehabilitering i den akutte fasen av sykdomsforløpet

For noen pasientgrupper vil tidlig oppstart av rehabiliteringstiltak gi bedre resultater m.h.t. funksjonsnivå og komplikasjonsrisiko. Personer med store skader og funksjonssvikt ville tjene på rehabiliteringstiltak allerede i den akutte fasen. Disse pasientene er i dag på intensivavdelinger eller kirurgiske og medisinske akuttavdelinger. For å sikre tidlig oppstart av rehabilitering allerede i akuttfasen bør det etableres standardiserte henvisnings- og tilsynsrutiner.

Rehabilitering når den akutte fasen er over

Pasienter som trenger rehabilitering etter akutt sykdom eller skade bør overføres egne rehabiliteringsenheter. Erfaringer fra blant annet slagenheter viser at overføring til rehabiliteringsenhet gir pasienten bedre funksjonsnivå og reduserer lengden på sykehusoppholdet. Det må derfor etableres raske overflyttingsrutiner fra akuttavdeling til rehabiliteringsavdeling.

Tilbud til blinde og svaksynte og døve og hørselshemmede

Statusbeskrivelsen har vist at rehabiliteringstilbudet til blinde og svaksynte og døve og hørselshemmede er minimalt i spesialisthelsetjenesten. Det regionale helseforetak bør nedsette arbeidsgrupper som får i mandat å komme med forslag til rutiner som sikrer et rehabiliteringstilbud til blinde og svaksynte og døve og hørselshemmede i regionen.

Tilbud til pasienter med kroniske lidelser

Det finnes pr i dag kronikergrupper som ikke har et tilstrekkelig rehabiliteringstilbud. Selv om antall døgnplasser til spesialisert rehabilitering økes, vil disse pasientene også kunne dra nytte av et tilbud på opptreningsinstitusjonene under forutsetning at kompetanse og pleiefaktor økes. Pasienter med revmatiske lidelser bør få et rehabiliteringstilbud i nær tilknytning til relevant spesialavdeling.

I dette prosjektet er ikke den samtlende kronikeromsorgen til store pasientgrupper gjennomgått. Med kronikeromsorg menes varig oppfølging fra kommunehelsetjeneste, kliniske avdelinger på sykehus og lærings- og mestringssenter. PricewaterhouseCoopers AS mener Helse Vest bør ta initiativ overfor Sosial- og helsedirektoratet for å få foretatt en nasjonal gjennomgang av tilbudet til de store kronikergruppene. Som eksempler på sykdomsgrupper kan nevnes hjertesyke, lungesyke, personer med diabetes og personer med muskel-skjelettlidelser. Målet med arbeidet må være at en større del av tjenestetilbudet kan gis der pasienten bor. Viktige virkemidler vil være å tilby kommunehelsetjenesten kompetanseheving, ta i bruk moderne informasjonsteknologi i pasientbehandling, utvikle standardisert informasjons- og undervisningsmateriell til pasienter, pårørende og helsepersonell, styrke likemannsarbeidet, gruppebaserte tilbud etc. For å få dette til kreves en annen tilnærming både hos spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og pasientgrupper enn tilfellet er i dag. Nyttige innspill i dette arbeidet kan hentes fra England og Danmark.

Tilrådsninger:

- Helseforetakene må sikre at utviklingshemmede personer med psykiatriske problemstillinger og utageringsproblematikk får et tilbud innen psykisk helsevern
- Helseforetakene bør lage omforente retningslinjer for hvem som skal gi habiliteringstilbud i aldersfasen 16- 18 år. Gjennomgangen må inkludere fagområdene rehabilitering, psykisk helsevern og nevrologi
- Helseforetakene bør etablere forutsigbare tilbud for ungdom/voksne som ikke lenger får tilbud gjennom barnehabiliteringstjenestene
- Helseforetakene bør etablere standardiserte henvisnings- og tilsynsrutiner for tidlig oppstart av rehabilitering i den akutte sykdomsfasen for relevante tilstander
- Helseforetakene bør etablere raske overflyttingsrutiner fra akuttavdeling til rehabiliteringsavdeling
- Det regionale helseforetak bør nedsette arbeidsgrupper som får i mandat å komme med forslag til rutiner som sikrer et rehabiliteringstilbud til blinde og svaksynte og døve og hørselshemmede i regionen
- Det regionale helseforetak bør ta initiativ overfor Sosial- og helsedirektoratet for å få foretatt en nasjonal gjennomgang av tilbudet til de store kronikergruppene

5.4 Personell og kompetanse

Bemanning i habiliteringstjenester

Habiliteringstjenester favner et bredt spekter av tiltak og trenger derfor personellgrupper med en bred kunnskap og spesialkompetanse. Det er ingen av foretakene som er helt uten sentral kompetanse, men voksenhabiliteringstjenesten i Helse Fonna og Helse Stavanger har et smalere spekter av fagprofesjoner enn det som er vanlig og også noe lavere bemanning i relasjon til befolkningsmengde i bostedsområdet til foretaket enn de andre foretakene.

Regionen har begrensede legeressurser i habiliteringstjenestene. Lege bør i større grad involveres både i ambulant virksomhet, informasjonsformidling, undervisning og samarbeid med primærhelsetjenesten. Det er også nødvendig, i større grad enn i dag, å oppfylle kravet om at pasienter som får tjenester fra spesialisthelsetjenesten har rett på å få en definert pasientansvarlig lege. Med unntak av de pasienter som legges inn i døgnetenheten ved voksenhabiliteringstjenesten i Helse Bergen, er det i varierende grad mulig å definere en behandlingsansvarlig lege eller pasientansvarlig lege.

Det foreligger i dag ingen omforent rekrutteringsstrategi for å sikre medisinsk faglige ressurser til habiliteringstjenestene. Den norske lægeforening tok i 2005 et initiativ til dette gjennom å foreslå at det bør foreligge formelle krav til kvalifikasjoner for leger som skal jobbe med habilitering. Det ble skissert subspesialisering fra henholdsvis pediatri og psykiatri/nevrologi/fysikalsk medisin og rehabilitering som mulige løsninger på dette. Dette er foreløpig ikke avklart.

Både Nordlandsforsknings kartlegging for Sosial- og helsedirektoratet i 2005 om voksenhabiliteringstjenester og de regionale helseforetakenes utredning "En plass lengre oppe ved bordet" 2004, beskriver at det er betydelig underkapasitet i tjenestene. Med tanke på økt behov for tjenester knyttet til befolkningsutvikling, spesielt blant eldre, vil det være behov for å oppbemanne habiliteringstjenestene noe i alle foretakene i løpet av de kommende år. Dette

må sees i sammenheng med behov for legeressurser og annen kompetanse for å dekke oppgavespekteret i framtida.

Beregninger som viser behov for fagstillinger i relasjon til befolkningsmengde er gjort i tidligere planprosesser i andre helseregioner. Omregnet til bemanningsfaktor gir dette en faktor på 0,8 fagårsverk pr 1000 barn og 0,26 fagårsverk pr 1000 voksne i foretakets bostedsområde. Denne beregningen synes noe høy. Behovet for økning i fagårsverk må også ses i sammenheng med at alle målgruppene i barnehabiliteringstjenesten ikke gjenfinnes i voksenhabiliteringen. Det foreslås derfor en bemanningsøkning basert på en målsetting om 0,4 fagårsverk pr 1 000 barn og 0,12 fagårsverk pr 1000 voksne fram mot 2015. Dersom man legger befolkningsmengden i 2006 til grunn for beregningene betyr det ca 60 nye årsverk til habiliteringstjenestene i denne perioden. Denne beregningen tar utgangspunkt i at det ikke skjer noen større endringer i forhold til målgrupper og oppgaver som skal ivaretas.

Ingen foretak har beskrivelse av behov for fagpersonell i habiliteringstjenestene basert på de tjenester som gis og omfang av behov for spesielle pasientgrupper. For å sikre at de enkelte virksomhetene har den bredde i fagkompetanse som behøves for å imøtekomme framtidige behov for tjenester må dette forholdet vurderes jevnlig. Det må være dokumenter som beskriver hvilke planer og tiltak som skal sikre nødvendig fagkompetanse.

Bemanning til spesialiserte rehabiliteringssenger

Normtall for nødvendig bemanning i avdelinger som gir spesialisert rehabilitering finnes ikke⁷. Prosjektgruppen for rehabilitering har derfor basert sine beregninger av bemanningsbehovet på kliniske erfaringer ved avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering.

Pasienter med størst rehabiliteringsbehov bør ha en pleiefaktor på 2 pr seng. Antall fysio- og ergoterapeuter anslås til 1 pr 4 senger. Enheter som gir rehabilitering til pasienter med noe mindre funksjonssvikt kan ha en noe lavere pleiefaktor (1,5 – 1,7 pr seng). Antall fysio- og ergoterapeuter vil måtte tilpasses typen funksjonssvikt.

I de fleste foretakene er det vanskelig å rekruttere spesialister og utdanningskandidater innen fysikalsk medisin- og rehabilitering og tilsvarende utdanningsstillinger. Et sterkere akademisk fundament antas å kunne styrke fagets utvikling ved å gjøre fagområdet mer kjent blant kommende helsepersonell og derved styrke legitimiteten i de medisinske miljøene. Videre vil en økt forskning kunne bidra til viktig faglig utvikling. Nye vitenskapelige hoved- og bistillinger samt generelle forskningsmidler vil være viktige elementer i opprustningen av det akademiske fundamentet for fysikalsk medisin og rehabilitering. Generalplanen for fysikalsk medisin og rehabilitering anslår behovet for spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering til 1 pr. 25 000 innbyggere, inkludert sengebasert og dagbasert, poliklinisk og administrativ virksomhet samt behov for forsknings- undervisnings- og fagutviklingsaktiviteter. I tillegg til spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering bør hver enhet ha tilgang til relevante medisinske spesialiteter for pasientene. Et nært faglig samarbeid med tilhørende spesialavdelinger vil legge til rette for bedret faglig forankring av rehabiliteringstjenesten samtidig som spesialavdelingene får innsikt i rehabiliteringstankegangen.

⁷ Følgende faggrupper bør være tilgjengelige i en rehabiliteringsavdeling: Legespesialist (fys.med., revmatologi, nevrologi, geriatri, pediatri), Fysioterapeut, Ergoterapeut, Sykeleier, Sosionom, Logoped, Ernæringsfysiolog, Psykolog/nevropsykolog, Synspedagog, Spesialpedagog, Idrettspedagog, Vernepleier, Aktivitør, Hjelpepleier, Prest

En viktig forutsetning for å realisere helsegevinst er at rehabilitering kan skje hele døgnet. Større treningsmengde pr. døgn gir økt ADL mestring, bedret fysisk funksjonsevne og økt fremgang av språk- og taleevne. Der bør legges til rette for fleksibilitet i sammensetningen av fagpersoner i rehabiliteringsavdelingene slik at man får en god utnyttelse av tilgjengelig kompetanse.

Avhengig av funksjonsbortfall hos pasientene trengs det logoped og (nevro)psykolog. Også bistand fra sosionom er viktig for å sikre en helhetlig tilnærming til pasientens utfordringer i rehabiliteringsprosessen. Pasienter med hodeskade av traumatisk eller ikke traumatisk årsak har ofte synsproblemer. Det anbefales derfor at hvert helseforetak knytter til seg kompetanse fra synspedagog. Andre aktuelle yrkesgrupper kan være; ernæringsfysiolog, farmasøyt, spesialpedagog, person med kompetanse innen attføring, psykiatrisk sykepleier.

PricewaterhouseCoopers AS mener at den foreslåtte bemanningsøkning er noe høy og anbefaler at hvert helseforetak gjør sine vurderinger ut fra hvilke målgrupper de ulike rehabiliteringsenhetene gir tjenester til.

Helsearbeidere innen rehabilitering vil i stor grad gi opplæring og være i dialog med pasientene, noe som innebærer at den helsepedagogiske kompetansen bør styrkes. For å fremme det pedagogiske fokuset, bør helseforetakene tilby interne kurs i helsepedagogikk. Helse Stavanger arrangerer slike kurs gjennom LMS. Det bør stimuleres til etter- og videreutdanning på høyskolenivå innen helsepedagogikk.

Tilråddning:

- Det regionale helseforetak bør etablere to prosjekter for å rekruttere og beholde leger i habiliteringstjenesten og innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Prosjektene bør utvikles etter modell fra rekrutteringsprosjekter innen psykisk helsevern
- Helseforetakene bør gradvis øke bemanningen i habiliteringstjenestene i perioden fram til 2015 etter foreslått faktor for fagårsverk. Økningen bør være basert på beskrivelse av behov, bredde og omfang av fagkompetanse
- Det regionale helseforetaket bør nedsette en arbeidsgruppe som får som mandat å beskrive nødvendig bredde og omfang av fagkompetanse i barne- og voksenhabiliteringstjenesten basert på hvilke tjenester som ytes i dag og etterspørsel etter tjenester i framtida. Spesielt bør oppgaver som krever medisinsk faglige ressurser beskrives og innarbeides i tiltaket om bemanningsøkning
- Helseforetakene bør utarbeide plan for vedlikehold og fornying av eksisterende kompetanse i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene
- Helseforetakene bør vurdere antall fagstillinger innen rehabilitering ut fra hvilke tjenester som gis ved de ulike enhetene
- Det regionale helseforetak bør medvirke til utbygging og kvalitetssikring av eksisterende læreplaner og tilbud om videreutdanning i rehabilitering, samt systematiske kurs i helsepedagogikk i samarbeid med høyskolene i regionen

5.5 Dokumentasjon og registrering av aktivitet

God dokumentasjon og registrering av virksomheten er en forutsetning for å kunne beskrive rehabilitering og habilitering i spesialisthelsetjenesten. PricewaterhouseCoopers AS mener at dette ikke er godt ivaretatt verken innen habiliterings- eller rehabiliteringsfeltet. Dette er spesielt uheldig innenfor fagområder som er nasjonale satsningsområder. Dagens kodeverk og registreringspraksis gjør det ikke mulig å innhente data om omfanget av rehabiliteringstilbud til pasienter innenfor ulike sykdomsgrupper. Manglende registrering av funksjonsnivå gjør det også vanskelig å vurdere om pasienten får tilbud på riktig omsorgsnivå.

Aktivitetsregistrering i habiliteringstjenestene

Habiliteringsfeltet har tradisjonelt vært opptatt av å registrere personalets aktivitet. Det har ikke vært mulig å skaffe sammenlignbare opplysninger for omfang av tjenester og volum av pasientgruppene. Dette skyldes ulike pasientadministrative systemer med ulike muligheter for registrering, ulike definisjoner på tjenestetilbud, ikke gjennomført praksis med diagnosesetting og ulike rutiner og krav for rapportering av aktivitets- og kostnadsdata.

Habiliteringstjenestene må bli indentifiserbare enheter i de pasientadministrative systemene i foretaket slik at det blir mulig å hente ut driftsstatistikk på den enkelte enhet. For å kunne vurdere om det faktisk gis tilbud til målgruppene og om tjenesteomfanget er i tråd med antatt behov i de ulike pasientgruppene, må virksomhetene registrere tilstrekkelig informasjon både om pasienter og behandling. Informasjonen må kunne hentes ut av den enkelte virksomhetsleder og også danne grunnlag for rapportering til regionalt foretak.

Følgende styringsindikatorer foreslås både for barne- og voksenhabiliteringstjenestene;

- diagnosekode etter ICD-10 systemet på alle pasienter
- antall polikliniske konsultasjoner utført av lege eller på leges delegering, fysioterapeuter og psykologer (med takst)
- antall polikliniske konsultasjoner utført av personell som ikke utløser takst
- antall ambulante konsultasjoner utført av lege eller på leges delegering, fysioterapeuter og psykologer (med takst)
- antall ambulante konsultasjoner utført av personell som ikke utløser takst
- antall døgnopphold
- antall kurs/undervisningsoppdrag arrangert i kommuner og antall deltakere
- antall kurs/undervisningsoppdrag arrangert i avdelingen/foretaket og antall deltakere
- antall henvisninger med bakgrunn i LOST 4 A
- antall ambulante oppdrag pr fagperson/fagårsverk

Det bør vurderes om habiliteringsfeltet skal gjennomgå på nytt etter at tilfredsstillende aktivitetsregistrering er etablert.

Harmonisering av kodepraksis i spesialisert rehabilitering

Statusbeskrivelsen har vist at det er forskjellig praksis i bruken av kodene kompleks og vanlig rehabilitering. Bruken varierer både mellom de ulike avdelingene og mellom de ulike foretakene i regionen. Nasjonale tall viser også at det er forskjeller i bruk av disse to kodene mellom regionene. Ulikhetene kan enten skyldes faktiske forskjeller i tjenestetilbud eller ulik kodepraksis. Det må være enhetlig praksis med hensyn til koding av spesialisert rehabilitering.

Koding av aktivitet for å synliggjøre rehabiliteringspasienten

I dag kodes rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som Z50.80 (vanlig rehabilitering) og Z50.89 (kompleks rehabilitering). Dette fører til at foretakene ikke har informasjon om hvilke pasienter som mottar et tilbud. Data om pasientens sykdomsdiagnose og/eller funksjons- og deltakelsesevne er kun tilgjengelig i pasientens journal. Dette er informasjon som er sentral i forhold til vurdering av tjenesten og utarbeidelse av tiltak.

Når pasienter får vanlig eller kompleks rehabilitering som hoveddiagnose brukes bidiagnoser i liten grad. I motsetning til andre spesialisthelsetjenester gir ikke registrering av bidiagnoser økonomisk uttelling. Standardisering og aktiv bruk av bidiagnoser vil bidra til bedre informasjon om pasientene som mottar spesialisert rehabilitering.

Tilråkning:

- Helseforetakene bør etablere de foreslåtte styringsindikatorer for habiliteringstjenestene
- Det regionale helseforetaket bør påse at det avsettes ressurser i helseforetakene til å etablere IT-løsninger slik at det kan hentes ut rapporter for de foreslåtte styringsindikatorer for habiliteringsfeltet
- Det regionale helseforetak bør påse at helseforetakene standardiserer kodepraksis med hensyn til bruk av kodene kompleks og vanlig rehabilitering og at det etableres retningslinjer for aktiv bruk av bidiagnoser når vanlig eller kompleks rehabilitering brukes som hoveddiagnose

5.6 *Forskning*

Statusbeskrivelsen har vist at forskningsaktiviteten er svak. Økt forskning vil være et nødvendig bidrag for at tjenesten skal kunne bli mer kunnskapsbasert. Forskning vil også kunne bidra til å styrke rekruttering av kompetent personell til feltet. Forskningen kan stimuleres på ulike måter:

Øremerkede forskningsmidler og vitenskapelige stillinger til habiliterings- og rehabiliteringsfeltet

Innenfor rammen av de regionale forskningsmidlene bør det opprettes et eget forskningsprogram for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Forskningsprogrammet bør støtte all forskning inkludert stipendiatstillinger. Dette innebærer støtte både til basalforskning innen relevante sykdomsgrupper og forskning innen habilitering og rehabilitering. Forskere fra alle relevante fakultet og helseutdanninger må stimuleres til å søke på disse forskningsmidlene⁸.

For å kunne etablere et levedyktig forskningsmiljø med spisskompetanse og veiledningsmuligheter må det bevilges midler til vitenskapelige stillinger innen habilitering og rehabilitering. Det vil være nødvendig med både vitenskapelige hoved- og bistillinger samt fordypningsstillinger for leger. Vitenskapelige hovedstillinger er tradisjonelt finansiert av universitetene, men det fins flere eksempler på at helseforetakene har funnet det riktig å fullfinansiere slike stillinger der det er spesielle behov. Fordypningsstillingene bør kunne fordeles fritt regionalt og ikke være bundet til enkeltinstitusjoner.

⁸ Eksempel på aktuelle forskningsfelt kan være: Effekten av LMS tiltak, studier av effekten av ulike ortopediske operasjonsmetoder, studier av ulike faglige intervensjoner i forhold til kognitive utfall.

Tilråkning:

- Det regionale helseforetaket bør opprette et eget forskningsprogram innen habilitering og rehabilitering
- Det regionale helseforetaket bør bevilge midler til vitenskapelige hoved- og bistillinger samt kliniske fordypningsstillinger innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet

5.7 Kvalitetsarbeid

Det systematiske kvalitetsarbeidet bør styrkes. Dette kan gjøres på flere måter:

Regionale kvalitetsindikatorer for habiliteringstjenestene

Registrering av felles indikatorer vil føre til økt faglig utvikling og være en drivende faktor i arbeidet med å gi gode og tilpassede tjenester til alle brukere. Voksne personer som mottar habiliteringstjenester har også behov for koordinerte og helhetlige tjenester, derfor bør det vises oppmerksomhet til arbeidet med individuell plan for disse. Habiliteringstjenestene er en viktig aktør som kan medvirke til at bruk av tvang og makt kan reduseres til et minimum. Dette arbeidet bør registreres slik at utviklingen i regionen kan følges og dokumenteres. Innhenting av brukererfaringer er en god måte å forbedre systemrettede tiltak på og bør være en sentral kvalitetsindikator i regionen.

Det regionale fagrådet (jf pkt 5.9) må sammen med sentrale personer innen IKT legge til rette for rapportering fra eget foretak og til regionalt nivå. Følgende indikator foreslås etablert:

- Andel med individuell plan også for voksne i habiliteringstjenestene
- Andel av henvisninger med bakgrunn i LOST 4 A som fører til at vedtak om bruk av tvang og makt *ikke* blir fattet
- Brukeropplevd kvalitet (design av kortfattet og enkel brukerundersøkelse som gjennomføres av alle foretak)

Utvikling av kliniske databaser innen habiliteringsfeltet

Forskning om langtidseffekter av innsats i barnehabiliteringsfeltet vil ha konsekvenser for utforming av tjenester for voksne med habiliteringsbehov. Undersøkelser av voksne kan også gi kunnskap om behov for endret fokus på tiltak i barnealder. Aktuelle områder for å samle systematisk klinisk kunnskap kan være spastisitetsbehandling hos barn med cerebral parese som får intensiv trening og aldringsproblematikk hos personer med Downs syndrom. Universitetsklinikkene må få et spesielt ansvar for å bidra i dette arbeidet.

Registrering av faglige resultater

I dag mangler rutiner for å registrere og anvende resultater fra faglige utviklingsprosjekt. Det bør derfor bygges opp rutiner for å registrere de faglige resultater som oppnås i slike prosjekter slik at kvalitet kan måles/dokumenteres og at man kan bruke denne informasjonen i forbedring av tjenester.

Utvikling og innføring av felles faglige standarder for rehabiliteringstjenestene

Det må igangsettes et arbeid for å utvikle og innføre felles faglige standarder for rehabiliteringstjenestene i Helse Vest. I første omgang bør dette arbeidet ha fokus på de store

pasientgruppene⁹. Det bør også utarbeides standardiserte prosesser og kriterier for inntak og prioritering av pasienter.

Etablering av kvalitetsregistre innen rehabiliteringsfeltet

Helse Vest bør samarbeide med nasjonale fagmiljø om å etablere kvalitetsregistre for rehabiliteringsfeltet. Slike registre bør fokusere på sentrale diagnosegrupper som for eksempel kreft, slag og lårhalsbrudd.

I tillegg bør relevante administrative indikatorer som for eksempel ventetid registreres prospektivt for alle som får rehabiliteringstjenester.

Registrering av pasienttilfredshet, avvik og klager innen rehabiliteringsfeltet

Systematisk registrering av pasienttilfredshet, avvik og klager vil være viktige data i arbeidet med å forbedre behandlingstilbudet. Slike systematiske registreringer bør etableres både på institusjons- og RHF nivå. Andre nyttige metoder kan være å opprette fokusgrupper for ulike diagnoser/avdelinger hvor pasienter kan delta i strukturerte intervju.

Tilrådning:

- Det regionale helseforetaket bør etablere de foreslåtte regionale kvalitetsindikatorer som tertialvis rapportering
- Det regionale helseforetaket bør påse at universitetsklinikkene tar ansvar for at det utvikles regionale kliniske databaser for ulike pasientforløp i habiliteringstjenestene
- Helseforetakene bør påse at faglige utviklingsprosjekt inneholder krav om resultatmålinger. Resultat av faglig utvikling forutsettes brukt i evaluering av egen praksis
- Det regionale helseforetak bør starte et arbeid for å utvikle og innføre felles faglige standarder for rehabiliteringstjenestene i regionen
- Det regionale helseforetak bør etablere kvalitetsregistre innen rehabiliteringsfeltet
- Det regionale helseforetak bør påse at det foregår systematisk registrering av pasienttilfredshet, avvik og klager på helseforetaks- og på regionalt nivå

5.8 Brukermedvirkning

Habiliteringsgruppen har ikke formulert noen forslag til nye tiltak innen brukermedvirkning.

Rehabilitering er som virksomhetsområde kjennetegnet ved at det i størst mulig grad skal være en prosess som er utformet på brukerens egne premisser. Å legge til rette for en mobilisering av brukerens egeninnsats er av avgjørende betydning. Brukermedvirkning forutsetter imidlertid ikke brukerstyring. Innen rehabiliteringsfeltet vil mange pasienter ikke være i stand til aktivt å medvirke til styring av eget behandlingsforløp fordi apati, depresjon, manglende motivasjon og følelse av sammenheng eller mening i tilværelsen ofte er følgetilstander av alvorlig sykdom eller skade.

Systemnivå

Det bør arbeides aktivt på systemnivå innen flere områder. Erfarings- og fagkunnskap bør sikres likestilling i alle samarbeidsfora. Alle institusjoner bør stimuleres til å etablere

⁹ For eksempel pasienter med ortopediske lidelser, slag, visse hodeskader etc.

ordninger for tilgang på likemannsressurser. Lærings- og mestringstilbudene bør spres ved hjelp av nye desentraliserte undervisningsopplegg, bruk av videokonferanser og samarbeidsordninger med (pasient)hotell i nærheten av eksisterende lærings- og mestringssenter.

Individnivå

Brukermedvirkningen skal i størst mulig grad baseres på dialog men uten at en på uforsvarlig vis overfører behandlingsansvar samt ansvar for oppfølging av egen sak og situasjon til brukeren eller dennes nærmeste pårørende. For å identifisere brukerens egne behov målsetninger, bør forutsetninger for brukermedvirkning kartlegges i et tverrfaglig forum så tidlig som mulig og fortløpende i pasientforløpet.

Tilråddning på systemnivå:

- Helseforetakene (HF og RHF nivå) bør påse at det er brukerrepresentasjon i alle samarbeidsfora. Tilbud om likemannsarbeid på institusjonene skal sikres gjennom avtaler med brukerorganisasjonene på helseforetaksnivå
- Helseforetakene bør påse at tilgangen på tjenester fra LMS sikres uavhengig av pasientens bosted og geografiske forhold

Tilråddning på individnivå:

- Avdelinger som gir rehabiliteringstilbud bør påse at brukermedvirkningen i størst mulig grad baseres på dialog
- Avdelinger som gir rehabiliteringstilbud bør påse at forutsetninger for brukermedvirkning identifiseres i ett tverrfaglig forum tidligst mulig og fortløpende i pasientforløpet

5.9 Samordning

Samordning mellom aktører som gir tjenestetilbud er viktig for at tjenestene blir gode og helhetlige. Det bør derfor etableres en fast struktur i Helse Vest når det gjelder arbeid med habilitering og rehabilitering som spesialisthelsetjenesten har ansvar for.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetakene

Kjernen i den fremtidige struktur bør være den regionale koordinerende enhet sammen med de koordinerende enhetene i hvert helseforetak. Disse enhetene skal ha oversikt over alle tilbud innen habilitering og rehabilitering i helseforetaksområdene, i regionen samt nasjonalt.

Koordinerende enhet på helseforetaknivå skal være mottaker av henvendelser fra brukere og andre tjenesteytere og ha kompetanse til å svare på henvendelser som gjelder tilbud lokalt, regionalt og nasjonalt. Enhetene skal også være knutepunktet mellom de koordinerende enhetene i kommunene og det enkelte helseforetak. Denne funksjonen vil kreve øremerket personell/ressurser i hvert helseforetak. Koordinerende enheter skal ikke være store enheter. Størrelsen vil kunne variere fra helseforetak til helseforetak med utgangspunkt i områdets befolkningsstørrelse og hvilke oppgaver som blir tillagt enheten.

Regionalt koordinerende enhet etableres og kan fysisk legges til Helse Bergen. I tilknytning til denne enheten opprettes en opplysningstelefon og nettside/internettportal med oversikt over alle habiliterings- og rehabiliteringstilbudene i regionen, inkludert opptreningsinstitusjoner. Tjenesten skal være tilgjengelig for de koordinerende enheter i

helseforetakene, brukere og pårørende, personell i førstelinjetjenesten og andre samarbeidspartnere.

Regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering.

Sentralt for samordning av tjenestetilbud er etablering av et regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering. De faglige lederne av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i regionen bør være medlemmer av fagrådet. I tillegg bør fagrådet ha representanter fra brukerne. Det kan bli behov for at fagrådet nedsetter egne prosjektgrupper på tvers av fag og nivåer når oppgavene tilsier dette.

Fagrådet skal være rådgivende organ for fagdirektørmøtet. Rådet skal komme med konkrete anbefalinger og bidra til å få iverksatt disse på de områder de er tillagt oppgaver. Fagrådet bør tillegges følgende konkrete oppgaver:

- Vurdere behov for, tilbud om og kvalitet på tjenestene i helseregionen
- Utvikle kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer i samarbeid med andre aktører
- Forsknings samarbeid og spredning av forskningsresultater i regionen
- Vurdere samarbeid om pasientgrupper, arbeidsfordeling mellom institusjonene samt nisjefunksjoner
- Vurdere felles opplæring og kompetansebehov
- Arrangere regionale konferanser og kurs innenfor områdene
- Utarbeide faglige retningslinjer, prosedyrer, protokoller, spre kunnskap om eksisterende nasjonale/internasjonale retningslinjer, prosedyrer og kontroller
- Arbeide for å gjøre habilitering og rehabilitering mer synlig
- Se til at rehabiliteringstilbudene samsvarer med brukernes reelle behov
- Utarbeide/oppdatere faglige standarder i forhold til behandling/opptrening – gjennom å sette ned faggrupper med jevne mellomrom og koordinere deres innsats – spre resultatene

Regional koordinerende enhet utgjør sekretariat for fagrådet. Fagrådet bør møtes minimum to ganger årlig, for øvrig etter behov.

Habiliteringsgruppen er delt i synet på om det bør opprettes et felles regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering. PricewaterhouseCoopers AS vil imidlertid anbefale et felles regionalt fagråd.

Lokale habiliterings- og rehabiliteringsnettverk

I tillegg til hovedstrukturen som er skissert overfor er det viktig å etablere faglige nettverk innen fagfeltene. I hvert helseforetaksområde er det nødvendig og ønskelig å medvirke til mer felles forståelse, kunnskap, samarbeid på tvers av nivåer og etater som arbeider med habilitering og rehabilitering. Nettverket vil også være det redskap som de koordinerende enheter har for kommunikasjon innen fagområdene.

Synliggjøre tjenesten

Habiliteringstjenestens personell har spesialkompetanse på en del områder som andre sykehusavdelinger ikke besitter. Det er i dag sjelden at denne kompetansen etterspørres. Habiliteringstjenestene kan bli mer synlig innad i foretakene og bør markedsføre sin kompetanse på en langt mer aktiv måte. En måte å oppnå dette på er å tilrettelegge for informasjon om habiliteringstjenester på foretakenes nettsted. Informasjonen må inneholde opplysninger om organisering, arbeidsmetodikk og tilbud.

Det må settes i gang et arbeid for å få rehabilitering som eget fagfelt under fritt sykehusvalg. Dette vil synliggjøre tjenesten og gjøre det lettere for pasienter og henvisende instanser å finne fram til rett tilbud.

Tilråddning:

- Det bør etableres koordinerende enhet på regionalt nivå og i alle helseforetakene
- Det regionale helseforetak bør opprette et regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering
- Helseforetakene bør opprette lokale habiliterings- og rehabiliteringsnettverk

5.10 Samhandling mellom nivå og aktører

Som det fremgår av den foreslåtte organisasjonsstruktur bør det etableres tettere samhandling først og fremst innen hvert foretaksområde. For de tjenester som er en del av helseforetaket kan styring skje direkte av ledelsen innenfor foretaket. For å få til nødvendig samhandling med de øvrige aktørene er det behov for konkrete avtaler som fastsetter ansvars- og oppgavefordeling.

Skriftlige avtaler og retningslinjer for samarbeid mellom foretak og kommuner

Tilrettelegging trengs i form av overordnede avtaler mellom de enkelte foretak og kommunene i sitt nedslagsfelt. Det er i alle foretak laget overordnede avtaler mellom foretakene og kommunene. Hvert foretak må vurdere om disse er tilstrekkelige eller om det er behov for utfyllende avtaler når det gjelder habilitering og rehabilitering.

Det bør utarbeides skriftlige retningslinjer og standarder for hvilket tilbud kommunene og sykehusene skal tilby ulike brukergrupper innen fagområdene habilitering og rehabilitering. I dette arbeidet må en ta utgangspunkt i hvilket nivå som det er naturlig å tildele ansvar for de ulike oppgaver, og selv sagt innenfor de rammer lover og forskrifter setter. Det er mulig at slik oppgave- og ansvarsfordeling kan bli utfordrende og ressurskrevende for noen mindre kommuner. Det kan slik vi ser det være mulig for mindre kommuner å samarbeide for å kunne møte utfordringen på fagområdet. Det vil også kunne bli lettere å etablere forpliktende samarbeidsprosjekter med helseforetakene dersom kommunene seg imellom inngår tettere samarbeid om rehabiliteringstiltak. Samhandling med sykehusene vil på denne måten også kunne organiseres på en bedre måte.

Mulighet til å planlegge pasientforløpet

I fremtiden vil det bli nødvendig at opptreningsinstitusjoner kan tilby hjelp og tilrettelegging i ADL-funksjoner der dette er nødvendig for å være tilgjengelige også for pasienter med slike behov. Disse behovene må problematiseres og avklares i avtalene mellom foretakene og de private opptreningsinstitusjonene. Foretakene og private institusjoner med driftsavtale må forplikte seg på å inngå innbyrdes samarbeidsavtaler som er nødvendige for å sikre gode pasientforløp.

Når finansierings- og bestillingsansvar for opptreningsinstitusjoner nå er overført til regionene, ligger det godt til rette for at slike avtaler kan inngås.

Samarbeidsmøter

I tillegg til skriftlige avtaler og retningslinjer bør det praktisk legges til rette for godt samarbeid mellom foretakene og kommunene for å sikre utvikling av samarbeidet på sentrale

områder som etablering av ”1 ½ linje”- tjeneste, gjensidig kompetanseoverføring og bruk av telemedisinske løsninger.

Samarbeid med primærhelsetjeneste og kommunale etater rundt den enkelte pasient er viktig for å oppnå sømløse og helhetlige tilbud. Sentrale momenter i dette samarbeidet er god og tilrettelagt informasjonsutveksling. Tjenestenes henvisningsskjemaer og epikriser bør videreutvikles, og søkes å gjøres elektronisk. Det bør utarbeides skriftlige avtaler mellom kommunehelsetjeneste/ spesialisthelsetjeneste om hva tjenestetilbudet inneholder dersom noen brukere har mer omfattende behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten enn vanlig.

Faglige tilbud er utviklet på bakgrunn av behov til pasientgrupper, men tilbudene vil hele tiden måtte tilpasses den enkelte pasients situasjon og behov. Derfor er det viktig å ha rutiner for å evaluere effekten av de pasientrettede tiltakene slik at de kan justeres og tilpasses samtidig som erfaring om praksis samles. Slike rutiner bør utvikles i alle foretak.

Habiliteringstjenestene har lang erfaring i å utarbeide og gjennomføre kurs og undervisningsopplegg for pasienter/pårørende og primærhelsetjenesten. De senere år har det, for å imøtekomme lovkrav, blitt opprettet lærings- og mestringssenter i foretakene. Habiliteringstjenestens opplæring og kursvirksomhet har funnet sin form og fungerer godt både for pasient/pårørende og primærhelsetjenesten, og har derfor i beskjednen grad etablert samarbeid med LMS. Habiliteringstjenestene bør arbeide tettere sammen med LMS i foretaket og bidra til å bygge opp gode tilbud basert på erfaringer som habiliteringstjenestene har gjort gjennom mange år med utvikling av kurs/undervisning og opplæring.

Tilrådning:

- Helseforetakene bør vurdere å etablere samarbeidsavtaler mellom kommunene og helseforetakene for fagområdene habilitering og rehabilitering
- Helseforetakene bør gjennomgå sine rutiner for papirbasert og elektronisk kommunikasjon med primærhelsetjenesten for å sikre at disse er optimalt tilrettelagt for god informasjonsutveksling
- Helseforetakene og private institusjoner med driftsavtale bør forplikte seg til å inngå innbyrdes samarbeidsavtaler som er nødvendige for å sikre gode pasientforløp
- Helseforetakene bør innføre rutiner for å evaluere pasientrettede tiltak i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Habiliteringstjenestene i regionen bør etablere et tettere samarbeid med LMS ene i foretakene for å bidra til at læringsstilbudene i foretakene drar nytte av den erfaring habiliteringstjenestene har innen kurs og opplæringsaktivitet.

5.11 Finansiering

Det kan hevdes at dagens modell ikke oppmuntret til å benytte arbeidsformer som kunne bidra til at rehabiliteringstjenestene blir gode og helhetlige. Dagens ordning stimulerer ikke til nye tilbud. Ambulant virksomhet uten lege i teamet gir ingen refusjon. Dette fører til at man får en sentralisering og institusjonalisering av en virksomhet som burde være mer utadrettet og ambulant enn tilfellet er i dag. Finansieringsordningen ivaretar heller ikke behovet for større grad av behandling og rehabilitering utover 100 dager. Takstsystem for poliklinisk virksomhet gir liten fleksibilitet for gjentatte konsultasjoner og går på tvers av fagets innhold

og praksis i forhold til pasientene. Dessuten får man fokus på legetjenester og diagnostikk i en tjeneste som skal tilby tverrfaglig rehabilitering.

Helse Vest RHF og helseforetakene bidrar i Sosial- og Helsedirektoratets arbeid med å utvikle et nytt finansieringssystem for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Tilråkning:

- I påvente av nytt finansieringssystem bør det regionale helseforetak tildele øremerkede midler for å stimulere til ambulant virksomhet