

Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016 – 2020

Vedtatt av styret i Helse Vest RHF
November 2015

Innhald

Samandrag – med prioriterte forbetringstiltak.....	ii
1 Innleiing	1
1.1 Bakgrunn og mandat	1
1.2 Organisering av arbeidet	2
2 Utviklingstrekk og overordna føringar	3
2.1 Utfordringar og tidlegare satsingar	3
2.2 Endring i behov og fagleg utvikling.....	4
2.3 Overordna føringar og mål – endring i ansvars- og oppgåvedeling og auka samhandling.....	5
2.4 Nye nasjonale initiativ	6
3 Statusbeskriving og -vurdering.....	7
3.1 Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering.....	7
3.2 Status for habiliteringstenester for barn og unge og for vaksne	8
3.3 Status for rehabiliteringstenester	10
3.4 Aktivitetsdata og vurdering av registreringspraksis	12
3.5 Prioritering og rolla til den regionale vurderingseininga	17
4 Heilskaplege pasientforløp i habilitering og rehabilitering	23
4.1 Hovudtrinna i (re)habiliteringsforløpet	23
4.2 Kunnskapsbasert tenesteutvikling	24
5 Vekslingsfelt – samhandling for heilskaplege pasientforløp	25
5.1 Samhandlingsverktøy og samarbeidsavtaler.....	25
5.2 Førebygging og tidleg oppdaging.....	31
5.3 Ambulant verksemd og tidleg støtta utskriving.....	32
5.4 Råd, rettleiing og kompetanseutveksling	34
5.5 Brukarperspektivet og pasient- og pårørandeopplæring	36
5.6 Rolla til fastlegen i (re)habiliteringsforløpet	38
6 Habiliteringsforløpet – utgreiings- og behandlings/tiltaksfasen i spesialisthelsetenesta	39
7 Rehabiliteringsforløpet – tidleg rehabilitering og seinfaserehabilitering i spesialisthelsetenesta.....	45
7.1 Tidleg rehabilitering.....	45
7.2 Seinfase rehabilitering	48
7.3 Flaskehalsar og forbetringstiltak – tidleg og seinfaserehabilitering.....	52
8 Forsking og kunnskapsutvikling.....	54
Vedlegg	58
Notar.....	58

Samandrag – med prioriterte forbetringstiltak

Bakgrunn

Styret i Helse Vest gikk i sak 136/13 inn for å revidere den eksisterande regionale planen for habilitering og rehabilitering frå 2006 (styresak 124/06). Den reviderte planen skal vere Helse Vest sin strategi for å vidareutvikle habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og oppnå koordinerte og samanhengande tenester for pasientane. Planperioden er 2016-2020.

Planen legg til grunn definisjonen av habilitering og rehabilitering som går fram av forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator: «Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og meistringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet».

Definisjonen bygger på ei forståing av habilitering og rehabilitering i relasjon til ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse). ICF er særleg eigna til å skildre funksjonar etter hovudaksane kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktivitetar, deltaking og miljøfaktorar. Hovudvekta blir lagt på den enkelte si funksjonsevne i samspel med omgjevnadane, som er avgjerande for deltaking i arbeidsliv, sosiale aktivitetar og meistring av daglegdagse aktivitetar.

Habilitering og rehabilitering har som mål å hjelpe pasienten i eigen innsats, med fokus på dei moglegheitene pasienten har til tross for funksjonsnedsettinga si. Funksjonsnedsettinga kan vere medfødt eller tidleg erverva (habilitering), eller komen som følgje av sjukdom eller skade (rehabilitering). Denne planen gjeld somatisk habilitering og rehabilitering.

Overordna nasjonale føringar

Eit grunnleggjande prinsipp er at hovudtyngda av habilitering og rehabilitering skal skje i nærmiljøet til pasienten, som oftast i heimkommunen, mens spesialisthelsetenesta skal bidra med spesialisert kompetanse og rettleiing. Det skal leggst auka vekt på habilitering og rehabilitering, og auken skal først og fremst skje i kommunane. Fram til kommunane har kapasitet og kompetanse til å ta eit større ansvar for habilitering og rehabilitering, skal ein unngå nedbygging i spesialisthelsetenesta.

Eit systematisk samarbeid mellom tenesteytarar på ulike nivå og pasienten er avgjerande for å nå dei måla pasienten har for meistring, deltaking og livskvalitet. Dei lovfesta samarbeidsavtalene mellom helseføretak og kommunar skal gi ei ramme for samarbeidet og er viktige verktøy for å skape koordinerte tenester til pasientane. Nye forskriftskrav knytt til individuell plan, koordinator og koordinerande einingar skal bidra til samordning av tenestene og er verktøy som skal nyttast både i kommunane og spesialisthelsetenesta. For å bidra til at kommunane kan gi gode og heilskaplege tenester innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må spesialisthelsetenesta følgje opp rettleiaransvaret overfor kommunane.

Grenseoppgangen mellom nivåa er uklar, og Helsedirektoratet har utarbeidd ein rapport¹ med ei tilråding/modell om ansvarsavklaring. Modellen vil i dei fleste tilfella gi eitt av to svar: Rehabilitering og oppfølging av pasienten (eller pasientgruppa) bør skje i kommune og spesialisthelseteneste i fellesskap, eller bare i kommunen. Avklaringar om oppgåvedeling må gjerast i gjensidig dialog mellom partane, på system- eller individnivå. Rehabilitering i spesialisthelsetenesta er ifølgje modellen kjenneteikna av at pasienten har behov for spesialisert kompetanse, kompleksitet, og intensitet i rehabiliteringsprosessen i større grad enn det som er mogleg for kommunane å tilby.

Det er venta fleire nasjonale meldingar, planar med meir som vil kunne påverke habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Mellom anna har forslag om innføring av fritt rehabiliteringsval vore på høyring sommar/haust 2015, jf. [styresak 084/15](#). (sjå også [kap. 2.4](#)).

Hausten 2015, mens planutkastet var på høyring, utgav Helsedirektoratet [Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#). Helseføretaka må nytte rettleiaren for å ivareta ansvaret sitt for å yte fagleg forsvarlege habiliterings- og rehabiliteringstenester som har tilfredsstillande kvalitet, blir gitt i tide og i tilstrekkeleg omfang. Tilsvarande gjeld for dei private ideelle sjukehusa og rehabiliteringsinstitusjonane med avtale med Helse Vest.

Forslaga til forbetringstiltak i den regionale planen skal bidra til å vidareutvikle tenestene i samsvar med overordna nasjonale føringar.

Hovudmål for habilitering og rehabilitering

Den reviderte regionale planen har følgjande hovudmål for habilitering og rehabilitering i Helse Vest i planperioden 2016-2020:

- **Samhandling:** Dei mange tenesteytarane som inngår i pasientforløpet til pasienten, koordinerer seg om behova til pasienten slik at han/ho opplever tenestene som samanhengande.
- **Pasient- og brukarmedverknad:** Pasienten sine eigne mål for meistring, eigenomsorg og deltaking, pregar møtet mellom pasient og helsepersonell og samhandlinga på alle nivå. Pårørande kan vere ein viktig ressurs, og tenestene må sjå til at dei kan medverke i samsvar med ønska til pasienten.
- **Tydeleg ansvars plassering:** Både spesialisthelsetenesta og kommunane er tydelege på plassering av ansvar og oppgåver innanfor eigne tenester, og dette blir tydeleg kommunisert både internt og eksternt. Tenestene i dei private rehabiliteringsinstitusjonane er integrert i pasientforløpa.
- **Pasientforløp:** Det er utvikla standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp/behandlingslinjer (inkludert fagprosedyrar) innanfor spesialisthelsetenesta for definerte pasientgrupper. Spesialisthelsetenesta og kommunane samhandlar om koordinerte pasientforløp i overgangen mellom nivåa.
- **Forskning og kunnskapsutvikling:** Forskingsaktiviteten i habilitering og rehabilitering er styrka. Det blir arbeidd med systematisering av erfaringskunnskap og standardisering av tenestene på tvers av einingar. Fagmiljøa samarbeider om fagutvikling på tvers av einingar, helseføretak og regionar.
- **Kapasitet og kompetanse:** Det er lagt opp til ein kapasitet og kompetanse i tenestene som møter behova for habilitering og rehabilitering til befolkninga på Vestlandet, og som legg til rette for fagutvikling og forbetningsarbeid.
- **Data kvalitet:** Kvaliteten på aktivitetsdata for habiliterings- og rehabiliteringstenestene er betra, og gir lett tilgjengelege og samanliknbare styringsdata som grunnlag for utvikling og forbetring av tenestene.

På dei neste sidene følgjer eit samandrag av dei prioriterte forslaga til forbetringstiltak knytt til dei ulike oppdraga i mandatet (jf. [kap. 1.1](#) og vedlegg 1). Iverksetting av dei prioriterte tiltaka vil kunne bidra til å nå dei skisserte hovudmåla for habilitering og rehabilitering i Helse Vest.

Grunngjeving for forbetringstiltaka og meir om innhaldet i dei, går fram av kapitla som er oppgitt i parentes. I rapporten vil også fleire tiltak vere foreslått, mens her blir dei prioriterte trekte fram. Rapporten gir også ei beskriving av status for organisering av tenestene ([kap. 3.1-3.3](#)).

Statusvurdering ([kapittel 3.4](#) og [3.5](#))

Analyse av aktivitetsdata og vurdering av registreringspraksis ([kapittel 3.4](#) og [vedlegg 2 og 3](#))

Analyse av aktivitetsdata innanfor rehabiliteringsfeltet for 2012-2014 viser store skilnader i rehabiliteringsaktivitet mellom helseføretaka (jf. [vedlegg 3](#)). Data er usikre, det er ulik kodepraksis i helseføretaka og det er til dels organisatoriske forklaringar til skilnadene. Likevel er det sannsynleg at det også er ulikt tilbod til pasientane avhengig av kvar dei bur.

Helse Førde-området ligg lågast på samla rehabiliteringsaktivitet, der låg sjukehusrehabilitering gir utslag. Helse Førdes eigendekning av rehabilitering i sjukehus er redusert frå 2012 til 2014. Helse Stavanger-området ligg lågt i bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar, men også på primær døgnrehabilitering i sjukehus. Helse Fonna-området har låg eigendekning av sjukehusrehabilitering. Helse Bergen-området ligg samla (sjukehus og private rehabiliteringsinstitusjonar) på eit litt høgare nivå enn dei andre helseføretaka i regionen.

I tillegg er det i Helse Vest venta ein befolkningsvekst sør i regionen, og ein vekst i talet på pasientar med kroniske sjukdommar og behov for rehabilitering. Kjøp av tenester i private rehabiliteringsinstitusjonar er styrka frå og med 2015. På denne bakgrunn blir det konkludert med at:

Rehabiliteringsaktivitet:

Sjølv om datagrunnlaget er usikkert, gir det eit samla inntrykk av at spesialisert rehabilitering i helseføretaka i Helse Vest må styrkast dei kommande åra. Behovet kan sjå ut til å vere størst i Helse Førde. Nivået på primær-rehabilitering i Helse Stavanger er sannsynlegvis for lågt. I Helse Fonna bør den låge eigendekninga av sjukehusrehabilitering sjåast nærare på. Helse Bergen bør vere merksam på utviklinga framover.

Statistikkgrunnlag for habiliteringsaktiviteten er usikkert. Tal frå Samdata 2014 blir presentert i [vedlegg 2](#), men gir ikkje grunnlag for å trekke sikre konklusjonar. Tala viser store forskjellar mellom helseføretaka og regionane, men dette kan i like stor grad skyldast ulik organisering og ulik kodepraksis, som ulikt tilbod til pasientane (jf. [kap. 3.2](#) og [6](#)). Det er likevel verdt å merke seg at Helse Vest ligg lågare enn landsgjennomsnittet når det gjeld tal pasientar per 1000 innbyggjar som fekk eit habiliteringstilbod i 2013 og 2014. Særlig for barn og unge er avstanden til landssnittet stort. Det vil vere relevant å sjå dette i samanheng med [helseatlas for barnehelse i Noreg](#) som blei offentleggjort i september 2015, basert på data for 2011-2014.

Helseføretaka og fagmiljøa bør drøfte kva som er riktig og nødvendig nivå på ressursbruken til spesialisthelsetenester til barn, og dersom det er eit underforbruk av spesialisthelsetenester til kronisk sjuke barn, må ein sørge for ei omprioritering.

Det blir foreslått ei rekkje tiltak for å oppnå likare praksis og dermed meir samanliknbare aktivitetstal både for habilitering og rehabilitering som kan nyttast som grunnlag for utvikling og forbetring av tenestene. Følgjande tiltak blir foreslått prioritert:

Registreringspraksis:

1. Helse Vest initierer eit arbeid i regionen knytt til praksis for registrering innanfor habiliterings-tenestene. Dette må sjåast i samanheng med arbeid nasjonalt og i andre regionar (sjå side 16).

2. Helseføretaka bør sikre sameina forståing og praksis for bruk av rehabiliteringskodar i kliniske avdelingar på tvers av helseføretaksgrenser, og over tid. Helse Vest tar sikte på å initiere ein work-shop for informasjon og drøfting av kodebruk. Deretter vurderer ein behovet for t.d. fagleg nettverkssamarbeid mellom helseføretaka (sjå side 16).
3. Helseføretaka og dei private rehabiliteringsinstitusjonane må auke bruken av prosedyrekodar, særleg når det gjeld døgnrehabilitering, men også for poliklinisk/dagrehabilitering. Tilsvarande gjeld innanfor habiliteringsfeltet. Det må gjennomførast opplæring i bruk av prosedyrekodane (sjå side 17).

Prioriteringspraksis (kapittel 3.5)

Analyse og vurdering av praksis i helseføretaka knytt til rettighetsvurdering, viser at det er store forskjellar i tildeling av prioritert rett med frist (rett til nødvendig helsehjelp) mellom regionane og mellom helseføretaka i Helse Vest innanfor fagområdet fysisk medisin og rehabilitering. Når det gjeld habilitering av barn og unge og vaksne finn vi mindre forskjellar i prioriteringspraksis. Tal frå dei regionale vurderingseiningane som vurderer tilvisingar frå fastlegar mfl. til dei private rehabiliteringsinstitusjonane, tyder på relativ lik praksis utover landet.

Endringane i lov om pasient- og brukarrettar, prioriteringsforskrifta og -retteleiarane, som skal tre i kraft frå 1. november 2015, inneber mellom anna at skiljet mellom helsehjelp med prioritet (rettighetspasientar) og utan prioritet, blir oppheva. Pasienten får dermed enten rett på nødvendig spesialisthelsetenester (med frist) eller avslag. Lovendringa vil kunne bidra til likare praksis, men ettersom praksisvariasjonane har vore så markante, særleg innanfor fysisk medisin og rehabilitering, blir følgjande foreslått:

1. Helseføretaka sørger for at alle som vurderer tilvisingar innanfor fagområda, gjennomfører e-læringsprogram som blir utvikla i samband med implementering av lovendringane og dei nye prioriteringsretteleiarane (sjå side 21).
2. Helse Vest tar initiativ til å arrangere ei samling i regionen for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet på tvers av helseføretaka, for opplæring og erfaringsutveksling og for å bidra til ei sameina forståing av det nye regelverket (sjå side 21).

Rolla til den regionale vurderingseininga (kapittel 3.5)

Vurderingseininga vurderer tilvisingar til rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar frå fastlegar og avtalespesialistar mfl. i tråd med prioriteringsforskrifta. Vurderingseininga er lagt til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Bergen.

Planarbeidet hadde i mandat å sjå på om også tilvisingar frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar skulle knytast opp mot Vurderingseininga. Det var ein føresetnad at dette kunne bidra til betre samordning av tenestene og betre pasientflyt. Pasientar som blir tilvist frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar er i prinsippet rettighetsvurderte ved inntak til sjukehuset, og skal ikkje rettighetsvurderast på nytt. Opphaldet ved rehabiliteringsinstitusjonen skal vere ein del av forløpet i spesialisthelsetenesta for pasientane.

Det er behov for meir kunnskap om korleis sjukehusa nyttar tenestene i dei private rehabiliteringsinstitusjonane, og om det t.d. er forskjellar mellom helseføretaka, og dermed forskjellar i tilbodet til pasientane. Det blir derfor ikkje tilrådd å utvide oppgåvene til Vurderingseininga i første omgang, men det blir foreslått at:

1. Helse Vest tar initiativ til ein fagleg revisjon mellom helseføretaka, for å sjå på sjukehusa sin bruk av dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Revisjonen blir avgrensa til eit utval av avdelingar/ pasientgrupper og blir gjennomført i regionalt system for fagrevisjonar. På bakgrunn av resultatata frå den faglege revisjonen, kan det leggast føringar for eventuelle endringar (sjå side 22-23).
2. Helse Vest initierer gjennomføring av møte i kvart helseføretak med informasjon om tilboda i dei private rehabiliteringsinstitusjonane.
3. Helse Vest tar initiativ til utarbeiding av ei rettleiing for sjukehusa sin bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar, inkludert ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane (jf. også [kap. 7](#)).

Heilskapelege pasientforløp i habilitering og rehabilitering

Planen identifiserer vesentlege trinn i eit (re)habiliteringsforløp ([kapittel 4](#)), gjer greie for kunnskapsgrunnlag, peiker på flaskehalsar og brot i pasientforløpa og foreslår forbetringstiltak (kapittel 5-7). Det er fokus på samhandling for å oppnå koordinerte, kunnskapsbaserte pasientforløp med pasientens egne mål og behov i sentrum.

Grenseoppgangen mellom tenestenivåa må definerast eintydig så langt som rå (kapittel 6 og 7). Samtidig vil det i habilitering og rehabilitering vere igjen eit relativt stort vekslingsfelt, eller samhandlingssone, der oppgåve- og ansvarsdelinga vil vere i endring og må tilpasse seg den aktuelle situasjonen. Vekslingsfeltet er trinna i pasientforløpet der ansvaret for tenestene til pasienten skifter nivå, på veg «inn» i spesialisthelsetenesta eller på veg tilbake til heimkommunen (kapittel 5).

Vekslingsfeltet – samhandlingssone ([kapittel 5](#))

Kapitlet tar opp føresetnader for å kunne oppnå heilskapelege pasientforløp for pasientane i overgangen mellom tenestenivåa:

Samhandlingsverktøy og samarbeidsavtaler ([kapittel 5.1](#))

For å oppnå koordinerte tenester i vekslingsfeltet er det vesentleg at samarbeidsavtale 2 blir implementert i samarbeid mellom helseføretak/sjukehus og kommunane, i tillegg til samarbeidsavtale 3 og 5. Dette inneber m.a. å ta i bruk koordinator og individuell plan (IP) som samhandlingsverktøy mellom pasient, sjukehus og kommune. Det inneber vidare å ta i bruk koordinerande eining (KE) i kommunane som kontaktpunkt for meldingar om behov for habilitering og rehabilitering, og for meldingar om behov for IP og koordinator. For å bidra til implementering i samsvar med lov og forskrift, blir det tilrådd at:

1. Helse Vest og helseføretaka prioriterer å utvikle IKT-løysing med elektronisk meldingsutveksling mellom spesialisthelsetenesta og koordinerande einingar i kommunane (oppfølging av samarbeidsavtale 2). Dette blir trekt fram som grunnleggjande for utviklinga av tenestene i tråd med overordna føringar (sjå side 28-29):
 - A. Helse Vest må følgje opp initiativet vidare m.a. i det regionale IKT-programmet «Støtte til samhandling» (eller i vidareføringa av programmet).
 - B. Helseføretaka må ta opp den praktiske oppfølginga av samarbeidsavtale 2 i samarbeidsorgana mellom helseføretaka og kommunane.
2. Helse Vest og helseføretaka samarbeider med kommunane om å finne ei løysing for ein funksjonell bruk av elektronisk IP på tvers av nivåa (jf. samarbeidsavtale 2 og 9). Temaet er til

vurdering i prosjektet «Alle møter» (sjå side 27 og 29).

3. Helseføretaka nyttar tilgjengeleg undervisningsopplegg. Helse Vest prioriterer utvikling av e-læringsprogram i det regionale arbeidet med e-læring (sjå side 28 og 29).
4. Helse Vest og helseføretaka forbetrar informasjon på nettsidene, og vurderer om informasjonen dekker behovet og når ut til pasientar, til fastlegar, til kommunar og internt i sjukehusa. Dette blir sett i samanheng med nasjonalt arbeid med ei felles nettløysing for spesialisthelsetenesta og vidareutvikling av helsenorge.no (sjå side 28 og 30).

Førebygging og tidleg oppdaging (kapittel 5.2)

Spesialisthelsetenesta skal bidra til å fremme folkehelsa og førebygge sjukdom og skade (spesialisthelsetenestelova § 2-1 a). Følgjande blir peikt på, og ligg også til grunn for andre forslag til forbetringstiltak i planen:

Helseføretaka legg NCD-strategien² til grunn for utvikling av tenestene, også for andre pasientgrupper enn dei strategien omfattar. Dette inneber førebygging gjennom tidleg oppdaging og rask diagnose, og at førebyggingsperspektivet er integrert i møtet med pasienten gjennom i heile pasientforløpet (sjå side 32).

Ambulant verksemd og tidleg støtta utskrivning (kapittel 5.3)

I forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator går det fram at «habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon». Det blir foreslått at:

Helse Vest initierer eit regionalt utviklingsprosjekt som evaluerer og ser nærare på moglegheitene for meir bruk av ambulante tenester. Prosjektet skal m.a. vurdere ambulante tenester som eit verkemiddel for kunnskapsoverføring og rettleiing til kommunane, og større bruk av telemedisin og velferdsteknologi for å yte tenester. Prosjektet bør hente erfaringar frå forskingsprosjektet «Slagbehandlingskjeden i Bergen» og frå vaksenhabiliteringsfeltet (sjå side 33-34).

Råd, rettleiing og kompetanseutveksling (kapittel 5.4)

For å understøtte oppbygginga av (re)habiliteringstenester i kommunane blir det vist til rettleiingsplikta (spesialisthelsetenestelova § 6-3 og rundskriv I-3/2013). Det kan skje gjennom gjensidig hospitering og kompetanseutveksling mellom spesialisthelseteneste og kommune, både på individnivå, knytt til enkelt-pasientar, og på tenestenivå. Det blir vist til forslag i kap. 5.3, og i tillegg blir det tilrådd at:

1. Helseføretaka etablerer tverrfaglege nettverk for kompetanseutveksling mellom spesialisthelseteneste og kommune, i samarbeid med det regionale kompetansesenteret og med utgangspunkt i dei koordinerande einingane i helseføretaka (sjå side 35).
2. Helseføretaka gjennomfører prosjekt i samarbeid med kommunar for å utvikle gode system for tilrettelegging, slik at rettleiing knytt til enkeltpasientar kan føre til reell kompetanseoverføring mellom nivåa, og kontinuerlege tenester til pasienten (jf. planlagt prosjekt i Helse Stavanger og i Helse Fonna, side 35).

Brukarperspektivet og pasient- og pårørandeopplæring (kapittel 5.5)

Pasienten sine eigne mål er kjernen i (re)habiliteringsprosessen, og dette må prege møtet mellom pasient og helsepersonell, og innrettinga av tenestene på systemnivå. Pasienten si meistringsevne, eigenomsorg og deltaking i utforminga av (re)habiliteringstiltaka må vere sentralt. Rehabiliteringsprosessar som tar utgangspunkt i pasienten sine eigne mål, påverkar sannsynlegvis effekten av tiltak

og pasienten si oppleving av meistring til tross for nedsett funksjon. Pårørande kan vere ein viktig ressurs, og tenestene må sjå til at dei kan medverke i samsvar med ønska til pasienten.

1. Helse Vest og helseføretaka gjennomfører brukarerfaringsundersøking innanfor rehabilitering i 2015, etter regional mal, og vurderer om det kan gjennomførast innanfor habilitering etter mal frå St. Olavs Hospital (sjå side 36-37).
2. Alle spesialiserte rehabiliteringsavdelingar bør ta i bruk instrument eller spørjeskjema for pasientrapporterte data (PROMs) i klinisk praksis. Desse verktøya kan styrke pasienten i møtet mellom pasient og behandlar (jf. også kap. 8). (Sjå side 36-37)
3. Helseføretaka må ta i bruk nye teknologiske løysingar som understøtter pasientane sine behov, styrker meistringsevne og aktiv eigenomsorg (sjå side 37).
4. Helseføretaka må inkludere pasient- og pårørandeopplæring i pasientforløpa (sjå side 36-37).

Rolla til fastlegen i (re)habiliteringsforløpet ([kapittel 5.6](#))

Fastlegane har ei nøkkelrolle i ei samanhengande behandlingsskjede for pasienten, og er viktige for å kunne førebygge meir og bremse eller hindre at sjukdom utviklar seg. Fastlegane har ei viktig rolle i rett prioritering og rett bruk av helsetenestene. Helseføretaka må ha som rutine alltid å sende kopi av epikrise, rapportar, møtereferat mm til fastlegen (dersom pasienten ikkje motset seg dette).

Helse Vest tar initiativ til at det blir utarbeidd ei felles (regional) sjekklister for fastlegar om innhald i tilvisingar til habilitering og rehabilitering, tilgjengeleg på helseføretaka sine nettsider. Arbeidet må bygge på den nasjonale rettleiaren for tilvising, sendt på høyring frå Helsedirektoratet i mai 2015 (sjå side 38).

Habiliteringsforløpet: Utgreiings- og tiltaks/behandlingsfasen ([kapittel 6](#))

Habiliteringsforløpet skjer i eit kontinuerleg samarbeid mellom heimkommunen til pasienten og spesialisthelsetenesta. I utgreiingsfasen av pasientforløpet er hovudfokuset i spesialisthelsetenesta på kartlegging, diagnostisering og definerings av følgjetilstander og komorbiditet. I behandlings/tiltaksfasen er hovudfokuset på tverrfagleg oppfølging og medisinsk behandling, pasient- og pårørandeopplæring og ivaretaking av spesialisthelsetenesta sine oppgåver knytt til helse- og omsorgstenestelova § 9 om tvang og makt.

[Kapittel 6](#) beskriv ansvaret til spesialisthelsetenesta og søker å tydeleggjere kva for tenester helseføretaka skal yte til barn, unge og vaksne (sjå side 39-41). Det blir foreslått å prioritere (1) ansvarsavklaringar internt i spesialisthelsetenesta, (2) styrking av kompetanse og kapasitet og (3) standardisering av tenestene:

1. Det er eit stort behov for intern samordning i spesialisthelsetenesta på grunn av uklar ansvars- og oppgåvedeling i forhold til pasientgrupper som har behov for tenester frå fleire avdelingar. Kwart helseføretak må klargjere korleis pasientar som har rett til habilitering i spesialisthelsetenesta, blir varetatt i føretaket. Ansvars- og oppgåvedeling og samarbeid mellom avdelingar må bli nedfelt i formaliserte avtaler mellom avdelingar. Helseføretaka må også vurdere om noverande organisering er hensiktsmessig for å vareta pasientgruppene på ein god måte. Ansvaret for intern samordning, og for at nødvendig kompetanse følgjer med oppgåvene, treng forankring på høgt leiarnivå i helseføretaka. Dette gjeld:
 - A. Mellom habiliteringstenestene og psykisk helsevern, både for barn/unge og vaksne (sjå side

41 og 43).

- B. Mellom vaksnehabiliteringstenestene og andre avdelingar for pasientar med tidleg erverva nevrologiske skadar eller andre sjukdommar med/utan kognitiv svikt, t.d. ungdom/vaksne med CP, ryggmargsbrokk, nevrologiske sjukdommar, sjeldne genetiske syndrom og multifunksjonshemma (sjå side 42 og 44).
- C. Mellom barne- og ungdomshabilitering og andre avdelingar for barn og unge med (re)habiliteringsbehov etter erverva skade/sjukdom. Det gjeld t.d. barn/unge som har (re)habiliteringsbehov etter kreft, alvorleg hjartesykje, traumatisk hjerneskade, trafikkskadar eller anna omfattande medisinsk behandling (sjå side 42 og 44).
- D. I overgangen mellom tenester til barn/unge og vaksne (sjå side 42 og 44).
- E. Som eit supplement til avklaringsarbeidet som helseføretaka må gjere, blir det foreslått Helse Vest initierer ein eller fleire faglege revisjonar innanfor habiliteringsfeltet (i regionalt system for fagrevisjonar). Ein tilrår å starte med fagleg revisjon av tenester til pasientar med utviklingshemming og utfordrande åtferd, der eit samarbeid mellom psykisk helsevern og habiliteringstenesta er nødvendig (sjå side 44).

2. Styrke kompetanse og kapasitet (sjå side 43 og 44-45)

- A. Helseføretaka må styrke legetenesta med fleire stillingar gjennom nyrekruttering av spesialistar (nevrolog/psykiater), og gjennom tiltak som bidrar til at praksis innanfor habiliteringstenesta kan inngå i spesialiseringa til LIS-legar/utdanningskandidatar. Ansvaret for å sikre tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet i habiliteringstenestene treng forankring på høgt leiarnivå i helseføretaka.
- B. Helseføretaka må styrke og behalde tverrfagleg kompetanse gjennom i større grad å stimulere til spesialisering, vidareutdanning (mastergradsutdanning) for medarbeidarar med ulike helsefaglege grunnutdanningar og til forskingsverksemd (jf. også kap. 8).
- C. Helse Vest etablerer regionale kompetansenettverk for habilitering i spesialisthelsetenesta, med knutepunktfunksjon og driftsmidlar. Nettverka bør søke interregionalt samarbeid. Nettverka får definerte mandat knytt til:
 - i) utviklingshemming og utfordrande åtferd,
 - ii) intensiv tverrfagleg habilitering³,
 - iii) å styrke og sikre spesialistkompetanse gjennom erfaringsutveksling og kompetanseutvikling. Tiltaket bør sjåast i samheng med forslag om regionalt samarbeid om standardisering/forløp ovanfor.

3. Standardisering av tenestene

Helse Vest initierer eit regionalt samarbeid mellom helseføretaka for å utarbeide standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp/behandlingslinjer (inkludert fagprosedyrar). Arbeidet må bygge vidare på erfaringar i regionen og nasjonalt (sjå side 42 og 45).

Rehabiliteringsforløpet: Tidleg- og seinfase rehabilitering ([kapittel 7](#))

Tidleg rehabilitering ([kapittel 7.1](#))

Med tidleg rehabilitering, i akutt og subakutt fase, forstår vi rehabilitering som starter samtidig med eller direkte etter at pasienten har fått behandling, som oftast innan 3 månader etter alvorleg akutt skade eller sjukdom.

Kapitlet presiserer kva som bør kjenneteikne tenestene i denne fasen av pasientforløpet i kliniske avdelingar, spesialiserte rehabiliteringsavdelingar i sjukehusa og private rehabiliteringsinstitusjonar (sjå side 45-47). Kunnskapsgrunnlaget for tenestene blir vist, og flaskehalsar og brot i pasientforløpet er utgreie. Planen går ikkje inn i innhaldet i tidleg mobilisering/rehabilitering som skal skje i alle kliniske avdelingar, men inkluderer dette som ein viktig del av rehabiliteringsforløpet med fokus på samarbeidet mellom kliniske avdelingar og spesialiserte rehabiliteringsavdelingar for å kome tidleg i gang med rehabiliteringa. På det grunnlaget blir følgjande forbetringstiltak foreslått:

1. For å oppnå tidleg start av rehabilitering må helseføretaka (sjå side 48):
 - A. Utarbeide standardiserte pasientforløp/behandlingslinjer og formaliserte avtaler mellom akutt/kliniske avdelingar og spesialisert rehabiliteringsavdelingar for å sikre raske overgangar, samarbeidsrutinar og klar oppgåvedeling. Helseføretaka må vere bevisste på at rehabilitering skal vere ein del av behandlingsskjedene. Ein tilrår å starte med å utarbeide 2-3 pasientløp (t.d. hjerneskode, spinale skadar, traumar) i eit samarbeid mellom helseføretaka i planperioden.
 - B. Vurdere meir bruk av intern bistand og rettleiing frå dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane til andre avdelingar i sjukehuset.

2. Ha merksemd på overgangen mellom helseføretaka og private rehabiliteringsinstitusjonar (sjå side 48):
 - A. Helseføretaka inkluderer tenestene i dei private rehabiliteringsinstitusjonane i samarbeidsavtale 2 mellom helseføretaka og kommunane. Rolla til institusjonane må gå fram av samarbeidsavtalene, og ein tilrår at dette blir tatt inn ved revidering av avtalene.
 - B. Helseføretaka inkluderer tenestene i dei private institusjonane i pasientforløpa (jf. kap. 3.5).

Seinfase rehabilitering ([kapittel 7.2](#))

Med seinfase rehabilitering i spesialisthelsetenesta forstår vi rehabilitering ved alvorleg og/eller kompleks forverring av kjent funksjonssvikt, eller nyoppstått alvorleg funksjonssvikt som følgje av tidlegare erverva skade/sjukdom eller kronisk sjukdom, der det er behov for spesialisert og intensiv tverrfagleg rehabilitering.

Kapitlet går gjennom kjenneteikn for tenestene i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar i sjukehusa og i dei private rehabiliteringsinstitusjonane (sjå side 49-50). Kunnskapsgrunnlag, flaskehalsar og brot blir utgreia, og følgjande forbetringstiltak blir foreslått:

1. Helseføretaka inkluderer seinfaserehabilitering i pasientforløp for ulike pasientgrupper, inkludert tilbodet ved private rehabiliteringsinstitusjonar (sjå side 51).
2. Helseføretaka gjer i større grad bruk av tverrfagleg poliklinikk for pasientar med behov for rehabilitering i seinfase. Dette vil også gjelde ved tidleg rehabilitering for nokre pasientgrupper (sjå side 51).

3. Helseføretaka og dei private rehabiliteringsinstitusjonane samarbeider om å utvikle ytterlegare spesialiserte tilbod for pasientar med t.d. progredierande nevrologiske sjukdommar, kreft, samansette funksjonsutfall, og eventuelt kognitiv svikt og/eller språkvanskar (jf. òg kap. 3.5).
4. Helseføretaka legg større vekt på bruk av ambulante tenester frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Dette vil også gjelde ved tidleg rehabilitering for nokre pasientgrupper (jf. kap. 5.3 og 7.3 om kompetanseutvikling).

Forslag til forbetringstiltak – både tidleg rehabilitering og seinfaserehabilitering ([kapittel 7.3](#))

1. Regionale funksjonar innanfor rehabilitering (sjå side 52)
 - A. Ein del av regionsfunksjonen til traumesenteret (Helse Bergen) må vere tidleg rehabilitering. Revisjon av regionalt traumesenteret og utkast til revidert nasjonal traumeplan viser at det er behov for ein gjennomgang av traumeorganiseringa.
 - B. Dei eksisterande regionale funksjonane innanfor rehabilitering (spinalskade og alvorleg hovudskade, lagt til Helse Bergen) må tydeleggjerast som ein del av rehabiliteringskjeda i heile Helse Vest.
 - C. Det vil truleg vere ein styrke om ein spesialisert rehabiliteringsavdeling i regionen varetar vurdering av pasienten sine behov, moglegheiter, avgrensingar (fysisk, kognitivt, språk) opp mot avansert teknisk utstyr, inkludert IKT-hjelpemiddel/rehabiliteringsteknologi.

2. Ein tilrår at spesialisert rehabilitering i helseføretaka blir organisert i eigne einingar. Det blir organisert slik i dag i alle helseføretaka med unntak av Helse Førde (sjå side 52-53). Samtidig er tidleg mobilisering og opptrening i alle kliniske avdelingar viktig for at pasienten raskt kan vinne tilbake tidlegare funksjonsevne, jf. òg kap. 7.1.

3. Det blir tilrådd at Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Bergen og i Helse Stavanger samarbeider om utvikling av ny tverrfagleg behandlingsplan i DIPS Arena. Dette må sjåast i samanheng med regionalt samarbeid som er i gang (sjå side 53).

4. Styrke kompetanse og kapasitet (sjå side 53-54)
 - A. Det blir foreslått at Helse Vest i samarbeidet med universitets- og høgskulesektoren, tar opp behovet for rehabiliteringskompetanse i grunnutdanningane til helseprofesjonane og for vidareutdanningstilbod innanfor rehabiliteringsområdet.
 - B. Helseføretaka må sørge for solide og spesialiserte fagmiljø i dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane i spesialisthelsetenesta, og bidra til kompetanseutvikling og -deling mellom spesialisthelseteneste og kommune (jf. kap. 5.4).
 - C. Det blir foreslått at Helse Vest utviklar eit regionalt rekrutteringsprogram etter modell frå Helse Nord, for å utdanne fleire legespesialistar i fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Vest.
 - D. Helseføretaka må bidra til at praksisdelen av utdanningane inkluderer rehabilitering, at rehabiliteringsavdelingar inngår som praksisstad for t.d. sjukepleie- og helsefagstudentar, og legge til rette for tverrfagleg samtidig praksis for utdanningane.

- E. Helseføretaka må særleg styrke tilbodet innanfor synsrehabilitering og rehabilitering etter kognitive funksjonsutfall.
- F. Helseføretaka må etablere rutinar og formaliserte avtaler for rolleavklaring og samarbeid mellom einingar internt i spesialisthelsetenesta (rehabiliteringseiningar og psykisk helsevern/rusmedisin).

Forsking og kunnskapsutvikling ([kapittel 8](#))

Det er ei kjent utfordring at habiliterings- og rehabiliteringsfeltet har eit mangelfullt kunnskapsgrunnlag, og det er i mange samanhengar peikt på behov for meir forskingsbasert kunnskap. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) blei begge felte omtalt som forskingssvake fagområde med lav status, svak rekruttering og fagutvikling. Strategien peiker på at ein må styrke ulike forskingstilnærmingar samtidig: klinisk diagnosebasert forsking, forsking på effekt av tiltak, på organisering av tenestetilbodet, og koordinering av forsking på tvers av ulike fagområde.

Habiliterings- og rehabiliteringstenestene er i relativt liten grad standardiserte på tvers av einingar og nivå. Ein større grad av standardisering vil kunne bidra til betre kommunikasjon og kontinuitet i oppfølginga av pasientane på tvers av nivå og over tid.

Det ligg føre følgjande forslag til forbetringstiltak for forsking og kunnskapsutvikling:

1. Helse Vest og helseføretaka må styrke både helsetenesteforskning om organisering og samhandling (i kompetansesenteret og i helseføretaka) og klinisk forsking i habilitering og rehabilitering (i helseføretaka). Sjå side 54-55 og 57.
2. Helse Vest må vurdere øyremerking av midlar til doktorgradsprosjekt innanfor somatisk habilitering og rehabilitering for ein avgrensa periode. Det er viktig med føreseieleg tilgang på stipendmidlar i ein oppbyggingsperiode, for å støtte opp om initiativ i kompetansesenteret og i helseføretaka i samarbeid med universitet og høgskolar (sjå side 54-55 og 57).
3. Helseføretaka må styrke den akademiske kompetansen i habilitering og rehabilitering (sjå side 55 og 57):
 - A. Ta initiativ til å opprette kombinerte vitskapeleg(e) stilling(ar), professorat(ar), i fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Vest i samarbeid med universiteta.
 - B. Legge til rette for at kvalifisert helsepersonell kan delta i/gjennomføre doktorgradsprosjekt innanfor habilitering og rehabilitering på hel- eller deltidsbasis.
 - C. Legge til rette for rekruttering av helsepersonell med grunnutdanning på master/hovudfagsnivå, og for at medarbeidarar kan delta i deltids masterutdanningar.
4. Ein tilrår at Helse Vest styrker Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, som er lagt til Helse Bergen (jf. [kap. 3.1](#)). Styrkinga må sikre tverrfagleg kompetanse, inkludert både (re)habiliteringskompetanse og forskingskompetanse. Formålet med styrkinga er:
 - A. Koordinering av regionale samarbeidsprosjekt og nettverk mellom helseføretaka for fagutvikling, som følgjer av forslag i denne regionale planen (sjå side 57).
 - B. Forsking: Realisering av forskingsprogrammet for habilitering (doktorgradsprosjekt/stipendiatstillingar) og oppfølging av pågåande satsing innanfor rehabilitering (nye

doktorgradsprosjekt med utgangspunkt i spesialisthelsetenesta i regionen). Sjå side 55 og 57.

5. Kvalitetsregister (sjå side 55 og 57): Starte opp arbeidet for å etablere eit regionalt medisinsk kvalitetsregister for rehabilitering som omfattar alle dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane (AFMR) i regionen (jf. rehabiliteringsregister i Helse Bergen). Pasientrapporterte data (PROMs) må inkluderas i rehabiliteringsregisteret, jf. kap. 5.5.

Helse Bergen er i gang med etablering av kvalitetsregister, og det er viktig at registeret blir utvikla vidare i samarbeid mellom helseføretaka (t.d. gjennom ei styringsgruppe med representantar frå AFMR i alle helseføretaka). Registeret bør søke regionale stimuleringsmidlar og registerfagleg støtte ved Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister.

6. Helseføretaka og kompetansesenteret må etablere/delta i samarbeid mellom eksisterande forskingsmiljø regionalt, interregionalt og nasjonalt om:
 - A. Utvikling av felles standardar for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet (sjå side 56 og 58).
 - B. Felles prosjekt og søknadar om forskingsmidlar. T.d. forskings- og innovasjonsprosjekt (multisenterstudium) om utvikling og integrering/bruk av rehabiliteringsteknologi i behandlinga, som vil få større vekt framover (jf. side 52, 55 og 58).

1 Innleiing

1.1 Bakgrunn og mandat

Styret i Helse Vest gikk i sak 136/13 inn for å revidere regional plan for habilitering og rehabilitering. Den eksisterande planen blei vedtatt av styret i desember 2006 (styresak 124/06). Det blei etablert eit prosjekt med hovudmål å danne grunnlag for ein ny regional plan som skal vere Helse Vest sin strategi for å vidareutvikle habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og oppnå koordinerte og samanhengande tenester for pasientane.

Prosjektet skal⁴:

- Ta utgangspunkt i utviklingstrekk og overordna føringar som er omtalt i styresak 136/13.
- Gi ei kortfatta oppsummering av status for habiliterings- og rehabiliteringstilbodet per i dag.
- Analysere aktivitetstal, vurdere registreringspraksis i helseføretaka og foreslå tiltak for lik praksis.
- Identifisere hovudtrinna i pasientforløpet som ein (re)habiliteringspasient kan møte frå heimen via primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta og tilbake til heimen. For kvart trinn i pasientforløpet, skal prosjektet:
 - vurdere kunnskapsgrunnlaget (inkludert overordna føringar og mål)
 - peike på flaskehalsar og brot i forløpet, og eventuelle udekte behov for tenester (inkludert å vurdere kapasiteten)
 - foreslå forbetringstiltak, t.d. knytt til kapasitet, organisering og kompetanse.
- På alle trinna i pasientforløpet skal hovudfokus vere på samhandling for å oppnå koordinerte og samanhengande tenester for pasientane. Prosjektet skal m.a.:
 - utarbeide forslag til korleis Helse Vest og helseføretaka kan understøtte oppbygginga av habiliterings- og rehabiliteringstenestene i kommunane i tråd med intensjonane i samhandlingsreforma.
 - vurdere tiltak som kan bidra til å knytte tenestene saman på tvers av forvaltningsnivåa og institusjonsgrensene. Foreslå tiltak knytt til iverksetting og oppfølging av samarbeidsavtaler mellom kommunar og helseføretak, særleg tenesteavtale 2 og 6.
 - foreslå korleis samarbeidet mellom dei private rehabiliteringsinstitusjonane, kommunane og helseføretaka kan vidareutviklast for at tilbodet i institusjonane i større grad skal bli ein del av ei samanhengande teneste til pasientane. I samarbeidsavtaler mellom kommunar og helseføretak kan det vere aktuelt å inkludere tilbodet i rehabiliteringsinstitusjonane som ein del av eit samla spesialisthelsetenestetilbod.
- Evaluere den regionale vurderingseininga for rehabilitering, jf. mandatet for eininga:
 - Vurdere om tilvisingar frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar skal knytast opp mot vurderingseininga. Føresetnadene er at dette kan bidra til å knytte tenestene tettare saman og til å betre pasientflyten. Vurderingane kan bygge på erfaringar i dei andre regionane.
 - Eventuelt utarbeide eit forslag til korleis tilvisingar frå sjukehusa i praksis kan knytast opp til vurderingseininga.
- Analysere og vurdere praksis i helseføretaka knytt til rettighetsvurdering av pasientar tilvist til rehabilitering, og foreslå tiltak dersom det er forskjellar i prioriteringspraksis mellom helseføretaka.

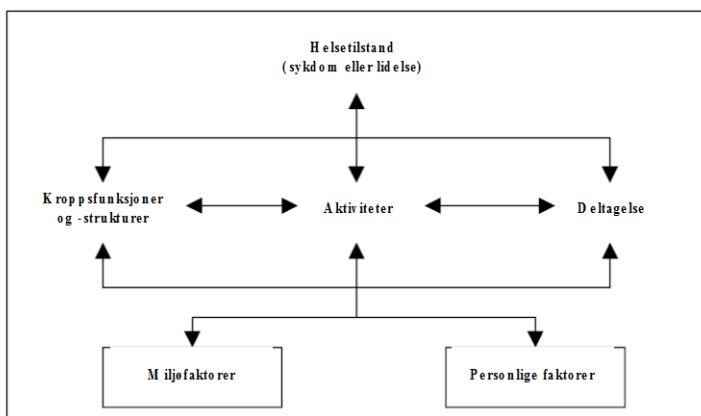
Prosjektet legg til grunn definisjonen av habilitering og rehabilitering som går fram av forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator:

Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og

brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Definisjonen bygger på ei forståing av habilitering og rehabilitering i relasjon til ICF (Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse) der hovudvekta blir lagt på funksjonsevne, aktivitetar, deltaking og verknaden av personlege faktorar og miljøfaktorar⁵. Ei nærare omtale av ICF er å finne i vedlegg 1a.

Figur 1: ICF – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse



Habilitering og rehabilitering har som målet å hjelpe pasienten i eigen innsats, med fokus på dei moglegheitene pasienten har til tross for funksjonsnedsettinga si. Funksjonsnedsettinga kan vere medfødt eller tidleg erverva (habilitering), eller komen som følgje av sjukdom eller skade (rehabilitering).

Denne planen gjeld somatisk habilitering og rehabilitering. Tilbodet innanfor psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling blir varetatt innanfor planane for desse fagfelta⁶.

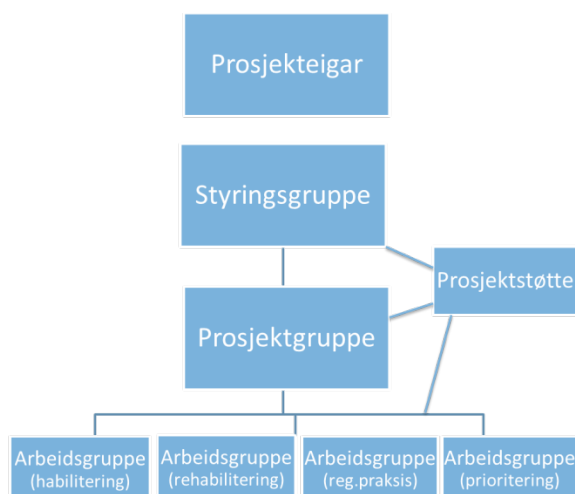
Planen omhandlar ikkje særskilt spesialisthelsetenester til eldre. Det blir i den samanheng vist til sak 15/09 til styret i Helse Vest, og etablering av Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) i 2010 for å styrke regional samhandling, forskning, fagutvikling, nettverksbygging og undervisning innanfor eldremedisin. Eldremedisin omfattar fysiske, psykiske og sosiale forhold som kan oppstå ved akutt sjukdom, ved behandling av kroniske lidingar, rehabilitering og ved livets slutt⁷.

Planperioden er 2016-2020. Mot slutten av perioden vil det bli vurdert om planen skal vidareførast, reviderast eller om ny plan skal utarbeidast.

1.2 Organisering av arbeidet

Arbeidet blei organisert med ei styringsgruppe, prosjektgruppe og fleire arbeidsgrupper. Prosjektdeltakarane representerte helseføretaka, kommunar, private institusjonar og brukarar. Oversikt over prosjektdeltakarane og leiarar av dei ulike gruppene går fram av prosjektdirektivet, vedlegg 1. Der går også fram ei oversikt over oppgåvene til og arbeidsforma i alle arbeidsgruppene.

Figur 2: Prosjektorganisering



Arbeidet starta i oktober 2014 og blei avslutta i juni 2015. Det var tre styringsgruppemøte og fire prosjektmøte. I dei ulike arbeidsgruppene var det ei rekkje møte underveis i prosjektperioden, og deltakarane bidrog i tillegg med innspel per e-post. Helse Vest bidrog til prosjektgjennomføringa i form av ressursar til sekretariat, analysearbeid, rapportskriving og prosjektleiing.

2 Utviklingstrekk og overordna føringar

2.1 Utfordringar og tidlegare satsingar

Den eksisterande regionale planen frå 2006 peikte på følgjande utfordringar for (re)habiliteringsfeltet:

- Mange aktørar – samhandling er grunnleggjande: Ei vesentleg utfordring er å skape samanhengande tiltakskjeder for pasientane ved å betre koordineringa av tenestene og oversikten over tenestene. Etablering av gode samhandlingsarenaer og samhandlingsstrukturar er viktig i denne samanheng.
- Mangelfullt kunnskapsgrunnlag – behov for å styrkje fagfeltet: Forskingsaktiviteten innanfor habilitering og rehabilitering er lav, samtidig som behovet for forskingsbasert kunnskap er stort. Det blir arbeidd med fagutvikling, men likevel saknar ein på mange område studiar som viser kva nytte pasienten har av habiliterings- og rehabiliteringstiltaka.
- Kapasitet og kompetanse: Det blir ei utfordring å legge opp til ein kapasitet og kompetanse i tenestene og personellressursar som kan møte utviklinga og svare på behova i fagfeltet.
- Rammevilkår – eksterne forhold som påverkar utviklinga av tenestene: Varierende kapasitet og kompetanse i kommunane innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og at finansieringssystem for habilitering og rehabilitering ikkje understøtta utvikling av arbeidsformar som fremjar samanhengande og heilskaplege tilbod.

Planen la opp til følgjande strategiske område som grunnlag for ei langsiktig satsing på feltet:

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

I 2007 blei dette følgt opp med å etablere eit regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering (jf. styresakene 124/06 og 27/07). Senteret har følgjande oppgåver:

- Forsking og fagutvikling
- Nettverksbygging
- Undervisning
- Funksjon som regional koordinerande eining
- Funksjon som regional vurderingseining for rehabilitering (oppgåva kom til i 2010, jf. styresak 108/09).

I perioden etter at den regionale planen blei vedtatt i 2006 og fram til 2011, blei re)habiliteringsfeltet i Helse Vest styrka med nær 100 mill. kr. Det blei sett av midlar til habiliterings- og rehabiliterings-tilboda i helseføretaka, og det er brukt ressursar på å auke både omfanget av og kvaliteten på tenestene som blir kjøpt frå private rehabiliteringsinstitusjonar (jf. styresakene 46/08, 125/08 og 108/09). I tillegg blei kjøp frå private styrka med vel 50 mill. kr gjeldande frå 2015 (jf. styresak 128/14).

2.2 Endring i behov og fagleg utvikling

Endring i demografi og sjukelegheit

Førekomsten av langvarige sjukdommar og kroniske sjukdommar vil auke. Stadig betre behandlingsmetodar bidrar til at fleire av dei som blir fødde med alvorleg funksjonssvikt lever opp, og at fleire både vaksne og barn overlever akutt og alvorleg skade og sjukdom. Mange med nedsett funksjonsevne har no tilnærma same forventa levealder som resten av befolkninga.

Det er óg venta ein auke i folketalet i Helse Vest på 24 prosent fram til 2030 og ei kraftig auke i talet på eldre. Veksten er størst i den sørlegaste delen av regionen, der også talet på eldre vil auke mest. Eldre menneske har oftare behov for rehabilitering etter akutt sjukdom, og på grunn av aukande levealder har pasientar med kroniske sjukdomar blitt den største pasientgruppa i helsetenesta. Blant eldre og kronisk sjuke dominerer også multisjukelegheit, dvs. at mange har fleire sjukdommar samtidig.

Demografisk utvikling og utvikling i helsetilstand med fleire menneske med kroniske lidningar, gir eit auka behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester framover. Dette vil gi eit større press på tenestene både i kommunane og i spesialisthelsetenesta og kan medføre lengre ventetider.

Fagleg utvikling

Utviklinga av meir skånsame operasjonsmetodar og nye og betre legemiddel kan gi eit mindre rehabiliteringsbehov. Det gjeld til dømes etter ortopediske operasjonar og for pasientar med revmatiske sjukdommar.

Dei seinare åra har det vore ei fagleg utvikling i rehabiliteringsfeltet som peiker i retning av meir vekt på tidleg intervensjon av rehabiliteringstiltak etter akutte hendingar, tett integrert i akuttbehandlinga i sjukehusa. Det er til dømes godt dokumentert at dette reduserer dødelegheit og sjukelegheit for pasientar med hjerneslag⁸. Også for eldre menneske med fleire sjukdommar og kronisk funksjonssvikt som får akutte indremedisinske sjukdommar eller brotskadar, er det vist at rehabilitering integrert i akuttbehandlinga har stor betydning⁹.

Dette understrekar behovet for å arbeide med heilskaplege pasientforløp i spesialisthelsetenesta som inkluderer rehabilitering.

Denne reviderte planen legg elles til grunn utgreiinga av førekomst av sjukdom som fører til behov for habilitering eller rehabilitering, som følgjer av grunnlagsdokumenta for den regionale planen frå 2006.

2.3 Overordna nasjonale føringar og mål – endring i ansvars- og oppgåvedeling og auka samhandling

Forskrift om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator legg ansvaret for habiliterings- og rehabiliteringstenestene på både kommunane og spesialisthelsetenesta, men den definerer ikkje eit skarpt skilje mellom forvaltningsnivåa.

Samhandlingsreforma og Nasjonal helse- og omsorgsplan legg til grunn at pasientane skal få helsetilbod så nær heimen som mogleg, og at pasienten kan bu heime så lenge som mogleg. Eit grunnleggjande prinsipp er derfor at hovudtyngda av habilitering og rehabilitering skal skje i heimkommunen til pasienten, mens spesialisthelsetenesta skal bidra med spesialisert kompetanse og rettleiing. Det skal leggest auka vekt på habilitering og rehabilitering, og auken skal først og fremst skje i kommunane.

Samhandlingsreforma og dei etterfølgjande lov- og forskriftsendringane legg opp til endringar i ansvars- og oppgåvedelinga mellom kommune og spesialisthelseteneste på rehabiliteringsområdet. Det er utarbeidd ein rapport¹⁰ om grenseoppgang mellom nivåa, med ein modell til hjelp i ansvars- og oppgåvedelinga. Rapporten skal ligge til grunn for det vidare arbeidet på rehabiliteringsfeltet¹¹:

Figur 3: Ansvarsavklaring – vektingsmodell

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Avklaringar om oppgåvedeling med utgangspunkt i modellen må gjerast i gjensidig dialog mellom partane, anten på system- eller individnivå. Fordelingsmodellen vil i dei fleste tilfella gi eitt av to svar: Rehabilitering og oppfølging av pasienten (eller pasientgruppa) bør skje i kommune og spesialisthelsetenesta i fellesskap, eller bare i kommunen.

Fram til kommunane har kapasitet og kompetanse til å ta eit større ansvar for habilitering og rehabilitering, skal ein unngå nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetenesta (oppdragsdokumenta for 2013 og 2014).

Eit systematisk samarbeid mellom tenesteytarar på ulike nivå og pasienten, er avgjerande for å nå dei måla pasienten har for meistring, deltaking og livskvalitet. Målet er å oppnå koordinerte og samhengande tenester for pasientane.

Dei lovfesta samarbeidsavtalene mellom helseføretak og kommunar skal gi ei ramme for samarbeid om overføring av aktivitetar og oppbygging av tenestetilbodet i kommunane, for samarbeid om utviklingsoppgåver, gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom forvaltningsnivåa, og er viktige verktøy for å skape koordinerte tenester til pasientane. Avtalene omhandlar samarbeid om ei rekke oppgåver, bl.a. om innlegging og utskriving, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod.

Nye forskriftskrav knytt til individuell plan, koordinator og koordinerande einingar skal bidra til samordning av tenestene og er verktøy som skal nyttast både i kommunane og spesialisthelse-

tenesta. For å bidra til at kommunane kan gi gode og heilskapelege tenester innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må spesialisthelsetenesta følgje opp rettleiaransvaret overfor kommunane.

Ansvarsgrensene mellom nivåa på (re)habiliteringsfeltet vil flytte seg når tenestene blir vidareutvikla, det gjeld både i høve den medisinskfaglege utviklinga og endringar i organisering av tenestene. Grenseoppgangen kan derfor ikkje fastsettast endeleg, men vil vere i bevegelse. Samarbeidsavtalene, forskriftsfesta samarbeidsverktøy og rettleiingsplikta, er hjelpemiddel for å handtere dette. Dette blir derfor tema i denne planen.

Sjølv om det vil vere ein gråson, eller vekslingsfelt mellom tenestene, der ansvars- og oppgåvedelinga vil variere med tid og sted, er dette likevel ikkje til hinder for at ein så langt som rå tydeleggjer grenseoppgangar. Dette blir også tema i planen.

Nokre sentrale dokument som ligg til grunn for planen er:

- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator
- Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)
- Prioriteringsrettleiarar for habilitering av barn og unge og av vaksne (IS-1820 og IS 1821 Helsedirektoratet 2010).
- Prioriteringsrettleiar for fysikalsk medisin og rehabilitering (IS 1712 Helsedirektoratet 2009). Revidert versjon på høyring vår 2015.
- Rettleiar for habiliteringstenesta for vaksne i spesialisthelsetenesta (IS-1739 Helsedirektoratet 2009)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge (IS-1692 Helsedirektoratet 2009)
- Behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Nasjonale faglige retningslinjer IS 1688 Helsedirektoratet 2010)
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen
- Avklaring av ansvars- og oppgåvedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (rapport IS-1947 Helsedirektoratet 2012)
- NCD-strategi. For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft (2013-2017).

Internrevisjonen i Helse Vest gjennomførte i 2014/2015 ein revisjon med oppfølginga av internkontrollen i dei private rehabiliteringsinstitusjonane. I 2015 gjennomfører Helse Vest ein fagleg revisjon i helseføretaka med tema hjerneslag-rehabilitering.

2.4 Nye nasjonale initiativ

Nye nasjonale meldingar og planar med meir vil kunne påverke habiliterings- og rehabiliteringsfeltet:

- Meld. St. 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner: «Regjeringen vil arbeide videre med en vurdering av framtidig organisering og ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.» «Det skal utredes nærmere hvilke oppgaver innenfor rehabiliteringsfeltet kommunene skal få et større ansvar for, samt i hvilken form en slik ansvarsendring skal skje.»
- Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
- Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet, september 2015
- Forslag om innføring av fritt rehabiliteringsval. På høyring sommar/haust 2015
- Opptrappingsplan for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Planlagt haust 2015.
- Nasjonal helse- og sjukehusplan. Planlagt haust 2015.

- Prosedyrekodar blir revidert i 2015, planlagt tatt i bruk i 2016. Indikatorarbeid blir starta opp i denne samanheng, og fagområdet rehabilitering og habilitering blir inkludert i utviklinga av kvalitetsindikatorar i regi av Helsedirektoratet.

3 Statusbeskriving og -vurdering

3.1 Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering

Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering blei etablert i 2007 som ledd i ei langvarig strategisk satsing på habilitering og rehabilitering. Senteret er organisert som eiga eining ved ReHabiliteringsklinikken i Helse Bergen HF. Senteret har regional referansegruppe med rådgivande funksjon og styringsgruppe som øvste vedtaksorgan.

Målsettinga for kompetansesenteret er å bidra til styrking av kunnskapsgrunnlaget for vidareutvikling av felta, og å etablere nettverk og arenaer for samarbeid mellom aktørane på tvers av fag og føretaksgrenser, og med relevante samarbeidspartnare utanfor spesialisthelsetenesta. Senteret er inne i sin andre strategiperiode (2013 – 2016)¹², og rapporterer årleg om aktiviteten innanfor alle hovudoppgåvene til Samarbeidsorganet i Helse Vest¹³.

Senterets oppgåve innanfor forskning og fagutvikling blir utdjupa i kapittel 8. Senteret har vidare følgjande funksjonar og oppgåver:

Regional koordinerande eining (RKE): Funksjonen er nettverksorganisert med bindeleddstillingar til koordinerande eining (KE) i alle HF-a i regionen. Gjennom denne strukturen har senteret utvikla eit breitt kontakt- og samarbeidsnettverk innanfor habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetenesta og med KE i alle kommunane i regionen.

I kvart HF har KE etablert *Møteplass* som forum for samarbeid mellom KE på tvers av nivå, og *Dialogforum* for undervisning og rettleiing om IP og koordinator innan spesialisthelsetenesta. Oppgåver ved KE er forankra i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Les meir om oppgåver ved RKE/KE i kapittel 5.

Nettverksbygging: Kompetansesenteret etablerer og driver tverrfaglege regionale nettverk innan forskning, kvalitetsutvikling og forbetring, og samarbeider med helseføretaka om kompetanseutveksling mellom spesialisthelsetenesta og kommunane¹⁴.

Undervisning: Medarbeidarar ved kompetansesenteret bidrar med undervisning på grunn- og vidareutdanningar ved høgskolane i regionen, og med faglege innlegg hos ulike samarbeidspartnarar lokalt, regionalt og nasjonalt.

Regional vurderingseining for rehabilitering: Vurderingseininga skal sikre at tilvisingar til rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar, frå fastlegar og avtalespesialister m.fl., blir vurdert i tråd med prioriteringsforskrifta. Vurderingseininga skal også bidra til betre samordning og oversikt over rehabiliteringstenester, og til at færre pasientar må reise ut av regionen for spesialisert rehabilitering. Senteret leverer årleg rapport om arbeidsflyt/aktivitet, pasientflyt og ventetider ved Vurderingseininga som blir publisert på senteret si nettside www.helse-bergen.no/kompetansesenter-habrehab. Om arbeidsområdet til vurderingseininga skal utvidast til å omfatte tilvisingar frå sjukehusa, blir vurdert i kapittel 3.5.

Evaluering: I 2013 blei kompetansesenteret evaluert av KPMG på oppdrag frå Helse Vest RHF. Evalueringa undersøkte korleis senteret har løyst mandat og hovudoppgåver. Vurderingar blei henta inn blant senteret sine samarbeidspartnarar i Helseregion Vest. Tilbakemeldingane viste at senteret

scorar høgt på kompetanse, kvalitet, relevans og nytte for brukarar/samarbeidspartnarar. Senteret blir også oppfatta som svært tilgjengeleg i heile regionen.

3.2 Status for habiliteringstenester for barn og unge og for vaksne

Habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet har som mål å hjelpe pasienten i eigen innsats, med fokus på dei moglegheitene pasienten har til tross for funksjonsnedsettinga si. Habilitering av barn, unge og vaksne handlar om tverrfagleg innsats for å støtte og utvikle funksjons- og meistringsevne, helse og livskvalitet til personar med medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsettingar. Habiliterings-tilbodet kan omfatte heile livssituasjonen til pasienten, og er summen av alle tiltaka som må til for at den enkelte skal meistre livssituasjonen sin. Habiliteringa skal setje pasienten sine behov og føresetnader i fokus. Samarbeid med pårørande er avgjerande.

Habiliteringstilbodet kan dreie seg om betring av funksjon, vedlikehald av funksjon eller å førebygge reduksjon i funksjonsnivå. Det er det samla funksjonsnivået og ikkje diagnosen aleine som styrer om pasienten skal ha habilitering i spesialisthelsetenesta. Det kan dreie seg om komplekse tilstandar som medfører alvorlege og samansette funksjonsnedsettingar. Pasientane kan trenge tenester frå mange ulike tenesteytarar på ulike nivå, ofte gjennom heile livsløpet.

Habilitering i spesialisthelsetenesta grensar opp mot og samarbeider med ei rekkje andre fagområde og aktørar. Innanfor spesialisthelsetenestene gjeld det særleg pediatri, nevrologi, psykisk helsevern, rehabilitering og læring og meistring. Innanfor det kommunale hjelpeapparatet gjeld det m.a. helse- og omsorgstenester, fastlege, PP-tenesta, skule og barnehage. Andre viktige samarbeidspartar er t.d. arbeidsplassen, NAV, nasjonale kompetanse- og behandlingstenester og dei statlege kompetansesentra.

Spesialisthelsetenesta bidrar med utgreiing, diagnostisering, behandling, kurs og pasientopplæring, og råd og rettleiing til kommunale tenester. Arbeidsforma er i hovudsak tverrfagleg, poliklinisk og ambulant.

Det er ulik organisering i helseføretaka. Habiliteringstenester blir gitt i habiliteringstenesta for barn og unge (HABU), og i habiliteringstenesta for vaksne (HAVO), andre somatiske avdelingar og i psykisk helsevern. Korleis oppgåvedelinga er lagt opp, varierer mellom helseføretaka. Både HABU og HAVO i dei ulike føretaka dekkjer til dels ulike pasientgrupper, og arbeidsdelinga mellom habilitering og andre avdelingar i føretaket, er lagt opp ulikt. Organiseringa blir beskriven i kapitla 3.2.1 og 3.2.2. I kapittel 3.4 og i kapittel 6 blir problemstillingar knytt til dette nærare drøfta.

3.2.1 Habiliteringstenester til vaksne

Vaksnehabiliteringstenestene (HAVO) i Helse Vest gir tilbod til vaksne med medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsettingar. Funksjonsnedsettinga kan skyldast t.d. nevrologiske skadar/tilstandar, utviklingshemming, medfødde sjukdommar eller utviklingsavvik, nevropsykiatriske utviklingsforstyringar, ulik tilleggsproblematikk, autismespekterforstyringar og andre komplekse tilstandar som medfører kognitive og åtferdsmessige funksjonsproblem. HAVO gir tilbod til personar over 18 år.

Innhaldet i habiliteringstenestene for vaksne er i hovudsak:

- Spesialisert undersøking og diagnostisering:
- Tverrfagleg utgreiing ved ulike problemstillingar i målgruppa
- Spesialisert behandling, trening, førebygging og tilrettelegging av miljøfaktorar i samarbeid med kommunar og andre einingar i spesialisthelsetenesta (t.d. psykisk helsevern)
- Pasient- og pårørandeopplæring
- Kurs og undervisning til samarbeidande personell

- Rettleiing, rådgiving og kompetanseoppbygging til kommunale og andre aktørar
- Koordinering og samarbeide med andre aktørar om oppfølging
- Melde frå om behov for individuell plan
- Utgreiing, rådgiving og vurderingar i samband med tiltak etter Lov om helse- og omsorgstjenester kap. 9 om bruk av tvang og makt mv overfor menneske med utviklingshemming.

Arbeidsforma til HAVO er fleksibel bruk av:

- Ambulant oppfølging i pasienten sin heimkommune
- Poliklinisk oppfølging, individuelt og i gruppe
- Korttids døgnopphald med hospitering frå primærhelsetenesta (gjeld bare Helse Bergen)

Tabell 1: Organisering av habiliteringstenester for vaksne (HAVO) i helseføretaka

Helseføretak	Klinikk/avdeling	Avdeling/Eining	Faggrupper
Helse Stavanger	Medisinsk divisjon/ AFMR Lassa	Habiliteringstjenesten for vaksne	Nevrolog, psykiater, vernepleiar, sjukepleiar, psykologspesialistar, testteknikkar, spesialist i nevrologisk fysioterapi og sosionom
Helse Fonna	Medisinsk klinikk/ Habilitering, læring og meistring	Habilitering vaksne	Vernepleiar, pedagog, barneverns-pedagog, psykologspesialist, ergoterapispesialist, fysioterapeut og faste avtaler med legespesialist
Helse Bergen	ReHabiliteringsklinikken (Somatisk sektor)	Habiliteringstenesta for vaksne (HAVO)	Lege, vernepleiar, hjelpepleiar, barnevernspedagog, ergoterapeut, og psykolog
Helse Førde	Psykiatrisk klinikk	Vaksnehabiliteringstenesta/ sentralt ressursteam	Vernepleiar, spes.sjukepleiar og pedagogiske yrker. Psykologspesialist, psykiater, lege (i delstillingar)

I tillegg til tenestene ved HAVO, blir det gitt følgjande tilbod innanfor psykisk helsevern i tre av helseføretaka:

- Helse Stavanger: Mobilt innsatsteam (MIT), Psykiatrisk divisjon/ Spesialavdeling for vaksne, driv eit ambulant og poliklinisk behandlingstilbod for personar over 18 år med psykisk utviklingshemming og/eller autisme, som i tillegg har utfordrande åtferd og/eller psykisk lidning.
- Helse Bergen: Psykiatrisk klinikk i Helse Bergen har i 2014 etablert eit fagteam for personar med utviklingshemming og psykiske lidningar. Teamet består av psykiater, psykologspesialist og sjukepleiar, og har eit nært samarbeid med HAVO og dei distriktpsykiatriske sentra i Helse Bergen.
- Helse Fonna: Klinikk for psykisk helsevern har eining med poliklinisk tilbod til pasientar med psykisk utviklingshemming og i tillegg psykisk lidning (PPU). Saker med tangerende problemstillingar blir drøfta i faste møte mellom PPU og HAVO.

3.2.2 Habiliteringstenester til barn og unge

Barnehabiliteringstenestene (HABU) i helseføretaka i Helse Vest gir eit tverrfagleg tilbod på spesialisert nivå til barn og unge opp til 18 år, som har medfødde eller tidleg erverva funksjonsnedsettingar. Funksjonsnedsettingane kan skyldast t.d. kognitive eller motoriske utviklingsforstyringar/forseinkingar, medfødde hjerneskadar, alvorleg sjukdom, traume, erverva skadar, kronisk sjukdom eller sansetap.

Innhaldet i barnehabiliteringstenestene er i hovudsak:

- Diagnostisering
- Utgreiing av barnet sine ressursar og avgrensingar
- Tidleg hjelp til foreldre som har fått eit barn med funksjonshemming

- Langsiktig oppfølging ved komplekse og spesielle tilstander
- Individuelle tilbud, gruppetilbud og pasientopplæring til barn/unge og foreldre, med fokus på meistring
- Intensiv tverrfagleg habilitering¹⁵
- Rådgiving, rettleiing, kurs og undervisning til fagfolk i kommunen
- Oppfølging av individuell plan

Arbeidsforma er tverrfagleg, ambulant og poliklinisk og tenestene retter seg mot barn/unge og familiene deira, og mot fagpersonar i kommunane.

Tabell 2: Organisering av habiliteringstenester for barn og unge (HABU) i helseføretaka

Helseføretak	Divisjon/Klinikk/Avd.	Avd/eining	Faggrupper
Helse Stavanger	Kvinne/ barnedivisjonen	Avd Barnehabilitering Østerlide (frå 1.09.15 HABU Stavanger)	Pediater, barne- og ungdomspsykiater, spesialist i barne- og ungdomsfysioterapi, ergoterapeut, psykologspesialistar, testteknikar, spesialpedagog, logoped, IKT-pedagog, sosionom, vernepleiar, klinisk ernæringsfysiolog
Helse Fonna	Medisinsk klinikk/ Habilitering, læring og meistring	Habilitering barn	Barnelege, psykologspesialist, psykolog, vernepleiar, spesialist i barnefysioterapi, spesialergoterapeut, spesialpedagog og barnevernspedagog
Helse Bergen	Barneklubben	Habiliteringstenesta for barn og unge	Psykolog, lege, fysioterapeut, logoped, spesialpedagog, sosionom og vernepleier
Helse Førde	Medisinsk klinikk, Barneavdelinga	Barnehabilitering	Barnelege, barnefysioterapeut, ergoterapeut, sjukepleiar, vernepleiar, spesialpsykologar, spesialpedagogar, sosionom

Barn og unge med autismespekterforstyrningar (ASD) får habiliteringstenester innanfor psykisk helsevern i Helse Stavanger (Autismeteamet ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Psykiatrisk divisjon) og i Helse Bergen (Autismeteam ved Psykiatrisk divisjon). I Helse Fonna og Helse Førde er tenestene til barn og unge med ASD integrert i HABU¹⁶.

Barn og unge busette i Helse Vest får også habilitering i spesialiserte institusjonar i helseføretak i andre regionar, t.d. Geilomo barnesjukehus i Helse Sør-Øst. I tillegg blir det nytta tenester til barn og unge frå private institusjonar med avtale med Helse Vest RHF og andre regionale helseføretak. Det gjeld i hovudsak Beitostølen helsesportssenter og PTØ-senteret med avdeling på Hamar og avdeling i Stavanger.

3.3 Status for rehabiliteringstenester

Rehabilitering har som mål å hjelpe pasienten i eigen innsats, med fokus på dei moglegheitene pasienten har til tross for funksjonsnedsettinga si. Rehabiliteringa tar i hovudsak utgangspunkt i funksjonsnivå og individuelle mål, og ikkje i diagnose aleine. Rehabilitering handlar ikkje primært om å gjere ein person frisk, men å oppnå mest mogleg sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.

Eit systematisk samarbeid mellom pasienten og tenesteytarar på ulike nivå er avgjerande for å nå dei måla pasienten har for meistring, deltaking og livskvalitet. Både spesialisthelsetenesta, kommunane, NAV, utdanningssektoren vil vere viktige aktørar for å oppnå gode resultat i rehabiliteringa. I tillegg til helsetilbod kan det til dømes vere behov for tilrettelegging i skulen eller av bustaden, vaksenopplæring eller tilpassing av arbeidsforholda. For å skape samanhengande tenester for pasientane må alle aktørane samarbeide og koordinere tilboda sine.

Eit rehabiliteringsforløp er tidsavgrensa og skal ha ein start og ein slutt. Rehabiliteringsprosessen til den enkelte vil ofte bestå av fleire slike planlagde forløp av ulik varigheit knytt til ulike livsfasar eller til endring av funksjonsproblem og/eller av livssituasjon. Tenestene må derfor ha eit livsløpsspektiv for dei som treng rehabilitering i kortare og lengre periodar gjennom heile livet.

Rehabiliteringstenester blir ytt i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar og i ordinære avdelingar i helseføretaka og i dei private ideelle sjukehusa. Rehabilitering blir gitt som døgntilbod, dagtilbod, poliklinikk, ambulante tenester og som lærings- og meistringstilbod.

Helse Vest har avtale med seks private rehabiliteringsinstitusjonar om spesialiserte rehabiliteringstenester. Tenestene i institusjonane blir gitt i form av dagtilbod og døgntilbod. I tillegg er det rehabiliteringstilbod innanfor ordninga «raskare tilbake» både i sjukehusa og i dei private rehabiliteringsinstitusjonane.

Rehabiliteringstilbod i private institusjonar som andre regionale helseføretak har avtale med, blir nytta dersom det ikkje er eit relevant rehabiliteringstilbod i eigen region, eller dersom det er for lang ventetid.

Tabell 3: Organisering rehabiliteringstenester i helseføretaka i Helse Vest

	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Førde	Helse Stavanger
Koordinerande einingar for habilitering og rehabilitering (KE)	Organisert under: Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, ReHabiliteringsklinikken	Organisert under: Medisinsk klinikk, FOUSAM	Organisert under: Medisinsk klinikk, avdeling LMS	Organisert under: Medisinsk divisjon, avdeling for rehabilitering
Regionale tenester (I tillegg til desse definerte regionale funksjonane, blir tilbod nytta på tvers av føretaksgrenser etter behov)	- Spinalenheten, Nevrologisk avdeling (Nevroklinikken) - Regionale senger for tidlig rehabilitering av alvorlige traumatiske hodeskader, Avd for fysikalsk medisin og rehabilitering, ReHabiliteringsklinikken - Regional koordinerande eining, kompetansesenteret			
Spesialiserte rehabiliteringseiningar (Tilbodet inkluderer individuell intensiv døgnbasert tidleg rehabilitering i tillegg til dag/poliklinikk tilbod)	Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR), ReHabiliteringsklinikken Avdeling for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk	- Fysikalsk medisin og rehabilitering Stord (AFMR lokalisert til Stord sjukehus, er AFMR for heile føretaksområdet)	Avd. for Nevrologi, Revmatologi og Rehabilitering (ANRR)	Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) -Seksjon rehabilitering Lassa -Seksjon rehabilitering Eigersund
Rehabiliteringstilbod i andre sjukehusavdelingar	- Kreftsenter for opplæring og rehabilitering, Kreftavdelinga (dag/poliklinikk) - Tidleg hjarterehabilitering, Hjerteavdelinga (ikkje døgn) - Rehabilitering, Lungeavdelinga (grupper)	Ja	Hjarte-rehabilitering, medisinsk klinikk	- Nevrologisk avdeling, Akutt/subakutt slagpost

	Helse Bergen	Helse Fonna	Helse Førde	Helse Stavanger
	- Rehabilitering, Revmatologisk avdeling (døgn, dag og poliklinikk) - Rehabiliteringsteam, Voss sjukehus			
Ambulant rehabilitering	- AFMR - Ambulant team (ME/CFS) - Ambulant spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering (evt tverrfaglig team) i forhold til nevrokirurgisk avdeling, Helse Bergen	Nei	Ambulant rehabiliteringsteam, avdeling LMS	Poliklinisk/ambulant rehabiliteringsteam, AFMR Seksjon rehabilitering Lassa
Lærings- og meistringstilbud (LMS)	- LMS Helse Bergen og HDS - LMS Voss	LMS (tilbud blir gitt i Haugesund, Odda og Stord)	LMS (tilbud blir gitt i Førde, Florø, Lærdal, Nordfjordeid)	LMS Stavanger AFMR Seksjon rehabilitering Egersund

Tabell 4: Rehabiliteringstenester i private sjukehus og rehabiliteringsinstitusjonar med avtale med Helse Vest RHF

Lokalisert i:	Helse Bergen føretaksområde	Helse Fonna føretaksområde	Helse Førde føretaksområde	Helse Stavanger føretaksområde
Private ideelle sjukehus (Tilbud blir nytta på tvers av føretaksgrensar)	Haraldsplass Diagonale Sykehus (HDS): - KE er organisert under: Klinik for diagnostikk og fellestjenester - Avd for geriatri og slag (døgn) - Medisinsk dagpost - LMS Bergen og HDS	Haugesund Sanitetsforenings Revmatisme-sykehus (HSR) - Døgnrehab - Diagnoserelaterte læringsopphold		
Private rehabiliteringsinstitusjonar (Tilbud blir nytta på tvers av føretaksgrensar)	- Ravneberghaugen Rehabiliteringssenter - LHL-klinikkene Krokeide - Åstveit Helsecenter	Rehabilitering Vest	Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenteret	- LHL-klinikkene Nærland - Oppfølgingsenheten Frisk, Randaberg

3.4 Aktivitetsdata og vurdering av registreringspraksis

Prosjektet hadde i oppdrag å analysere aktivitetstal, vurdere registreringspraksis i helseføretaka og foreslå tiltak for lik praksis. Høyringsutkastet la til grunn aktivitetsdata for 2012 og 2013. I etterkant av høyringa er datagrunnlaget oppdatert med tal for 2014, m.a. frå Samdata spesialisthelsetjenesten 2014.

Innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er det til dels mangelfullt statistikkgrunnlag. Dette heng i stor grad saman med stor breidde og kompleksitet i tenestene, og at mange av tenestene er i vekslingsfeltet mellom fleire tenesteytarar både innanfor og utanfor spesialisthelsetenesta. Særleg er det mangel på talgrunnlag som syner habiliteringsaktiviteten i tenestene. Samdata 2014 presenterer aktivitetsdata for habiliteringsfeltet for første gang, men kvaliteten på data er svært usikker, og tala må tolkast varsamt.

3.4.1 Analyse av aktivitetsdata

Aktivitetsdata habilitering

Ulik organisering og ulike pasientgrupper for tenestene i helseføretaka inneber at aktivitetsdata for habiliteringsfeltet i liten grad er samanliknbart mellom helseføretaka. Tal frå Samdata 2014 blir presentert i vedlegg 2, men gir ikkje grunnlag for å trekke sikre konklusjonar. Tala viser store forskjellar mellom helseføretaka, men dette kan i like stor grad skyldast ulik organisering og ulik kodepraksis, som ulikt tilbod til pasientane. I kapittel 3.4.2 blir det foreslått å starte eit arbeid i regionen knytt til registreringspraksis innanfor habiliteringstenestene.

Det er likevel verdt å merke seg at Helse Vest ligg lågare enn landsgjennomsnittet når det gjeld tal pasientar per 1000 innbyggjar som fekk eit habiliteringstilbod i 2013 og 2014 (jf. Samdata 2014). Særleg for barn og unge er avstanden til landssnittet stort. Det vil vere relevant å sjå dette i samanheng med [helseatlas for barnehelse i Noreg](#) som blei offentleggjort i september 2015, basert på data for 2011-2014. Atlaset påviser eit omfattande forbruk av helsetenester til barn, med store geografiske forskjellar. Helseatlasen peiker på at vi sannsynlegvis bruker for mange ressursar på å undersøke og vurdere «friske» barn med «normale» symptom, mens det samtidig finst grupper alvorleg sjuke barn som ikkje får det helsetilbodet dei treng for å optimalisere helsa og utviklingsmoglegheitene sine. Helseføretaka og fagmiljøa bør drøfte kva som er riktig og nødvendig nivå på ressursbruken til spesialisthelsetenester til barn, og dersom det er eit underforbruk av spesialisthelsetenester til kronisk sjuke barn, må ein sørge for ei omprioritering.

Ventetidsdata (NPR) for vaksenhabilitering viser at ventetidene har auka i regionen i perioden 2012-2014, og ligg no på 80 dagar, høgare enn i alle dei andre regionane (jf. vedlegg 2). Alle helseføretaka, med unntak av Helse Stavanger, har hatt ein aukande trend i perioden. Helse Bergen har nesten 100 dagar ventetid i 2014, mens Helse Stavanger har 57 dagar. Det er små grunnlagstal, og variasjonane kan derfor bli relativt store.

Ventetidsdata (NPR) for habilitering av barn og unge viser at det har vore ein aukande trend i ventetidene i Helse Vest i perioden 2012-2014, og Helse Vest ligg i 2014 litt over dei andre regionane, men det er små forskjellar. Innanfor regionen er variasjonane frå år til år relativt store, og det kan skyldast små grunnlagstal (sjå vedlegg 2).

Aktivitetsdata rehabilitering, regionen samla

For å beskrive aktiviteten innanfor rehabiliteringsfeltet tar ein i hovudsak utgangspunkt i kor mange pasientar per 1000 innbyggjar i føretaksområda som har mottatt rehabilitering, uavhengig av kor tenestene er mottatt. Forbrukstala blir supplerte med tal som viser innhaldet i tenestene til pasientane (NCMP prosedyrekodar), diagnosar (ICD-10 kodar), ventetider og pasientstraumar innanfor Helse Vest og mellom helseregionane. Tala er baserte på sjukehusopphald i 2012 og 2013, oppdatert med tal for 2014. Samla skal dette gi eit bilde av ivaretakinga av sørge for-ansvaret.

Aktivitetsdata må tolkast med varsemd – det er usikkerheit knytt til datakvaliteten. Variasjonane kan etter alt å døme i stor grad skyldast ulik registreringspraksis og ulik organisering av tenestene, men også ulikt behov i befolkninga og reelle forskjellar i tilbodet til befolkninga.

Eksakt kunnskap om kva som er det «rette nivået» for dei ulike rehabiliteringstenestene til befolkninga er ikkje tilgjengeleg, men vi gjer bruk av behovsindeksar som seier noko om relativt behov for somatiske spesialisthelsetenester i dei ulike føretaka. Indeksen viser at Helse Vest i 2014 låg 9 prosent under gjennomsnittet for landet. Helse Stavanger sitt behov låg under gjennomsnittet i regionen, mens Helse Førde sitt behov låg over.

Ei samla framstilling av aktivitetstala og ei utgreiing av registreringspraksis er å finne i vedlegg 3. I det følgjande blir hovudpunkta trekte fram:

Ser vi på samla døgnrehabilitering i sjukehusa (primær og sekundærrehabilitering)¹⁷, ligg Helse Vest om lag på landssnittet, og over når tala blir justert for behovsindeks (jf. tabell 5). Helse Vest ligg høgt på sekundærrehabilitering og lågt på primærrehabilitering. For dag- og poliklinisk rehabilitering i sjukehus¹⁸, ligg Helse Vest under landssnittet, også justert for behovsindeks. Når det gjeld rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar ligg Helse Vest langt under landssnittet, også justert for behovsindeks.

Sjukehusa registrerer døgnrehabilitering enten som hovuddiagnose (primær rehabilitering) eller som bidiagnose (sekundær rehabilitering). Sekundær rehabilitering kan til dømes vere opphald som omfattar akuttbehandling der den akutte sjukdommen (f.eks. hjerneslag eller skade) er hovuddiagnosen, mens rehabilitering er bidiagnose. Forholdet mellom primær og sekundær rehabilitering er i stor grad påverka av korleis tenestene er organiserte, og det er variasjonar i registreringspraksis. Vi har derfor valt å sjå i hovudsak på samla døgnrehabilitering som eit uttrykk for sjukehusrehabilitering til pasientane. Dette vil likevel ikkje gi eit heilt presist bilde.

Tabell 5: Tal pasientar per 1000 innbyggjar, justert for behovsindeks, 2013 og 2014

	Rehabilitering i sjukehus								Rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar	
	Primær døgn (ikkje justert)		Sekundær døgn (ikkje justert)		Samla døgn (justert)		Dag- og poliklinisk (justert)		(justert)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Helse Vest	1,1	1,0	2,5	2,7	3,8	3,9	2,9	2,9	3,9	4,0
Landet	1,7	1,6	1,7	1,8	3,2	3,2	3,2	3,3	5,0	5,3

Ser vi på dei pasientane som er registrerte med rehabilitering som hovuddiagnose (døgn) i 2014, hadde 60 prosent meir enn 3 tilleggsdiagnosar. Elles er det pasientar med sjukdommar i sirkulasjonssystemet (hjarte-karsjukdommar) som utgjer den største diagnosegruppa som får døgnrehabilitering i sjukehus.

Registrering av prosedyrekodar, som blei innført i 2010 og som skal gi informasjon om innhaldet i tenestene til pasientane, er variabel i helseføretaka. Vi såg ein klar auke i bruken frå 2012 til 2013, både innanfor døgnrehabilitering og dag/poliklinisk rehabilitering, men for døgnopphald er ein nedgang i registrering av prosedyrekoder 2014. Prosedyrekodar blir brukt i større grad innanfor dag og poliklinikk enn ved døgnopphald. Dei prosedyrane som oftast blir registrert, gjeld kartlegging og tiltak, mens kode for samhandling blir lite brukt.

I 2014 var ventetida til fysikalsk medisin og rehabilitering 73 dagar i Helse Vest, og det var høgast av regionane. Ventetida i dei andre regionane varierte frå 56 dagar i Sør-Øst til 65 dagar i Nord.

Det er relativt lite pasientstraumar ut av regionen når det gjeld sjukehusrehabilitering samla (5 prosent av pasientane busette i Helse Vest reiste ut i 2014). Ser vi på primær døgnrehabilitering sjukehus for seg, er reiseaktiviteten ut av regionen større: 17 prosent reiste ut, i hovudsak til Helse Sør-Øst. Når det gjeld rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar fekk 14 prosent eit tilbod i ein annan region i 2014, også i hovudsak i Helse Sør-Øst.

Rehabiliteringsaktivitet i helseføretaksområda

Det er til dels store variasjonar mellom helseføretaksområda i Helse Vest i rehabiliteringstilbod.

Helse Bergen

Døgnrehabilitering i sjukehus i Helse Bergen-området har auka frå 2013 til 2014. Auken gjeld sekundærrehabilitering, og kan ha samanheng med endring i kodepraksis. Justert for behovsindeks ligg Helse Bergen litt under regionssnittet i samla døgnrehabilitering. Helse Bergen har i 2014 ei eigendekning i døgnrehabilitering i sjukehus på 72 prosent, mens 25 prosent av rehabiliteringspasientane busette i Helse Bergen-området får rehabilitering ved Haraldsplass Diakonale Sykehus

(HDS). For dag- og poliklinisk rehabilitering hadde Helse Bergen ein nedgang frå 2013 til 2014, og ligg no under regions- og landssnittet.

Når det gjeld rehabilitering i private institusjonar ligg forbruket i Helse Bergen-området nær landssnittet, men over forbruket i dei andre føretaksområda i regionen. Rehabilitering i private institusjonar utgjer eit betydeleg supplement til sjukehusrehabilitering i Helse Bergen-området.

Helse Fonna

I Helse Fonna-området er samla døgnrehabilitering i sjukehus, justert for behovsindeks, omtrent på regionsnittet. Helse Fonna-området ligg relativt høgt på primær-rehabilitering, og det har vore ein auke i sekundær-rehabilitering frå 2012 til 2014. Helse Fonna har den lågaste eigendekninga av døgnrehabilitering i sjukehus med 43 prosent, mens 34 prosent av rehabiliteringspasientane i Helse Fonna-området får rehabilitering ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus (HSR), og 20 prosent i Helse Bergen. For dag- og poliklinisk rehabilitering ligg Helse Fonna lågast i regionen, langt under både regions- og landssnittet. Når det gjeld rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar ligg Helse Fonna-området lågt samanlikna med landssnittet, og også litt under regionsnittet.

Helse Førde

Helse Førde-området ligg lågt på døgnrehabilitering i sjukehus. Både på primær- og sekundær-rehabilitering ligg Helse Førde-området under lands- og regionsnittet, størst avstand til snittet er det på sekundær-rehabilitering. Helse Førde-området har eit høgare behov enn regionen og landet, og justert for behovsindeks kjem Helse Førde-området dårleg ut både samanlikna med regionen og landet. Førde var det bustadområdet i Helse Vest med størst del pasientar som reiste ut av regionen for døgnrehabilitering i sjukehus (14 prosent i 2014). Ser vi på pasientstraumar innanfor regionen hadde Helse Førde ei eigendekning på 48 prosent i 2014, mens 46 prosent fekk eit rehabiliterings-tilbod i Helse Bergen. Helse Førde si eigendekning er redusert dei siste åra, frå 57 prosent i 2013 og 66 prosent i 2012.

Helse Førde skil seg ut med høg pasientrate med dag- og poliklinisk rehabilitering som bi-diagnose. Dette heng sannsynlegvis saman med noko avvikande kodepraksis. Dag- og poliklinisk rehabilitering som hovuddiagnose ligg under regionsnittet, sjølv om nivået har auka frå 2013 til 2014. Når det gjeld rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar ligg Helse Førde-området litt over regionsnittet, men under landssnittet. Helse Førde hadde lengst ventetid innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering i 2013 med 86 dagar. I 2014 låg ventetida på regionsnittet med 72 dagar.

Helse Stavanger

Helse Stavanger-området har eit lågare behov enn landet og regionen, slik at justering for behovsindeks, gir høgare pasientrate. Samla døgnrehabilitering i sjukehus i Helse Stavanger-området ligg i 2014 litt under regionsnittet. I 2013 var nivået på sekundær-rehabilitering høgt i Stavanger-området samanlikna med regionsnittet, mens i 2014 var nivået omtrent på snittet. Det heng sannsynlegvis saman med endringar i kodepraksis. Helse Stavanger-området har den lågaste pasientraten for primær-rehabilitering i regionen, både i 2013 og 2014.

Helse Stavanger har i 2014 ei eigendekning av døgnrehabilitering i sjukehus på 75 prosent. 19 prosent av rehabiliteringspasientane i Stavanger-området får eit tilbod ved HSR.

Når det gjeld rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar har Helse Stavanger-området det lågaste forbruket av alle føretaksområda i landet. Saman med ein låg pasientrate på primær-rehabilitering, kan dette bety mindre tilgang til rehabiliteringstenester til pasientane i Helse Stavanger-området. I 2014 hadde Helse Stavanger lengst ventetid i regionen innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering, med 82 dagar.

Frå og med 2015 er tilbodet i private rehabiliteringsinstitusjonar noko styrka sør i regionen.

Konklusjon og tilråding knytt til rehabiliteringsaktivitet

Det er store skilnader mellom helseføretaka i rehabiliteringsaktivitet. Sjølv om data er usikre og det er ulik kodepraksis og organisatoriske forklaringar, er det sannsynleg at det også til ein viss grad er ulikt tilbod til pasientane avhengig av kvar dei bur.

Helse Førde-området ligg lågast på samla rehabiliteringsaktivitet, der låg sjukehusrehabilitering gir utslag. Helse Førdes eigendekning av rehabilitering i sjukehus er redusert frå 2012 til 2014. Helse Stavanger-området ligg lågt i bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar, men også på primær døgnrehabilitering i sjukehus. Helse Fonna-området har låg eigendekning av sjukehusrehabilitering. Helse Bergen-området ligg samla (sjukehus og private rehabiliteringsinstitusjonar) på eit litt høgare nivå enn dei andre helseføretaka i regionen.

I tillegg er det i Helse Vest venta ein befolkningsvekst med ein stor auke i talet på eldre, særleg sør i regionen. Vidare er talet på pasientar med kroniske sjukdommar og behov for rehabilitering venta å auke.

- Sjølv om datagrunnlaget er usikkert, gir det eit samla inntrykk av at spesialisert rehabilitering i helseføretaka i Helse Vest må styrkast dei kommande åra. Behovet kan sjå ut til å vere størst i Helse Førde. Nivået på primærrehabilitering i Helse Stavanger er sannsynlegvis for lågt. I Helse Fonna bør den låge eigendekninga av sjukehusrehabilitering sjåast nærare på. Helse Bergen bør vere merksam på utviklinga framover.

3.4.2 Registeringspraksis

Prosjektgruppa si tilråding for å oppnå likare registreringspraksis

Datakvaliteten er usikker og gjennomgangen har vist at det er ulik kodepraksis, og at organisatoriske forskjellar kan forklare delar av forskjellane. På denne bakgrunn blir det foreslått tiltak for å oppnå likare praksis og dermed meir samanliknbare tal. Det blir gjort greie for forslaga i meir detalj i vedlegg 3, her blir hovudpunkta summert opp:

- Helseføretaka må, ved bruk av eigne aktivitetstal i planlegging av verksemda og ressursfordeling mellom avdelingar, vere bevisste på konsekvensane av grupperingslogikken i samband med innsatsstyrt finansiering. Grupperingslogikken inneber at aktiviteten ved dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane kan framstå som lågare enn reelt i aktivitetsdata basert på sjukehusopphald. Aktiviteten kan sjå ulik ut avhengig av om ein ser på sjukehusopphald eller avdelingsopphald, og vil variere med organiseringa av tenestene. Helseføretaka må i kodinga vere opptatt av å kode medisinsk rett, mens den nasjonale grupperingslogikken tar høgde for forhold knytt til finansiering.
- I planarbeidet viste både NPR-tal og verksemddata frå HF-a at det var ulik bruk av sekundær-rehabiliteringskodar i helseføretaka, og at det særleg av stor bruk av sekundær-rehabiliteringskodar i kliniske/akuttavdelingar i Helse Stavanger. Oppdaterte aktivitetstal for 2014 viser at nivået på sekundær-rehabilitering er tilnærma likt i Helse Stavanger, Helse Bergen og Helse Fonna (sjå vedlegg 3, tabell 1 og figur 1).

Når bruken av sekundær-rehabiliteringskodar i kliniske avdelingar i dei ulike helseføretaka tidlegare har vore ulik, kunne det indikere ulik forståing av kva som skal registrerast som rehabilitering. Dette betyr at rehabiliteringsaktiviteten i kliniske avdelingar kan ha vore både under- og overrapportert. Endringane vi ser i 2014, kan vere eit uttrykk for likare forståing og praksis for koding, men vi veit ikkje om denne trenden vil vare ved. Helseføretaka bør derfor sikre at dei har ei sameina forståing og praksis for bruk av sekundær-rehabiliteringskodar i kliniske/akuttavdelingar på tvers av helseføretaksgrenser, og over tid. Helse Vest kan bidra med

datagrunnlag til dette arbeidet i helseføretaka. Det vil vere eit mål å integrere nødvendige rapportar i styringsportalen, jf. nedanfor. Helse Vest tar sikte på å initiere ein work-shop for informasjon og drøfting av kodebruk, med formål å oppnå sameina forståing. Deretter vil behovet for vidare oppfølging i form av t.d. fagleg nettverkssamarbeid, bli vurdert.

- Ut frå koderettleiar 2015¹⁹ skal poliklinisk rehabilitering bare registrerast som hovudtilstand. Gjennomgangen har vist at ein del av den polikliniske rehabiliteringa blir registrert som bi-tilstand, særleg i Helse Førde, og i nokon grad også Helse Bergen. Helseføretaka må søke å kome fram til ein sameina praksis for koding av poliklinisk rehabilitering, og det blir i denne samanheng vist til koderettleiaren.
- Det er aukande, men variabel bruk av prosedyrekodane. For å betre kartlegginga av den reelle rehabiliteringsaktiviteten, må helseføretaka legge vekt på å auke bruken, både når det gjeld døgnrehabilitering og poliklinisk rehabilitering. Tilsvarande gjeld innanfor habiliteringsfeltet. Helseføretaka må gjennomføre opplæring i bruk av prosedyrekodane. I samband med revidering av prosedyrekodeverket i regi av Helsedirektoratet, er det planlagt utarbeiding av informasjonsmateriell. Dette materiellet må leggest til grunn for opplæring i helseføretaka.
- Ifølgje koderettleiar 2015 gjeld kodereglane for rehabilitering også for habilitering i somatisk spesialisthelseteneste. Gjennomgangen har vist at dette bare blir følgt opp i vaksnehabiliteringa i Helse Stavanger. Det blir foreslått at Helse Vest initierer eit arbeid i regionen knytt til praksis for registrering innanfor habiliteringstenestene (jf. t.d. arbeid i Helse Sør-Øst, revidert konsensusrapport vår 2014, barnehabilitering²⁰).
- Når både rehabiliterings- og habiliteringsfeltet skal bruke Z50**-kodane, vil det vere viktig at også kode for fagområde blir registrert for kvar tilvising, opphald og konsultasjon, slik at det lar seg gjere å skilje mellom habiliterings- og rehabiliteringsaktivitet i statistikken. For fagområdet habilitering gjeld det kode 233, 234 og for fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering kode 230. Helse Vest vil kartlegge nærmare korleis dette bør løysast.
- Det er variabel datakvalitet for dei private rehabiliteringsinstitusjonane, og Helse Vest må derfor følgje opp kvaliteten i datarapportering frå dei private rehabiliteringsinstitusjonane med avtale med Helse Vest. Dei private institusjonane skal f.o.m. 2015 registrere prosedyrekodar på lik linje med helseføretaka. Dei private institusjonane må gjennomføre opplæring i bruk av prosedyrekodane. I samband med revidering av prosedyrekodeverket i regi av Helsedirektoratet, er det planlagt utarbeiding av informasjonsmateriell. Dette materiellet må leggest til grunn for opplæringa.
- Gjennom styringsportalen er styringsinformasjon (utvalde sentrale aktivitetsdata) tilgjengeleg for leiinga i helseføretaka. Informasjon om hovud- og bi-tilstand, enkel og kompleks rehabilitering og prosedyrekode må integrerast i aktivitetsrapportane for habilitering og rehabilitering i styringsportalen. Behovet må meldast inn som ein «brukarhistorie» til DFU (Drift, forvaltning og utvikling av styringsportalen) for verksemdstyring. DFU prioriterer bruken av IKT-ressursar basert på formål og nytteverdi for dei innmeldte «brukarhistoriene».

3.5 Prioritering og rolla til den regionale vurderingseininga

Prosjektet har i oppdrag å analysere og vurdere praksis i helseføretaka knytt til rettighetsvurdering av pasientar tilvist til rehabilitering, og foreslå tiltak for likare praksis. Dette skal sjåast i samanheng med endringane i lov om pasient- og brukarrettar, i prioriteringsforskrifta og –retteleiarane, som trer i kraft 1. september 2015.

Vidare har prosjektet i mandat å vurdere om tilvisingar frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar skal knytast opp mot den regionale vurderingseininga. Føresetnadene er at dette kan bidra til å knyte tenestene tettare saman og til å betre pasientflyten.

3.5.1 Statusbeskriving

Status for tilvisingsrutinar til habilitering og rehabilitering

Per i dag har Helse Vest følgjande rutinar for tilvising til habilitering og rehabilitering:

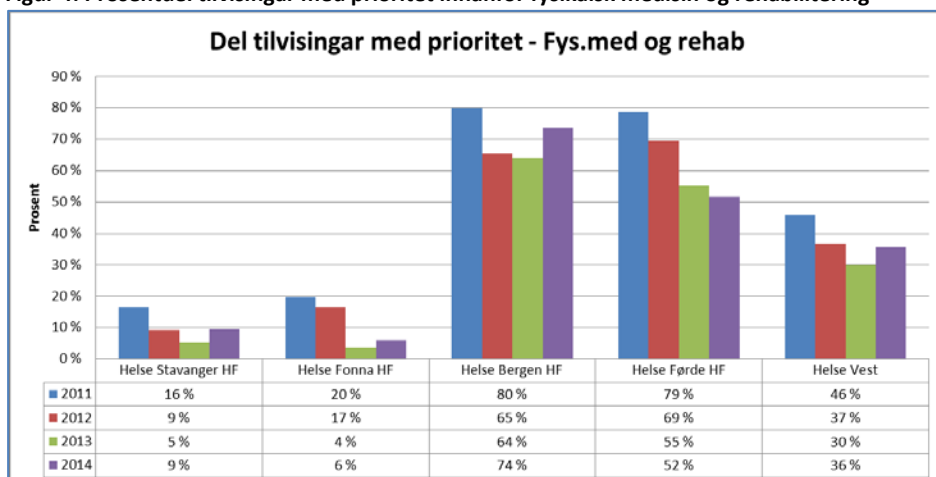
- For rehabilitering i helseføretak/sjukehus blir alle tilvisingane vurderte i tråd med prioriteringsforskrifta av helseføretaka/sjukehusa.
- For habilitering i helseføretak/sjukehus blir alle tilvisingane vurderte i tråd med prioriteringsforskrifta av helseføretaka/sjukehusa.
- For rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar, i og utanfor regionen:
 - Tilvising frå fastlegar og privatpraktiserande avtalespesialistar skal sendast til regional vurderingseininga for rehabilitering. Vurderingseininga vurderer tilvisingane i tråd med prioriteringsforskrifta, og vil utifrå behovet til pasienten finne det rehabiliteringstilbodet som er best eigna. For tilvisingar til Raskare tilbake, kontrollerer Vurderingseininga at pasienten oppfyller kriteria for ordninga, og sendar tilvisinga til rett tilbod ved privat rehabiliteringsinstitusjon.
 - Tilvisingar frå fastlegar mfl. som gjeld sjukleg overvekt (både i private rehabiliteringsinstitusjonar og i sjukehus), skal sendast til overvektspoliklinikk i helseføretaket der pasienten bur.
 - Tilvisingar frå sjukehusa skal sendast direkte til den aktuelle institusjonen. Dette vil vere ein del av eit forløp i spesialisthelsetenesta for pasientane, og tilvisinga er vurderte i tråd med prioriteringsforskrifta ved inntak til sjukehuset.

Prioriteringspraksis innanfor (re)habilitering til og med 2014

1) Prioritering av tilvisingar til rehabilitering i sjukehus

Tal frå NPR viser at det er store forskjellar i tildeling av prioritert rett med frist (rett til nødvendig helsehjelp) mellom regionane og mellom helseføretaka i Helse Vest innanfor fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering. Sjå vedlegg 4 for heile talgrunnlaget. Helse Vest ligg over dei andre regionane i tildeling av prioritert rett (36 prosent i Helse Vest, 17 prosent i Helse Sør-Øst, 14 prosent i Helse Midt og 4 prosent i Helse Nord). Innanfor regionen er det særleg Helse Bergen som ligg høgt, jf. figur 4.

Figur 4: Prosentdel tilvisingar med prioritet innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering



2) Prioritering av tilvisingar til habilitering i sjukehus

Innanfor fagområda habilitering av barn og unge og habilitering av vaksne, er det i hovudsak mindre forskjellar i prioriteringspraksis, både mellom regionane og mellom helseføretaka, enn det vi finn innanfor rehabilitering (talgrunnlaget går fram av vedlegg 4).

Prosentdelen tilvisingar som fekk tildelt prioritet innanfor barnehabilitering, varierte i 2014 frå 73 prosent i Midt til 51 prosent i Nord. Innanfor regionen varierte det frå 63 prosent i Helse Fonna til 88 prosent i Helse Bergen. Innanfor vaksnehabilitering varierte det tilsvarande frå 61 prosent i Helse Nord til 86 prosent i Helse Vest, og innanfor regionen frå 78 prosent i Helse Stavanger til 90 prosent i Helse Fonna. Lite talgrunnlag kan sannsynlegvis også bidra til å forklare variasjonane.

3 a) Prioritering av tilvisingar til private rehabiliteringsinstitusjonar frå fastlegar og privatpraktiserande avtalespesialistar via vurderingseininga

Vurderingseininga tok imot om lag 3550 nye tilvisingar i 2014²¹. Ingen blei vurdert til å ha prioritert rett (rettigheitspasient). 79 prosent blei vurdert til å ha rett til helsehjelp i spesialisthelsetenesta (utan prioritet), mens 21 prosent fekk avslag.

Tal frå dei andre regionale vurderingseiningane tyder på at avslagsprosenten er relativt lik utover landet. Sjå meir om vurderingseiningane i dei andre regionane nedanfor.

Tabell 6 viser at Vurderingseininga mottar færre tilvisingar frå Helse Stavanger-området enn føretaksområdet sin relative størrelse skulle tilseie. For Helse Bergen-området er det tvert om; det kjem fleire tilvisingar enn størrelsen skulle tilseie²². Skeivheita blir spegla i kor mange pasientar som får tildelt opphald. For Helse Fonna- og Helse Førde-områda er både prosent nye tilvisingar og tildelte opphald i tråd med føretaket sin størrelse. Pasientar frå Helse Stavanger og Helse Fonna-området har i større grad opphald i private rehabiliteringsinstitusjonar utanfor regionen.

Tabell 6: Tilvisingar og opphald 2014 vurdert ved Vurderingseininga

	Helse Stavanger	Helse Fonna	Helse Bergen	Helse Førde	Andre	Totalt
Tal nye tilvisingar 2014	505	532	2006	482	22	3547
Prosent nye tilvisingar 2014	14,2	15	56,6	13,6	0,6	100
Tal tildelt* opphald i regionan	381	412	1498	390	14	2695
Prosent tildelt opphald i regionen	14,1	15,3	55,6	14,5	0,5	100
Tal tildelt opphald utanfor regionen	54	47	93	14	0	208
Prosent tildelt opphald utanfor regionen	26,0	22,6	44,7	6,7	0,0	100
Tal tildelt opphald	435	459	1591	404	14	2903
Prosent tildelt opphald	15,0	15,8	54,8	13,9	0,5	100
HF-a sine relative størrelser **	27,9	14,8	45,2	12,1		100

* Basert på tal ferdigvurderte tilvisingar i 2014

** Basert på inntektsfordelingsmodellen

3 b og c) Prioritering av tilvisingar frå sjukehusa til private rehabiliteringsinstitusjonar

Av pasientane busette i Helse Vest som hadde opphald i ein privat rehabiliteringsinstitusjon innanfor eller utanfor regionen i 2014, blei om lag 44 prosent tilvist frå spesialisthelsetenesta (sjå vedlegg 4 for nærmare detaljar).

Desse tilvisinga er vurderte i tråd med prioriteringsforskrifta ved inntak til sjukehuset, og skal ikkje rettigheitsvurderast på nytt. Opphaldet ved rehabiliteringsinstitusjonen skal vere ein del av forløpet i spesialisthelsetenesta for pasientane. Korleis sjukehusa nyttar dei private rehabiliteringsinstitusjonane som del av pasienten sitt rehabiliteringsforløp, dvs. kva for vurderingar som ligg til grunn når sjukehusa overfører pasientar direkte til dei private rehabiliteringsinstitusjonane, har vi ikkje informasjon om.

Vurderingseiningar i dei fire helseregionane – ulike modellar

Alle dei regionale helseføretaka (RHF) har etablert tilvisingsmottak/vurderingseiningar for tilvising til rehabilitering i private (somatiske) rehabiliteringsinstitusjonar som har avtale med RHF. Einingane har dels forskjellige mandat og oppgåver. Alle fire einingar gjer rettighetsvurdering av tilvisingar frå fastlegar og avtalespesialistar, for pasientar busette i respektive helseregionar. Einingane tar også endeleg avgjerd om val av institusjon for dei pasientane som blir vurderte til å ha rett eller behov for slikt tilbod. Val av institusjon er basert på pasientane sine ønske, på aktuelt tilbod i kvar av helseregionane og på kapasitet/ventetid ved institusjonane. Alle einingane held oversikt over ventetider for rehabilitering ved dei private institusjonane i eige område, og bidrar med informasjon om tilboda.

I Helse Nord-Norge²³ (HN) og Helse Midt-Norge²⁴ (HMN) registrerer einingane, med nokre unntak, omfang av tilvisingar for pasientar som har mottatt tilbod i sjukehus og som blir tilvist derfrå til opphald ved privat rehabiliteringsinstitusjon. I HN er formålet med denne ordninga å etablere oversikt over bruken av plassar tilvist frå spesialisthelsetenesta. I HMN er formålet at tilvisingsmottaket skal ha oversikt over tilbod og kapasitet ved institusjonane og kunne gi service til sjukehusavdelingar om kor og når det er plass. Unntatt frå ordninga i HN er tilvisingar som gjeld post-operative opphald, mens HMN bare registrerer tilvisingar som kjem frå sjukehus i Helse Nord Trøndelag (Sykehuset Levanger og Namsos). I HMN foreslår også vurderingsmottaket andre løysingar dersom dei har ei anna vurdering av tilvisinga enn sjukehuset. I begge helseregionane skjer registrering av tilvisingar frå sjukehusa i hovudsak gjennom elektronisk «overføring» av opplysningar.

Einingane i Helse Sør-Øst²⁵ (HSØ) og Helse Vest²⁶ (HV) er begge både samorganisert og samlokalisert med funksjonen regional koordinerande eining. Dette inneber at einingane har nær tilgang til informasjon om habilitering og rehabiliteringstilbod i eigen region. I HSØ, HV og HMN blir den nasjonale informasjonstelefonen for ReHabilitering besvart av medarbeidarar ved vurderingseiningane.

Nye lovreglar for prioritering

Stortinget har vedtatt sentrale endringar i lov om pasient- og brukarrettar²⁷. Endringane skal tre i kraft frå 1. september 2015, og inneber følgjande:

- Skiljet mellom rett til helsehjelp utan prioritet og med prioritet (rettighetspasientar) blir oppheva. Dette inneber at pasienten får enten rett på nødvendig spesialisthelsetenester eller avslag.
- Vurderingsfristen blir sett ned frå 30 dagar til 10 dagar for alle pasientgrupper.
- Samtidig med vurderinga skal det fastsettast ein frist for når pasienten seinast skal få nødvendig helsehjelp (dersom fristen ikkje blir innfridd, oppstår fristbrot).
- Pasienten skal også ha informasjon om tidspunkt for oppstart av helsehjelpa. Denne skal settast før fristbrottsfristen, jf. over.
- Dersom spesialisthelsetenesta ikkje kan gi pasienten eit tilbod innan den fristen de vurdere som fagleg forsvarleg, skal spesialisthelsetenesta varsle HELFO om dette. HELFO skal formidle eit alternativt tilbod. Pasienten slipp nå å kontakte HELFO sjølv.

I tillegg er det vedtatt ny § 2-4 i lov om pasient- og brukarrettar om rett til fritt behandlingsval som skal erstatte retten til fritt sjukehusval²⁸. Retten vil framleis ikkje gjelde for dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Lovendringa vil ikkje innebere endringar for rehabiliteringsfeltet.

3.5.2 Vurdering av prioriteringspraksis

Prosjektgruppa si vurdering av prioriteringspraksis i helseføretaka og tilråding for å oppnå likare praksis etter nytt regelverk

Prosjektgruppa meiner at lovendinga frå september 2015 vil kunne medverke til likare praksis mellom helseføretaka. Prioriteringsretteleiarane vil sannsynlegvis kunne vere til større hjelp for å sette tidsfristar, enn tilfellet var i høve vurderinga om pasienten skulle ha prioritet eller ikkje.

Det kan likevel vere ein viss fare for at dei eksisterande forskjellane mellom helseføretaka i prioriteringspraksis på rehabiliteringsfeltet, kan bli overført til ny ordning, gjennom t.d. ulik praksis for å sette tidsfristar for når pasienten seinast skal få nødvendig helsehjelp.

I og med at praksisvariasjonane har vore så markante, meiner prosjektgruppa at det derfor vil vere nyttig å bidra til at fagmiljøa på tvers av helseføretaksgrensene får lik forståing av det nye regelverket. Erfaringar frå vurderingseiningane i helseregionane viser at det er nyttig å utveksle erfaringar for å oppnå ei sameina forståing.

Prosjektgruppa tilrår derfor at:

- Helseføretaka sørger for at alle som vurderer tilvisingar innanfor fagområda, gjennomfører e-læringsprogram som blir utvikla i samband med implementering av lovendingane og dei nye prioriteringsretteleiarane.
- Helse Vest tar initiativ til å arrangere ei samling i regionen for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet på tvers av helseføretaka, for opplæring og erfaringsutveksling i samband med implementering av dei nye prioriteringsretteleiarane. Formålet vil vere å få ei sameina forståing av det nye regelverket. Erfaringar frå tilsvarende samlingar på rusfeltet kan nyttast. Behovet for vidare oppfølging, t.d. i form av nettverkssamarbeid, blir vurdert i etterkant av samlinga.

3.5.2 Vurdering av rolla til den regionale vurderingseininga

Prosjektgruppa si vurdering av om tilvisingar frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar skal knytast opp mot den regionale vurderingseininga

Følgjande føresetnader blir lagt til grunn:

- Dersom tilvisingar frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar skal knytast opp mot vurderingseininga, må det kunne bidra til betre samordning av tenestene og betre pasientflyt.
- Pasientar som blir tilvist frå sjukehus til private rehabiliteringsinstitusjonar er i prinsippet rettighetsvurdert ved inntak til sjukehuset, og skal ikkje rettighetsvurderast på nytt. Opphaldet ved rehabiliteringsinstitusjonen skal vere ein del av forløpet i spesialisthelsetenesta for pasientane.

Prosjektgruppa ser både fordeler og ulemper ved å knyte tilvisingar frå sjukehusa opp mot den regionale vurderingseininga, og viser til rapporten frå arbeidsgruppa som utgreia etableringa av vurderingseininga i 2009²⁹:

«Slik arbeidsgruppen ser det ligger det et stort potensial i en vurderingsenhet som også ivaretar henvisninger fra sykehusene blant annet i forhold til å:

- oppnå likebehandling av brukerne
- kunne prioritere de som har størst behov for rehabilitering
- sørge for at den enkelte får riktig rehabiliteringstilbud
- utforme helhetlige rehabiliteringskjeder

- å ansvarleggjøre samarbeidspartnere
- Argumenter for ikke å utvide er blant annet:
- Kostnader knyttet til tiltaket
 - Unødvendig byråkratisering
 - Reduserer partenes frihet»

Ufullstendige IKT-løysingar for utveksling av meldingar er også eit hinder for å utvide rolla til Vurderingseininga.

Det er grunn til å anta at behovet for spesialisert rehabilitering er betre dokumentert i tilvisingar frå fastlegene via Vurderingseining enn frå sjukehusa³⁰. Vurderingseininga innhentar tilleggsopplysningar frå fastlegane dersom tilvisinga ikkje er tilstrekkeleg. Denne kvalitetssikringa blir ikkje gjort for tilvisingar direkte frå sjukehusa.

Prosjektgruppa har sett på vurderingseiningane i Helse Midt og Helse Nord, og drøfta ulike former for tilknytning av tilvisingane frå sjukehusa til Vurderingseininga:

- 1) Alle tilvisingar kanalisert via Vurderingseininga. Sjukehusa formulerer mål med rehabiliteringa i samråd med pasienten. Vurderingseininga tar avgjerd om tilbod og institusjon innan eller utanfor Helse Vest, og vidaresender tilvisinga til (rett) institusjonen.
- 2) Alle tilvisingar kanalisert via Vurderingseininga, og eininga kan «overprøve» sjukehuset sin tilvising og foreslå andre løysingar dersom dei har ei anna vurdering enn sjukehuset (behov for tilbod i spesialisthelsetenesta, val av institusjon).
- 3) Sjukehusa blir pålagt å hente råd frå Vurderingseininga om opphaldstype og institusjon før eventuell vidaretilvising til institusjon.
- 4) Sjukehusa blir pålagt å hente råd frå Vurderingseininga, med unntak for tilvisingar som gjeld postoperative opphald.
- 5) Sjukehusa kan bare overføre (tilvise) til postoperative opphald. For annan rehabilitering bør sjukehuslegen gi råd om dette i epikrisen til fastlegen, eventuelt be pasienten vende seg til fastlegen som tilviser via Vurderingseininga.

Ulempa med alternativ 1 og 2 og til dels 3, er at det vil innebære eit forsinkande ledd mellom sjukehusa og institusjonane. Det vil vere særleg uheldig for pasientar der opphaldet i institusjonen skal vere ei direkte oppfølging etter behandling i sjukehus, og der ventetid kan påverke resultatet av rehabiliteringa. Alternativ 4 og 5 legg derfor opp til at desse pasientgruppene framleis blir tilvist direkte frå sjukehus til institusjon. Men dette omfattar ein stor del av tilvisingane frå sjukehusa, og ved å gjere unntak for desse oppnår ein i mindre grad fordelane med ei omlegging.

Prosjektgruppa tilrår derfor ei alternativ tilnærming:

- Ikkje gripe inn i prosessane slik dei fungerer i dag, men ein tilrår at Helse Vest initierer ein fagleg revisjon mellom helseføretaka, for å sjå på sjukehusa sin bruk av dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Revisjonen blir avgrensa til eit utval av avdelingar/pasientgrupper. Gjennom ein fagleg revisjon vil vi kunne få innsikt i korleis sjukehusa nyttar tenestene i institusjonane, og om det t.d. er forskjellar mellom helseføretaka, og dermed forskjellar i tilbodet til pasientane. På bakgrunn av resultatata frå den faglege revisjonen, kan det leggest føringar for eventuelle endringar.

Helse Vest har eit system for gjennomføring av faglege revisjonar i regionen gjennom det regionale programmet for pasienttryggleik. Eit forslag om å gjennomføre ein slik fagleg revisjon ville derfor meldast inn som eit forslag i dette systemet, og revisjonsgrunnlaget vil utgreiast nærare. Det vil i den samanheng vere aktuelt å sjå på om delar av innhaldet i [tilvisingsskjemaet](#) til

rehabiliteringsinstitusjonar kan nyttast. Tilsvarende gjeld den nye tilvisingsrettleiaren (sendt på høyring frå Helsedirektoratet i mai 2015).

- Helse Vest initierer gjennomføring av møte i kvart helseføretak med informasjon om tilboda i dei private rehabiliteringsinstitusjonane.
- Helse Vest tar initiativ til utarbeiding av ei rettleiing for sjukehusa sin bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar, inkludert ein mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og institusjonane (jf. også kap. 7). Ein kan vurdere å trekke dei koordinerande einingane i helseføretaka inn i dette arbeidet.

4 Heilskapelege pasientforløp i habilitering og rehabilitering

Prosjektet hadde i oppdrag identifisere hovudtrinna i pasientforløpet som ein (re)habiliteringspasient kan møte frå heimen via primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta og tilbake til heimen. For kvart trinn i pasientforløpet, skulle prosjektet vurdere kunnskapsgrunnlaget (inkludert overordna føringar og mål), peike på flaskehalsar og foreslå forbetringstiltak. På alle trinna i pasientforløpet skal hovudfokus vere på samhandling for å oppnå koordinerte og samanhengande tenester for pasientane.

Målet er at planen for habilitering og rehabilitering i Helse Vest skal legge grunnlaget for vidareutvikling av koordinerte, kunnskapsbaserte pasientforløp med pasientens eigne mål og behov i sentrum.

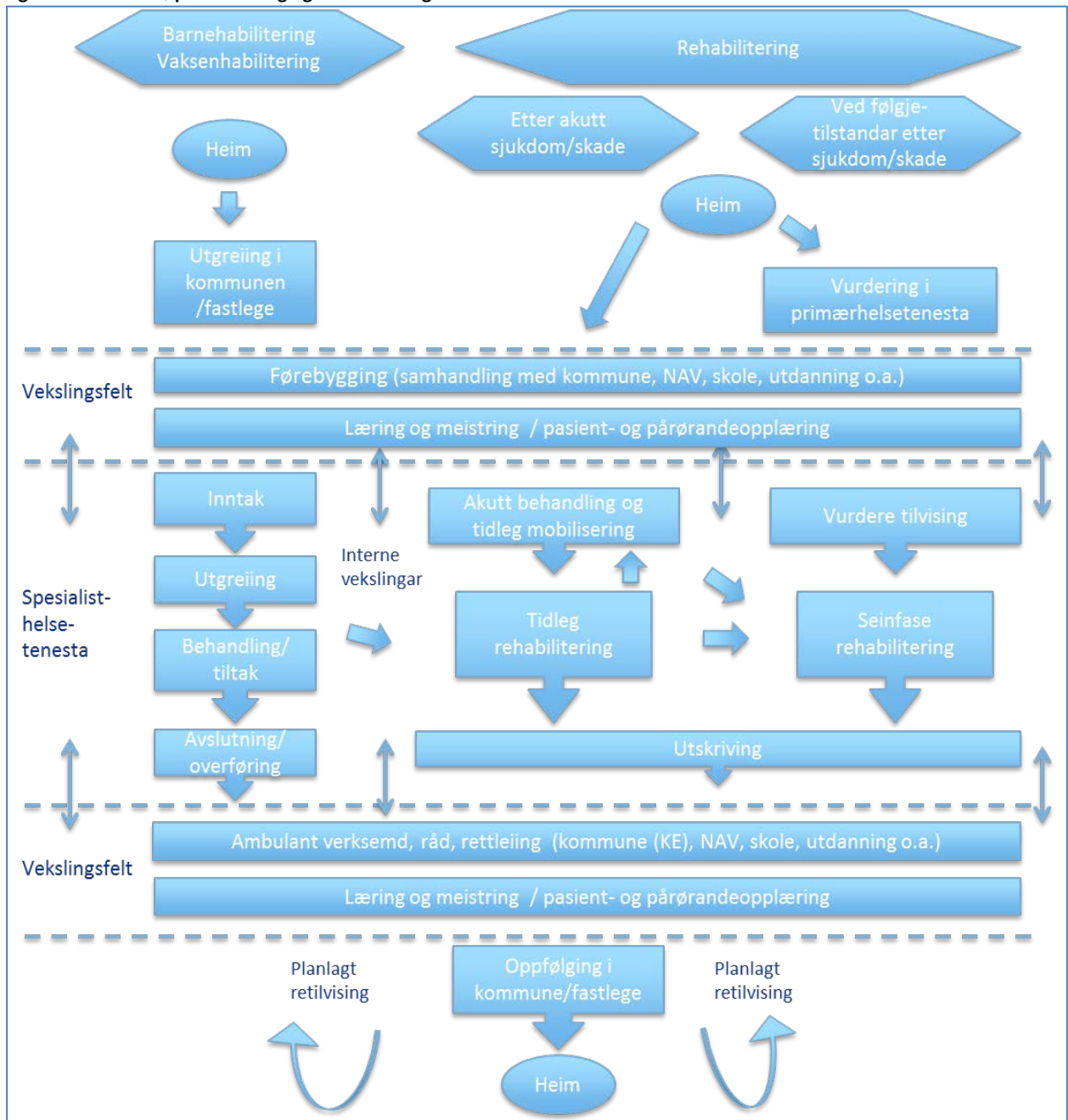
4.1 Hovudtrinna i (re)habiliteringsforløpet

Prosjektet har teikna eit pasientforløp som gir eit overordna bilde av dei ulike delane av helsetenesta som ein (re)habiliteringspasient kan møte, på tvers av einingar innanfor spesialisthelsetenesta og mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta (og evt. andre etatar/sectorar). Tilnærminga har som mål å sette fokus på dei samla (re)habiliteringsbehova til pasienten og korleis helsetenesta som ein heilskap best kan ivareta desse behova.

Møtet pasienten har med habiliterings- og rehabiliteringstenester kan skisserast som i figur 5. Forløpa omfattar alle omsorgsnivåa (døgn, dag, poliklinikk, ambulant). I mange tilfelle, særleg innanfor habilitering, er ikkje pasientforløpa lineære, men vekslar mellom tenestenivåa gjennom heile livsløpet, og samhandling mellom nivåa skjer kontinuerleg.

Med utgangspunkt i dette overordna bildet har planarbeidet sett nærare på kor i forløpet det er flaskehalsar og brot. Kapittel 5 inneheld forbetningsforslag for å oppnå samanhengande pasientforløp i overgangen mellom tenestenivåa (vekslingsfelta). Kapittel 6 og 7 har forbetningsforslag knytt til pasientforløpa innanfor spesialisthelsetenesta. Planen går ikkje inn i innhaldet i tidleg mobilisering/rehabilitering som skal skje i alle kliniske avdelingar, men inkluderer dette som ein viktig del av rehabiliteringsforløpet med fokus på samarbeidet mellom kliniske avdelingar og spesialiserte rehabiliteringsavdelingar for å kome tidleg i gang med rehabiliteringa.

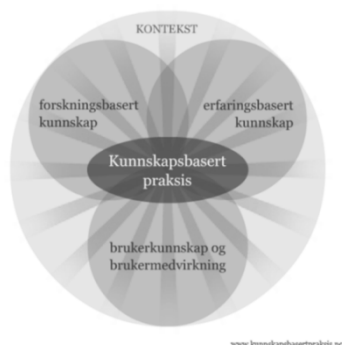
Figur 5: Pasientforløp habilitering og rehabilitering



4.2 Kunnskapsbasert tenesteutvikling

Det er eit mål at både innhaldet i og organiseringa av helsetenestene er basert på beste tilgjengelege kunnskap. Det kan vere forskingsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukarkunnskap³¹. Forskingsbasert kunnskap er m.a. å finne via kunnskapsoppsamlingar og nasjonale retningslinjer. Erfaringsbasert kunnskap blir ofte definert som å lære av erfaring i praksis, og kjelder til systematisert erfaringskunnskap kan være kvalitetsregistre og forbetningsprosjekt. Bruarkunnskap blir definert som dei erfaringar, kunnskap, verdiar og preferansar som pasientane/brukarane har. Ei viktig kjelde til brukarkunnskap er pasienterfaringsundersøkingar (sjå kap. 5.5).

Figur 6: Kunnskapsbasert praksis



Kunnskapsbasert praksis inneber å bygge på alle dei tre typene kunnskap. I samanheng med planarbeid vil dette kunne kallast "kunnskapsbasert tenesteutvikling".

Det er ei kjent utfordring at habiliterings- og rehabiliteringsfeltet har eit mangelfullt kunnskapsgrunnlag. Samtidig veit vi at det ofte er ei utfordring å ta i bruk ny og eksisterande kunnskap og anvende den i tenestene. Habiliterings- og rehabiliteringstenestene er i relativt liten grad standardiserte på tvers av tenestestader. Dette kan vere eit hinder for å yte likeverdige tenester til pasientane.

Forbetringsforslaga i kapittel 5, 6 og 7 er så langt som mogleg baserte på beste kjente kunnskap, og målet er å bidra til at eksisterande kunnskap blir tatt i bruk i tenestene. Kapittel 8 om forskning og kunnskapsutvikling drøfter særskilte tiltak for å bidra til auka kunnskapsgrunnlag.

5 Vekslingsfelta – samhandling for heilskaplege pasientforløp

Med vekslingsfelta tenker vi på dei fasane i pasientforløpet der ansvaret for tenestene til pasienten skifter nivå, på veg «inn» i spesialisthelsetenesta eller på veg tilbake til heimkommunen. Mange pasientar, særleg habiliteringspasientar, vil trenge tenester frå begge nivåa parallelt, og ofte gjennom heile livsløpet. Pasienten skal oppleve tenestene som samanhengande. Dette avheng både av at tenestene på kvart nivå har kompetanse og kapasitet som svarer til behovet, og at dei mange tenesteytarane koordinerer seg rundt behova til den enkelte pasient.

For å få til dette må grenseoppgangen mellom tenestenivåa definerast eintydig så langt som rå. Det inneber at begge nivå er tydelege på plassering av ansvar og oppgåver innanfor egne tenester, og at dette blir tydeleg kommunisert både internt og eksternt. Vi ser nærare på problemstillingar rundt grenseoppgangen og innhaldet i spesialisthelsetenestene innanfor habilitering (i kap. 6) og innanfor rehabilitering (i kap. 7).

Samtidig er det ei kjensgjerning at det innanfor habilitering og rehabilitering vil vere igjen eit relativt stort vekslingsfelt, eller samhandlingssone, der oppgave- og ansvarsdelinga vil vere i endring og må tilpasse seg den aktuelle situasjonen. For å sikre at tenestene likevel er samanhengande i vekslingsfeltet/samarbeidssonen, er det ei lang rekkje føresetnader som må vere på plass. Dette er forhold som er vesentlege for å oppnå heilskaplege pasientforløp i overgangen mellom tenestenivåa. I dei følgjande kapitla (kap. 5.1 – 5.6) tar vi for oss dette.

5.1 Samhandlingsverktøy og samarbeidsavtaler

Overordna føringar

Lov- og forskriftsreglane om individuell plan (IP), koordinator og koordinerande einingar (KE) skal bidra til samordning av tenestene både i kommunane og spesialisthelsetenesta. Pasientar med behov

for langvarige og koordinerte tenester har rett til å få utarbeidd individuell plan. Uavhengig av om pasienten ønsker individuell plan, skal pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester få tilbud om koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av kvar enkelt pasient og samordning av tenestetilbodet. Funksjonen KE er m.a. tillagt oppgåver knytt til arbeid med IP og til opplæring og rettleiing av koordinator.

Samarbeidsavtalene mellom helseføretak og kommunar omhandlar samarbeid om ei rekke oppgåver, bl.a. om retningslinjer for innlegging og utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og meistringstilbod. Avtalene legg grunnlaget for samarbeid om utviklingsoppgåver og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling mellom forvaltningsnivåa.

Tenesteavtale 3 og 5 regulerer inn- og utskrivning av alle pasientar, og gjeld også for habiliterings- og rehabiliteringspasientar. På habiliterings- og rehabiliteringsområde er tenesteavtale 2 særleg relevant. Denne avtala gjeld når pasientar har behov for langvarige og koordinerte tenester, og inneheld m.a. rutinar for samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta om bruk av IP, koordinator og informasjons- og meldingsutveksling til KE i kommunane. Til saman skal avtalene bidra til oversikt, informasjonsutveksling og koordinering av tenester innanfor og på tvers av nivåa.

Kort om status for iverksetting

Gjennom regional koordinerande eining (RKE) og dei koordinerande einingane (KE) i alle helseføretaka blir det fortløpande gjort arbeid for å bidra til at dei forskriftsfesta samarbeidsverktøya blir tatt i bruk i tenestene. Det er:

- Utforming og vedlikehald av overordna retningslinjer for individuell plan (IP) og koordinator i alle helseføretaka³².
- RKE/KE bidrar med undervisning om IP og koordinator i spesialisthelsetenesta, i kommunar, høgskular og for andre aktørar.
- Bygd opp kontaktnettverk mellom KE i helseføretaka og KE i kommunane, og held nettverket oppdatert med kontaktdata.
- Etablert Møteplass innan habilitering og rehabilitering som regelmessig kontaktpunkt mellom KE i spesialisthelsetenesta og KE i kommunane i kvart føretaksområde. Det er sett ned eit arbeidsutval for kvar Møteplass med representantar frå helseføretaka, kommunar og brukarutval.
- Etablert Dialogforum i spesialisthelsetenesta for opplæring, rettleiing og erfaringsutveksling for koordinatorar (2013/14)
- Tatt initiativ til samarbeid med Helse Vest IKT og Fagsenter i Helse Bergen om utarbeiding av elektronisk rapport (regional) for oversikt over koordinator og IP i sjukehus
- Utarbeidd mal for standardbrev i DIPS om melding om behov for IP og koordinator i kommunane, jf. meldingsrutinar i delavtale 2 mm.

Implementeringa av dei forskriftsfesta samarbeidsverktøya føregår i helseføretaka forankra i lokale samhandlingsavtaler og samarbeid internt med leiing og kliniske einingar. I årleg melding for 2014 rapporterer helseføretaka at det i stor grad er oppnemnt, eller er i ferd med å bli oppnemnt, koordinatorfunksjonar, sjølv om det ikkje er oppnemnt for alle aktuelle diagnosegrupper ved utgangen av 2014.

Alle helseføretaka har etablert koordinerande eining (KE) i samarbeid med det regionale kompetansesenteret, som delfinansierer lønskostnad for bindeleddsmedarbeidar ved KE. Ved to av helseføretaka er KE-funksjonen avgrensa til denne delen, og det kan føre til avgrensa kapasitet til dei oppgåver som KE skal ivareta.

I spesialisthelsetenesta er system og retningslinjer i ferd med å kome på plass, og dermed skulle det

ligge til rette for eit systematisk samarbeid mellom nivåa for å sikre pasientane koordinerte tenester og samanhengande pasientforløp. Men sjølv om implementeringsarbeidet er i gang i regionen, finn vi framleis at det er utfordringar internt og i vekslingsfeltet mellom tenestenivåa, og at den praktiske samhandlinga ofte ikkje fungerer smidig nok.

Utfordringar i samband med samarbeidsavtaler og samhandlingsverktøy som kan forårsake flaskehalsar og brot i pasientforløpa

I ei undersøking av om samarbeidsavtalene blir etterlevd går det fram at det er «ønskelig å jobbe mer med implementering for å øke kjennskap og bruk av avtalene»³³. Dette gjelder særleg på område med uklar ansvars- og oppgåvedeling mellom nivåa, og rehabiliteringsfeltet blir trekt fram som eit slikt område. Undersøkinga fant vidare at «avtaler som verktøy for samhandling er egnet og nødvendig, men ikkje tilstrekkelig».

Det er velkjent at implementering av nye arbeidsmåtar som skal erstatte innarbeidde vanar og rutinar, er eit tidkrevjande og vanskeleg arbeid. «Arbeidet er ikkje ferdig før det har medført ønskede effekter i tenestens utøvende ledd. Samhandlingsreformens mål forutsetter vesentlege endringer i tenestenes kulturer, rolleforståelse og arbeidsmåtar. Slike endringer i komplekse, multiprofesjonelle organisasjonar, som helsetjenesten er, krev vedvarende sterk innsats over flere/mange år»³⁴.

Planarbeidet har identifisert følgjande utfordringar/flaskehalsar i implementeringsarbeidet:

Mangelfull IKT-støtte

Det er manglar i IKT-støttesystema for utveksling av meldingar om IP, koordinator og anna meldingsutveksling. Nasjonalt blir utfordringsbildet for IKT i helsesektoren beskrive m.a. med at informasjonsstruktur og IKT-system ikkje støtter arbeidsflyt og samanhengande pasientforløp, og vidare at samhandlingsinfrastruktur har lav endringsevne og ikkje er tilrettelagt for meir deling av informasjon³⁵. Konkret er følgjande manglar identifisert i regionen:

- Reglane i delavtale 2 om meldingsutveksling mellom nivåa er ikkje med i løysinga for elektronisk meldingsutveksling mellom sjukehus og kommunane. Det gjer det uoversiktlig og komplisert å få til god overføring og samarbeid for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester. Det kan sjå ut som sentral samhandling mellom sjukehusa og kommunane har omfatta oppfølging av delavtale 3 og 5, men i liten grad delavtale 2.
- Det er ikkje etablert eit godt nok system for meldingsutveksling innan (re)habilitering og for mottak av meldingar til koordinerande eining i alle kommunar i tråd med delavtale 2. Avdelingar i sjukehuset sender i hovudsak elektroniske meldingar til enkeltinstansar i kommunane ved utskriving av pasientar med behov for koordinerte tenester. Det er tilfeldig om KE i kommunen som rett instans mottar denne meldinga. Dette er ein vesentleg flaskehals og brot på delavtale 2.
- Manglande elektronisk meldingsutveksling til KE i kommunane er eit hinder for meir effektiv melding om behov for tverrfaglege og koordinerte tenester, IP og koordinator i kommunane. Oppgitte kontaktdata til KE/kontaktperson verkar ikkje å vere robust nok, og ofte vanskelig å få kontakt med. Dette er ekstra utfordrande ved kort liggetid/poliklinisk kontakt.
- Stadig fleire kommunar tar i bruk elektronisk individuell plan (IP). Når spesialisthelsetenesta er ein del av planen, har det vist seg vanskeleg med ein funksjonell bruk av elektronisk IP på tvers av nivåa. I «[Alle møter](#)»-prosjektet blir det undersøkt om det lar seg gjere å knytte elektronisk IP til vestlandspasienten.no/www.helsenorge.no.

Mangelfull implementering av samhandlingsverktøya

- Det er manglar i bruken av samhandlingsverktøya individuell plan (IP), koordinator og koordinerende einingar (KE), både i kommune og spesialisthelseteneste. Dette følger m.a. av ei undersøking blant KE i kommunar, brukarorganisasjonar og einingar for habilitering av barn og unge³⁶. Vidare er det gjort ei undersøking³⁷ som viser at KE ikkje er med i kommunikasjonen i alle kommunar, og at IP i varierende grad resulterer i eit koordinert habiliterings- eller rehabiliteringsforløp for brukaren. Det kan vere ulik forståing av rolla og oppgåvene til koordinator og KE i kommune og spesialisthelsetenesta.

Sjølv om system og retningslinjer til ein viss grad er på plass, varierer den praktiske utøvinga av koordinator- og KE-funksjonen og bruken av IP. Det kan m.a. henge saman med at helsepersonell ofte ikkje har kjennskap til eller erfaring i bruken av samhandlingsverktøya.

- Oppgåver og roller knytt til IP og koordinator er endra og ulik i HF og kommunane. Det er ei utfordring og er tidkrevjande å nå fram med informasjon om overordna retningslinjer for IP og koordinator i eit stort sjukehus med mange ulike einingar som har pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester. I ein travel kvardag i sjukehusa vil implementering i sjukehusavdelingane m.a. handle om leiingsforankring og at den enkelte avdeling iverksettar eigne rutinar for gjennomføring.
- Innhaldet i ansvar og oppgåver til koordinatorrolla i sjukehusa er til dels uklar. Å koordinere på tvers av avdelingar i sjukehuset der ein sjølv ikkje er tilknytt kan vere vanskeleg. Samtidig med krav og forventning frå pasient og kommune, kan dette medverke til vegring i å tilby koordinator/ta på seg koordinatorrolla.
- Det er varierende konkretisering av lærings- og meistringstilbod i samarbeidsavtalene mellom kommunane og helseføretaka.

Informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbod i spesialisthelsetenesta

- Det blir stilt spørsmål ved om den tilgjengelege informasjonen på nettsidene dekkjer informasjonsbehovet til pasientane, til fastlegane, til kommunane og internt i sjukehusa. Mellom anna har det vore store endringar i tilbodet i dei private rehabiliteringsinstitusjonane dei siste åra. Ein problemstilling er om den tilgjengelege informasjonen når fram til dei aktuelle mottakarane.

Per i dag er det informasjon på nettsidene til kvart helseføretak (under aktuelle avdelingar og med oversikt på KE sine nettsider) og samla informasjon på:

[Regional koordinerende eining](#) med informasjon om:

- Habiliterings- og rehabiliteringstilbod i regionen med lenke til aktuelle avdelingar i kvart helseføretak
- Oversikt over koordinerende einingar i helseføretaka
- Oversikt over koordinerende einingar i kommunane, fordelt på føretaksområde

[Regional vurderingseining for rehabilitering](#) med:

- Lenke til www.helse-vest.no/Rehabilitering med informasjon om tilbod i dei private rehabiliteringsinstitusjonane
- Tilvisingsskjema og huskeliste for fastlegar

Forslag til forbetringstiltak knytt til samarbeidsavtaler og samhandlingsverktøy

For å oppnå koordinerte tenester i vekslingsfeltet er det vesentleg at samarbeidsavtale 2 blir implementert i samarbeid mellom helseføretak/sjukehus og kommunane, i tillegg til samarbeidsavtale 3 og 5. Dette inneber m.a. å ta i bruk koordinator og individuell plan (IP) som

samhandlingsverktøy mellom pasient, sjukehus og kommune. Det inneber vidare å ta i bruk koordinerande eining (KE) i kommunane som kontaktpunkt for meldingar om behov for habilitering og rehabilitering, og for meldingar om behov for IP og koordinator. For å bidra til implementering blir følgjande tilrådd:

Utvikle IKT-løysingar for å kunne følgje opp samarbeidsavtale 2 og ta i bruk samhandlingsverktøya

Velfungerande IKT-løysingar er ein føresetnad for vellukka implementering. Elektronisk meldingsutveksling knytt til individuell plan (IP), koordinator og meldingar om behov for habilitering og rehabilitering, vil kunne lette oppfølginga av samarbeidsavtalene, og er nødvendig for effektiv bruk av samhandlingsverktøya:

- Helse Vest og helseføretaka må prioritere å utvikle IKT-løysing med elektronisk meldingsutveksling mellom spesialisthelsetenesta og koordinerande einingar i kommunane.
 - Temaet er drøfta med HF-a i «prosjekt oppfølging av samhandlingsreformen». Helse Vest må følgje opp initiativet vidare m.a. i det regionale IKT-programmet «Støtte til samhandling» (eller i vidareføringa av programmet). Den tilrådde IKT-løysinga er å integrere elektronisk adresse til koordinerande eining i kommunane i systemet for utveksling av pleie- og omsorgsmeldingar (PLO-meldingar).
 - Helseføretaka må ta opp den praktiske oppfølginga av samarbeidsavtale 2 i samarbeidsorgana mellom helseføretaka og kommunane: Det er ikkje etablert eit godt nok system for mottak av meldingar til koordinerande eining i alle kommunane, og det er derfor tilfeldig om meldinga når fram. Dette er brot på forskrift om habilitering og rehabilitering og samarbeidsavtale 2.
- Helse Vest og helseføretaka samarbeider med kommunane om å finne ei løysning for ein funksjonell bruk av elektronisk individuell plan på tvers av nivåa (jf. samarbeidsavtale 2 og 9). Temaet er til vurdering i prosjektet «Alle møter».
- Pågåande arbeid i arbeidsgruppe i Helse Vest IKT handlar om å lage DIPS-rapportar for å få oversikt over bruk av IP og koordinator i HF-a (rapportering og intern rettleiing mm). Når dette arbeidet er ferdig, vil det krevje oppfølging og implementering i helseføretaka. Kvaliteten på rapportene vil avhenge av at avdelingane tar i bruk F5-bildet i DIPS for registrering av koordinator og IP i tråd med utarbeidd prosedyre/retningslinje.

Bruke undervisningsopplegg og prioritere utvikling av e-læringsprogram

- Undervisningsopplegg utvikla av regional koordinerande eining/koordinerande einingar i helseføretaka³⁸ må nyttast i helseføretaka. Undervisning om IP og koordinator må inngå som ein del av opplæringsplanar både i kommunar og i sjukehusavdelingar, og gjennomførast kontinuerleg. Ei kortform av opplæringa kan vurderast inkludert i kurs for nyttilsette.
- Det blir tilrådd å utvikle e-læringsprogram med utgangspunkt i dei godkjente retningslinjene for individuell plan og koordinator ved helseføretaka (og undervisningsopplegget), og at dette blir prioritert i det regionale arbeidet med utvikling av e-læringsprogram. I tillegg kan «Dialogforum» nyttast betre, og få ein tydelegare rolle i implementeringa av IP og koordinator i helseføretaka.

Gjennomføre eit implementeringsprosjekt

- Etablere og gjennomføre eit implementeringsprosjekt i samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og kommunar, for å prøve ut praktisk gjennomføring av retningslinjer for koordinator og individuell plan (IP) i helseføretaka og meldingsutveksling til koordinerande einingar (KE) i kommunane, i samsvar med samarbeidsavtale 2. Prosjektet vil omfatte nokre utvalde

pasientgrupper, nokre utvalde sjukehusavdelingar og nokre utvalde kommunar. Prosjektet kan bygge vidare på erfaringar gjorde gjennom det regionale barnehabiliteringsprosjektet i 2014.

Målet for prosjektet blir å etablere nye arbeidsmåtar og rutinar slik at IP, koordinator og KE blir systematisk tatt i bruk i samsvar med retningslinjene frå delavtale 2. Gjennom prosjektet kan ein hauste erfaringar med kva som fremmar og hemmar iverksetting, og på den måten gi innspel til arbeidet med å etablere samanhengande pasientforløp i overgangen mellom tenestnivåa. Ved prosjektstart bør ein vurdere om det er mogleg å inkludere ei form for måling av effekt for pasientane. Pilotprosjektet treng leiarforankring på begge nivå. Erfaringar frå prosjektet kan vere nyttig for vidare systematisk implementering i regionen.

Inkludere og synleggjere koordinerande eining (KE) i helseføretaka

- Helseføretaka må sørge for at KE-funksjonen i eige føretak er ein tydeleg integrert og synleg funksjon i føretaket, med tilstrekkeleg kapasitet (ein stillingsressurs) for å vareta den lovpålagde funksjonen. KE bør ha ei formell forankring i samhandlingsstrukturane i føretaket. Organiseringa må ivareta den regionale koordineringa og samarbeidet innanfor RKE-funksjonen ved kompetansesenteret, som fungerer godt per i dag.

Nytte retningslinjene for IP og koordinator i praksis

- Helseføretaka må sørge for at tenestene tar i bruk retningslinjene for IP og koordinator som er lagt til grunn i helseføretaka i regionen³⁹.

Inkludere tenestene i dei private rehabiliteringsinstitusjonane i samarbeidsavtale 2

- Det blir tilrådd å inkludere tenestene i dei private rehabiliteringsinstitusjonane i samarbeidsavtale 2 mellom helseføretaka og kommunane, jf. også kap. 7.1. Tenestene, jf. avtaler mellom Helse Vest RHF og dei private rehabiliteringsinstitusjonane (www.helse-vest.no/rehabilitering), er ein del av spesialisthelsetenesta, og vil ofte inngå i eit forløp for ein rehabiliteringspasient. Institusjonane er gjennom avtalene forplikta til å innrette tenestene sine i samsvar med lov- og forskriftsreglar om m.a. IP, koordinator og meldingsutveksling med KE og etter samarbeidsavtalene mellom kommunar og føretak. Rolla til institusjonane må gå fram av samarbeidsavtalene, og ein tilrår at dette blir tatt inn ved revidering av avtalene.

Tydeleg og lett tilgjengeleg informasjon

Sørge for at det er tydeleg informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilboda i spesialisthelsetenesta, inkl. krav til tilvising og tilvisingsrutinar, enkelt tilgjengeleg både eksternt for pasientar, fastlegar, kommunar o.a., og internt i spesialisthelsetenesta.

- Det blir tilrådd at Helse Vest og helseføretaka går gjennom informasjonen på nettsidene om (re)habiliteringstilbodet i spesialisthelsetenesta. Ein treng meir kunnskap om den tilgjengelege informasjonen dekkar behovet til pasientane, til fastlegane, til kommunane og internt i sjukehusa, og kva som skal til for å nå fram med informasjonen. Ein vurderer nærare behovet for eit regionalt samarbeid for å kartlegge og finne løysingar. Dette blir sett i samheng med nasjonalt arbeid med ei felles nettløysing for spesialisthelsetenesta. Dette inneber ei vidareutvikling av nettportalen www.helsenorge.no der nettsidene til RHF-a og HF-a på sikt (2016-2017) er tenkt integrert.
- Kvart helseføretak må ha tydeleg og lett tilgjengeleg informasjon på nettsidene sine, i samsvar med tenesteavtale 2, der det går fram korleis ansvars- og oppgåvefordelinga internt i føretaket fungerer for pasientgrupper med behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester (sjå også kap. 6 og 7).

5.2 Førebygging og tidleg oppdaging

Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

Ifølge spesialisthelsetenestelova (§ 2-1 a) skal det regionale helseføretaket sørge for at helseføretaka og avtaleinstitusjonar bidrar til å fremme folkehelsa og førebygge sjukdom og skade. Spesialisthelsetenesta sitt ansvar for folkehelsearbeid og førebygging blei presisert i samband med samhandlingsreforma, og ansvaret blei konkretisert i tre hovudområde⁴⁰: «Forebygging og helsefremming for personer som kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten, overvåking av sykdom og risikoforhold samt kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommuner og andre samarbeidspartnere.».

Hovudvekta av den førebyggjande innsatsen i spesialisthelsetenesta vil vere knytt til individretta sekundær- og tertiærførebygging⁴¹, der rask avklaring og behandling, pasientopplæring og meistringsaktivitetar vil vere sentralt. Det er òg ein føresetnad at spesialisthelsetenesta bruker kompetansen til førebyggingsarbeid «generelt gjennom veiledning av kommunehelsetjenesten»⁴², jf. også kap. 5.4.

Blant dei lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseføretak og kommune, dreier delavtale 10 seg om helsefremjande og førebyggjande arbeid. Formålet er å konkretisere oppgåve- og ansvarsfordelinga og etablere samarbeidsrutinar på området.

NCD-strategien⁴³ legg vekt på den førebyggjande innsatsen til helsetenesta. Den omhandlar dei fire store folkesjukdommane hjarte- og kar, diabetes, kols og kreft, men kan også ha relevans for tilnærminga til andre kroniske sjukdommar og funksjonssvikt etter akutt skade eller sjukdom. Strategien legg opp til auka vekt på førebygging i form av m.a. tidleg oppdaging og læring- og meistring. Strategien peiker på at ei helseteneste som gir «rask diagnose, råd og hjelp til å bedre levevaner, god behandling, god rehabilitering og kontinuerlig oppfølging i stabile faser, kan bremse sjukdomsutviklingen og bedre den enkeltes livskvalitet og funksjonsevne. Samtidig reduseres forekomsten av komplikasjoner, sykehusinnleggelse og for tidlige dødsfall.» Strategien peiker på at sjukdomsspesifikk behandling som oftast blir meir vektlagt enn ei heilskapeleg tilnærming, som ville gitt ein vesentleg større helsegevinst, og at helsetenestene i for liten grad har vore tilpassa pasientar med kroniske lidingar.

Både primær-, sekundær og tertiærførebygging vil ofte vere ein integrert del av ei samansett helseteneste, og det kan vere vanskeleg å skilje klart mellom ulike typar tiltak som inngår i ein (re)habiliteringsprosess. Å inkludere målretta førebyggjande aktivitetar som ledd i ein slik prosess, vil kunne vere hensiktsmessig både frå eit brukar og eit samfunnsperspektiv⁴⁴.

Tidleg oppdaging og tidlege tiltak er viktig førebygging, og eit nødvendig fokus i oppstarten av pasientforløpet, og gir sannsynlegvis også samfunnsmessige gevinstar: Med riktig og tidleg hjelp t.d. til barn med funksjonsnedsettingar og familiare deira, kan vanskane ofte reduserast og kanskje fjernast⁴⁵. Helseproblem som ikkje blir oppdaga og behandla, kan utvikle seg til meir alvorlege tilstandar også for vaksne. Det er også vist at menneske med psykisk utviklingshemming er meir utsett for både psykiske og fysiske sjukdommar enn andre⁴⁶, og for barn med psykisk utviklingshemming og psykisk lidning er det vist at bare eit mindretal av barna får spesifikk hjelp i helsetenesta⁴⁷. Rask diagnostisering i spesialisthelsetenesta kan vere ein føresetnad for riktige og tidelege tiltak. Dette kan likevel ta tid ettersom spesialisert utgreiing kan vere ei samansett oppgåve, mellom anna fordi pasientane sjølv ikkje alltid kan gjere greie for symptom, eller det kan dreie seg om avklaring av sjeldne tilstandar.

Diagnose bidrar til å sette prognose og angir potensialet for betring. Tidleg god diagnostikk blir vurdert som viktig også innanfor rehabilitering, t.d. ved muskel- og skjelettlplagar, og ved andre samansette lidingar (t.d. CFS/ME). Dette er ei stor gruppe med eit stort helsetenesteforbruk⁴⁸. Med unntak av pasientar med behov for spesialistkompetanse under rehabiliteringa, kan ein stor del få

rehabilitering i primærhelsetenesta. Likevel er diagnostisk avklaring i ein spesialisert rehabiliteringsavdeling med heilskapleg diagnostikk i eit ICF-perspektiv, ofte i ein tverrfagleg ramme, viktig for vidare forløp. Erfaring viser at tidleg heilskapleg diagnostikk gir betre pasientforløp som er meir kunnskapsbaserte. Tidleg avklaring har også vist betre resultat med tanke på lengd på sjukemelding⁴⁹. Det er òg sannsynleg at talet på kirurgiske inngrep vil kunne reduserast med tidleg diagnostikk og påfølgande rehabilitering i primær-, evt. i spesialisthelsetenesta⁵⁰.

Utfordringsområde innanfor førebygging som kan forårsake flaskehalsar i pasientforløpa

- Tidleg oppdaging stiller krav til kompetanse hos fastlege, legespesialist og anna helsepersonell, og samarbeidet mellom dei. Det blir peikt på som ei utfordring at kommunane i mange tilfelle har manglande kompetanse til å oppdage ulike helseproblem blant menneske med utviklingshemming tidleg nok, og til å kunne sette inn riktige og tidlege tiltak. Tilsvarande gjeld også for pasientar med samansette lidningar, inkludert muskel og skjelett. Desse pasientgruppene er storforbrukarar av helsetenester over mange år, og mange kunne fått ei raskare/tidlegare avklaring.
- For få legespesialistar innanfor spesialisert vaksenhabilitering (sjå kap. 6).
- For få spesialistar i fysikalsk medisin og rehabilitering (sjå kap. 7).

Forslag til forbetringstiltak innanfor førebygging

Ein tilrår at helseføretaka:

- Legg NCD-strategien til grunn i utviklinga av tenestene.
- Legg NCD-strategien til grunn for utvikling av tenester også til andre pasientgrupper enn dei strategien omhandlar, dvs. andre pasientgrupper med føljetilstander/funksjonsvikt etter sjukdom/skade.
- Førebygger gjennom tidleg oppdaging og rask diagnose (standardisering og samhandling).
- Integrerer førebyggjande innsats i heile pasientforløpet.
- Førebygger gjennom kunnskapsbaserte råd og rettleiing, pasient- og pårørandeopplæring og samarbeid med frisklivssentralane i kommunane.

5.3 Ambulant verksemd og tidleg støtta utskriving

Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

I forskrifta for habilitering, rehabilitering mm går det fram at «habiliterings- og rehabiliterings-tjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon». Handlingsplanen for habilitering av barn og unge og veileder for habilitering av vaksne tilrår begge bruk at ambulante tiltak. Innanfor habiliteringstenestene, særleg vaksenhabilitering, er ambulante arbeidsformer vanleg. Helseføretaka arbeidar ambulant i varierende grad innanfor rehabilitering.

Ifølgje ei kartlegging⁵¹ etterlyser kommunane meir rettleiing frå spesialisthelsetenesta i form av ambulant verksemd i samband med at pasientar blir skrivne ut frå spesialisthelsetenesta tidlegare enn før. Barnehabiliteringsrapporten 2014 tilrår også auka bruk av ambulante tenester, og viser til eit prosjekt ved Akershus universitetssykehus med bruk av ambulante tenester «for tidleg intensiv habilitering».

I forskingsprosjektet «Slagbehandlingskjeden i Bergen»⁵² er bruk av ambulante team frå spesialisthelsetenesta ein vesentleg føresetnad. Prosjektet har utforma ein modell for tidleg støtta utskriving. Tidleg støtta utskriving (Early Supported Discharge = ESD) inneber at pasienten blir skrevet ut frå institusjon til eigen heim så tidleg som mogleg på ein forsvarleg måte, kombinert med oppfølging av eit tverrfagleg ambulant team frå spesialisthelsetenesta og tverrfagleg rehabilitering i

kommunetenesta. Den nasjonale retningslinja for behandling og rehabilitering ved hjerneslag viser til at ESD gir ein signifikant reduksjon i risiko for død og alvorleg funksjonshemming, betra pasienttilfredsheit, betra helserelatert livskvalitet og ein reduksjon i liggetid samanlikna med tradisjonell oppfølging og rehabilitering.

Målet for prosjektet er å etablere ei samanhengande rehabiliteringskjede frå spesialisthelsetenesta til sjukeheim, dagtilbod og tiltak i eigen heim, særleg for slagpasientar. Erfaringar frå prosjektet kan ha overføringsverdi til andre pasientgrupper og prosjekt som inneber nye former for samarbeid og koordinering.

Modellen er først og fremst utforma med tanke på bynære strøk, men har vore utprøvd i forhold til mindre kommunar i Helse Fonna⁵³. Prosjektet fant aktuelle forbetningsområde for tverrfagleg rehabilitering og oppfølging av pasientar på tvers av nivåa, som ikkje er avgrensa til pasientar med hjerneslag, men vil gjelde alle med samansett funksjonssvikt som treng oppfølging over tid. Prosjektet fokuserte særleg på felles språk, dokumentasjon og felles verktøy.

I samband med utvikling av tilbodet til pasientar med CFS/ME er det prøvd ut ein brukarorientert samhandlingsmodell mellom primærhelsetenesta utanfor bynære strøk (Bømlo kommune), spesialisthelsetenesta (AFMR Helse Bergen) og NAV (Bømlo kommune). Modellen baserte seg på ein konkret oppgåvedeling mellom partane: Spesialisthelsetenesta skulle bidra med diagnostisering, tverrfagleg funksjonsvurdering, anbefaling av tiltak, og bistå med kompetanse, råd og innspel undervegs i forløpet. Kommune skulle bidra med eigen funksjonsvurdering og tilby oppfølging. Det var definerte kontaktpersonar og møtepunkt hos samarbeidspartnarane. Samhandlingsmodellen inkluderte både pasientretta og kompetanseoppbyggande aktivitet.

Ved Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenteret har det vore gjennomført eit prosjekt for å betre koordineringa, særleg rundt unge funksjonshemma som på grunn av skade/sjukdom står i fare for å falle ut av utdanning eller arbeid. Ved avslutning av eit 3-vekers rehabiliteringsopphald, blir det arrangert ein felles utskrivingsamtale via videokonferanse i lag med pasient, fastlege og NAV.

Utfordringar/flaskehalsar for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskrivning

- Ambulante arbeidsformer krev god planlegging for effektiv bruk. Det er ikkje alltid hensiktsmessig når det er lange reisevegar, jf. kartlegging i Helse Fonna om tidsbruk på bilkjøring.
- Manglande kapasitet i spesialisthelsetenesta ser ut til å gå utover moglegheita til å drive ambulant verksemd⁵⁴.
- Manglar i finansieringsordningar og manglande kunnskap om kostnadseffektivitet⁵⁵, er hindringar for å ta i bruk arbeidsforma.
- Manglande samarbeid mellom kommunar og helseføretak om heimebasert rehabilitering.
- Liten kapasitet og varierende kompetanse i rehabiliteringstilbodet i mange kommunar blir frå spesialisthelsetenesta oppfatta som ein flaskehals. Særleg gjeld dette dersom det er behov for tilpassingar i bustaden til pasienten.

Forslag til forbetringstiltak for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskrivning

- Helse Vest initierer eit regionalt utviklings-/innovasjonsprosjekt som evaluerer og ser nærare på moglegheitene for meir bruk av ambulante tenester. Prosjektet skal m.a. vurdere:
 - I kva for samanhengar det er mest hensiktsmessig å bruke ambulante tenester.
 - Ambulante tenester som eit verkemiddel for kunnskapsoverføring/utveksling og rettleiing til kommunane, og for å førebygge brot i behandlingsskjeda.
 - Større bruk av video/telemedisin for å yte tenester.

- Bruk av ny teknologi (velferdsteknologi) for å nå pasienten heime.
- Reisetid og kostnadseffektivitet.
- Nye arbeidstidsordningar ved ambulante verksemd
- Om det er behov for andre modellar i små helseføretak og kommunar, enn i store.
- Om det er behov for andre modellar i spredtbygde strøk enn i bynære.
- Nye moglegheiter ved framtidige kommunesamanslåingar
- Samtidige polikliniske- og ambulante tenester

Prosjektet kan bygge på erfaringar frå vaksnehabiliteringsfeltet og frå prosjektet «Slagbehandlingskjeden i Bergen». I dette prosjektet blir det peikt på at føresetnader for vellukka implementering har vore m.a. god leiarforankring, tett oppfølging, arenaer for samarbeid og kompetanse innanfor rehabilitering⁵⁶. Det vil også vere relevant å trekke inn erfaringar frå andre prosjekt nemnt over.

- Når det gjeld pasientar med hjerneslag blir det vist til regional plan for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, der det blir foreslått at modellen frå prosjektet «Slagbehandlingskjeden i Bergen» blir lagd til grunn, når helseføretaka i samarbeid med kommunane, skal legge til rette for tidleg støtta utskrivning i tråd med den nasjonale retningslinja (konseptet ESD).

5.4 Råd, rettleiing og kompetanseutveksling

Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

For å bidra til at kommunane kan gi gode og heilskaplege tenester innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet skal spesialisthelsetenesta gi råd, rettleiing og opplysningar som er nødvendige for at den kommunale helse- og omsorgstenesta skal kunne løyse oppgåvene sine, og dei skal bidra til kunnskaps- og kompetanseutveksling med kommunar og andre samarbeidspartnarar.

Rettleiingsplikta følgjer av spesialisthelsetenestelova § 6-3 og rundskriv I - 3/2013. Rettleiingsplikta omfattar rettleiing knytt til oppfølging av enkeltpasientar, men kan også omfatte generell rettleiing: «Generell veiledning om helsemessige forhold vil blant annet kunne være påkrevet på områder hvor det er overlappende grenseflater mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Slik veiledning vil også kunne være påkrevet for at kommunen som følge av den medisinske utviklingen og endring i organisering av helse- og omsorgstjenestene skal kunne utføre mer kompliserte helse- og omsorgstjenester.»

Samarbeidsavtalene mellom helseføretaka og kommunane (særleg delavtale 6) omhandlar gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglege nettverk og hospitering. Delavtala kan seiast å konkretisere innhaldet i den generelle rettleiingsplikta.

Utfordringar/flaskehalsar i samband med råd, rettleiing og kompetanseutveksling

- Spesialisthelsetenesta er ikkje tydeleg nok ut mot kommunar når det gjeld kva som skal til i oppfølginga av pasienten. (Det er signal frå fleire bustader/kommunar at det er ønske om tydeligare råd og rettleiing for tiltak).
- Mottaksapparatet i kommunane kan vere ein flaskehals for å få til ein god overgang og god oppfølging av pasientane i kommunane. Manglande kompetanse og stabilitet i personale som er rundt pasienten i kommunen, og som møter spesialisthelsetenesta saman med pasienten, gjer det utfordrande å nå fram med rettleiing og kompetanseoverføring frå spesialisthelsetenesta. Samarbeidsavtala mellom eit av helseføretaka og kommunane⁵⁷ slår fast at kommunane skal legge til rette slik at rettleiinga kan føre til kompetanseoverføring, men det har likevel vist seg at

det ikkje alltid er eit godt nok system for dette i praksis. Slike manglar kan føre til at nytten for pasienten, av behandlinga i spesialisthelsetenesta, blir redusert eller faller bort. Pasientar som er avhengig av hjelpeapparatet rundt seg, t.d. pasientar med psykisk utviklingshemming, er særleg sårbare for dette.

Forslag til forbetringstiltak i samband med råd, rettleiing og kompetanseutveksling

For å understøtte oppbygginga av (re)habiliteringstenester i kommunane er kompetanseutvikling og -deling mellom spesialisthelseteneste og kommune viktig. Det kan skje gjennom gjensidig hospitering og kompetanseutveksling både på individnivå, knytt til enkelt-pasientar, og på tenestenivå. Det blir vist til forslag i kap. 5.3 og til erfaringar frå prosjekta som er i delkapittelet. Det blir i tillegg tilrådd at:

- Helseføretaka etablerer tverrfaglege nettverk for kompetanseutveksling mellom spesialisthelseteneste og kommune. Med utgangspunkt i det regionale kompetansesenteret har koordinerande eining (KE) i Helse Stavanger, i samarbeid med kommunane og fylkesmannen i Rogaland, etablert eit lokalt fagnettverk om psykiske lidningar og utfordrande åtferd hos personar med utviklingshemming. Målet med nettverket er å bidra til kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom spesialisthelseteneste og kommune, og vareta del av spesialisthelsetenesta si rettleiingsplikt. Kompetansesenteret vil nytte erfaringar frå drift av nettverket som modell for etablering og drift av lokale fagnettverk i dei andre føretaksområda, med utgangspunkt i KE. Det er behov for avklaring om dekning av kostnader for gjennomføring av møte i lokale tverrfaglege nettverk. I Helse Fonna blir nettverk på tvers av kommune og føretak organisert i FOUSAM, felles forskings- og utviklingseining for samhandling.
- Helseføretaka gjennomfører prosjekt i samarbeid med kommunar for å utvikle gode system for tilrettelegging, slik at rettleiing knytt til enkeltpasientar kan føre til reell kompetanseoverføring mellom nivåa, og kontinuerlege tenester til pasienten. Det kan på sikt hentast erfaringar frå planlagt prosjekt i Helse Stavanger og i Helse Fonna (bygd på erfaringar frå Helse Sør-Øst). Formålet med prosjekta er å standardisere oppfølginga/rettleiinga i bustaden til pasienten. Prosjekta vil t.d. utarbeide ein "habiliteringskoffert" med malar og verktøy for arbeidet ut mot primærhelsetenesta. På sikt kan «kofferten» også innehalde verktøy for utgreiing/diagnostisering.
- Helseføretaka aukar bruken av telemedisin i samband med råd og rettleiing i område med lange avstandar, jf. UNN HF⁵⁸.
- Helseføretaka arrangere samarbeidsmøte/evalueringsmøte mellom spesialisthelsetenesta og kommunane. Dette er særleg aktuelt knytt til komplekse pasientar, men også der kommunane har behov for rettleiing, og på systemnivå der leiarar og involverte fagpersonar deltar.
- Helseføretaka vurderer å gjere bruk av videobase/portal med korte filmar som kan nyttast til rettleiing/kompetansedeling. Gjennom ein videoportal blir videoar tilgjengeleg til kontrollert nedlasting, dvs. at fagpersonar, pasientar og pårørande kan laste ned relevant kvalitetssikra videomateriale frå ei nettside. Helse Fonna er i pilotfase, og har under utvikling 6 videosnutter med skodespelarar i ungdomsteater som viser sosiale ferdigheter, med kommentarar til korleis avvik og tolking av åtferd ligg som ein rettleiande faktor (basert på videomodellar av Jed Baker).

5.5 Brukarperspektivet og pasient- og pårørandeopplæring

Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

Samhandlingsreforma har bidratt til ei vitalisering av pasientrolla, og det stiller nye krav til helse- og omsorgstenestene. Pasienten sine egne mål er kjernen i (re)habiliteringsprosessar og -tiltak, og koordinering av tenester på tvers av fag, nivå og sektor er ein føresetnad for (re)habiliteringsprosessane. Tenestene må derfor ivareta brukarperspektivet både på individ- og systemnivå gjennom heile pasientforløpet.

Brukarperspektivet på individnivå tar utgangspunkt i sjølvråderett, medverknad og deltaking i val og avgjerder som har med livskvalitet å gjere. Preferansar og val er sterkt knytt til motivasjon. Rehabiliteringsprosessar som tar utgangspunkt i pasienten sine egne mål, påverkar sannsynlegvis effekten av tiltak og pasienten si oppleving av meistring til tross for nedsett funksjon⁵⁹.

Lov om pasient- og brukarrettar omhandlar dei individuelle rettane til pasienten, og stiller samtidig krav til informasjonsutveksling og til helsepersonellens formidling av tenester. For mange (re)habiliteringspasientar vil retten til å få utarbeidd individuell plan (§2-5) vere særleg viktig. Bruk av IP bidrar både til individuell medverknad, og til koordinerte tenester. Loven inneheld særlege reglar for pasientar utan samtykke-kompetanse, og varetar på den måten alle pasientar innan habilitering og rehabilitering. Samtidig stiller dette særlege krav til formidlingskompetanse hos helsepersonell og tidsbruk i tenestene. Kapittel 4 A om helsehjelp til pasientar som motsett seg helsehjelp, legg særlege føringar for den individuelle pasientoppfølginga og for samarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetenesta om å ivareta integriteten til desse pasientane.

Pårørande kan vere ein viktig ressurs, og tenestene må sjå til at dei kan medverke i samsvar med ønska til pasienten. Nedsett funksjonsevne hos ein person påverkar rolla til pårørande, og kan innebere at brukarrolla i ein del tilfelle blir varetatt gjennom pårørande.

I oppdragsdokument til Helse Vest for 2015 er eit langsiktig mål at pasientar, brukarar og pårørande opplever å få god informasjon og opplæring. Gruppebasert pasient- og pårørandeopplæring, med systematisk brukarmedverknad i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbod, må vere ein integrert del av eit (re)habiliteringsforløp. Opplæringa kan vere i regi av helseføretaka, kommune eller eit samarbeid på tvers av nivåa. Det er etablert eit nettverk for læring og meistring i Helse Vest som legg til rette for kompetanseutvikling, kunnskapsdeling og koordinering mellom helseføretaka i regionen og samarbeid med kommunane⁶⁰. Samarbeid med frisklivssentralane i kommunane bør vere ein del av dette. Pasient og pårørande bør få informasjon om tilbodet ved frisklivssentralane og orientering som gir realistiske forventningar ved overføring til kommunehelsetenesta.

For å sikre at stemmen til pasienten i større grad blir registrert i møtet mellom pasient og behandlar, vil bruk av spørreskjema for pasientrapporterte data (PROMs) i klinisk praksis vere nyttig. Skjemaet dokumenterer pasienten sine egne opplevingar og beskrivingar, og kan nyttast som del av den kliniske vurderinga, i diagnostikk og oppfølging. Det er behov for meir kunnskap om korleis pasientrapporterte data kan påverke helsetilbodet både på tenestnivå og systemnivå⁶¹. Studium har vist at pasientrapportert kvalitet harmonerer med fagleg kvalitet når det gjeld overleving ved hjarteinfarkt⁶², men det er ikkje gjort tilsvarande studium knytt til rehabilitering.

Gjennomføring av brukarerfaringsundersøkingar kan vere eit verkemiddel for å oppnå brukarmedverknad, og når resultata blir nytta i forbetningsarbeid, kan undersøkingane bidra til betre kvalitet på tenestene. Helse Vest har i samarbeid med Kunnskapscenteret utarbeidd eit felles verktøy i regionen for gjennomføring av brukarerfaringsundersøkingar⁶³, men verktøyet er så langt ikkje nytta innanfor (re)habiliteringsfeltet i føretaka. Dei private rehabiliteringsinstitusjonane har i avtalene med Helse Vest eit krav om å gjennomføre jamlege undersøkingar ved bruk av spørreskjema og metode

utvikla ved Kunnskapsenteret, og resultat skal brukast i eige forbetningsarbeid og rapporterast til Helse Vest.

Nye teknologiske løysingar, inkludert velferdsteknologi⁶⁴, kan vere nyttig hjelpemiddel for personar med kroniske sjukdommar eller funksjonsnedsettingar i å ta vare på eiga helse, og eit verkemiddel for samhandling. Behova til pasientane må styre bruken av teknologiske løysingar, og innføring må også følgjast av endringar i arbeidsrutinar, organisering og kompetanseheving i tenestene. Digitale helseverktøy kan vere nyttige bidrag i pasienten sitt rehabiliteringsforløp m.a. med tanke på:

- motivasjon til pasient og moglegheit til sjølvmonitorering
- korrigerende treningsprogram
- oppfølging i overgangen til heimesituasjonen
- oppfølging etter eit rehabiliteringsopphald, fram til planlagt re-opphald, for å unngå nye opphald

Eksempel på bruk av ny teknologi er fibromyalgipasientar som fekk rettleiing i etterkant av opphald på eit rehabiliteringssenter, via smarttelefon, var meir fysisk aktive, opplevde mindre smertar og auka livskvalitet⁶⁵. I Helse Vest har Rehabilitering Vest gjennomført eit pilotprosjekt med bruk av digitale helseverktøy, med positive resultat.

Utfordringar/flaskehalsar i samband med brukarperspektivet og pasient- og pårørandeopplæring

- Individuell plan nyttast i for liten grad
- Skjema for pasientrapporterte data blir i avgrensa grad nytta i klinisk praksis
- Det er ikkje gjennomført brukarerfaringsundersøkingar innanfor (re)habiliteringsfeltet i føretaka.
- Brukarrepresentantar/pårørande blir i for liten grad involvert i arbeidsgrupper på systemnivå i utvikling av tenestene.

Forslag til forbetringstiltak for å vareta brukarperspektivet og pasient- og pårørandeopplæring

- Pasienten sine eigne mål er kjernen i (re)habiliteringsprosessar og -tiltak, og dette må prege møtet mellom pasient og helsepersonell, og innrettinga av tenestene på systemnivå. Det er sentralt å styrke pasienten si meistringsevne, eigenomsorg og deltaking i utforminga av (re)habiliteringstiltaka:
 - Etterspørje og dokumentere pasienten sitt rehabiliteringsmål ved tilvising til rehabilitering og i planlegging og gjennomføring av rehabiliteringstiltak, og sørge for at pasienten er delaktig i utforminga.
 - Sørge for at pasientar med rett til individuell plan, får dette, og sørge for at kopi av epikrise går til pasient som ein standard praksis i (re)habiliteringsfeltet.
 - Ta i bruk nye teknologiske løysingar som understøtter pasientane sine behov, og styrker meistringsevne og aktiv eigenomsorg⁶⁶.
 - Involvere brukarar/pårørande i arbeid på systemnivå for utvikling av tenestene.
- Helse Vest og helseføretaka gjennomfører brukarerfaringsundersøking innanfor rehabilitering i 2015, etter regional mal. Vurdere om det kan gjennomførast innanfor habilitering etter mal frå St. Olavs Hospital⁶⁷. Resultata må nyttast i forbetningsarbeidet.
- Alle spesialiserte rehabiliteringsavdelingar bør ta i bruk instrument eller spørjeskjema for pasientrapporterte data (PROMs) i klinisk praksis. Desse verktøya kan styrke pasienten i møtet mellom pasient og behandlar⁶⁸. Jf. også kap. 8.
- Pasient- og pårørandeopplæring må inkluderast i pasientforløpa, både individuell opplæring og gruppebaserte tilbod.

5.6 Rolla til fastlegen i (re)habiliteringsforløpet

Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

Fastlegane er døra inn til både spesialisthelsetenesta og mange av dei kommunale tilboda, og har ei nøkkelrolle i ei samhengande behandlingsskjede for pasienten. Dei har òg ei viktig rolle for å oppnå intensjonane i samhandlingsreforma om å førebygge meir og behandle tidlegare, og for å bremse eller hindre at sjukdom utviklar seg. Fastlegane har ei viktig rolle i rett prioritering og rett bruk av helsetenestene.

Ifølgje fastlegeforskrifta har fastlegen ei tre-delt rolle; ansvar for legetenester til dei som står på lista til fastlegen, oppgåver definert som andre allmenlegeoppgåver i kommunen, og legevakt og øyeblikkeleg hjelp-tenestene til kommunen. Kommunen har ifølgje forskrifta ansvar for å legge til rette for samarbeid, m.a. mellom fastlegane og spesialisthelsetenesta.

Fastlegeordninga fungerer i hovudsak godt, men ikkje like godt for pasientar som ikkje sjølv etterspør helsetenester, eller som har vanskar med å oppsøke legekontor på eige initiativ. Dette gjeld m.a. personar med rusproblem, heimebuande eldre med nedsett funksjonsnivå, personar med psykiske lidingar, personar med mental svikt og andre med betydeleg funksjonssvikt⁶⁹. Fastlegane må vere godt informerte om helsetenestene, forvaltningsstrukturen og dei rutinane som gjeld, for å kunne ivareta ansvaret sitt.

Fastlegens rolle er viktig for habiliterings- og rehabiliteringspasientar, m.a. i overgangsfasar for pasientane, og han skal vere ein sentrale aktør i (re)habiliteringsprosessen. Det er derfor viktig at fastlegen er informert og involvert.

Utfordringar/flaskehalsar knytt til rolla til fastlegen (re)habiliteringsforløpet

- I ein del samanhengar er ikkje fastlegen godt nok informert og involvert i (re)habiliteringsforløpet til pasientane⁷⁰.

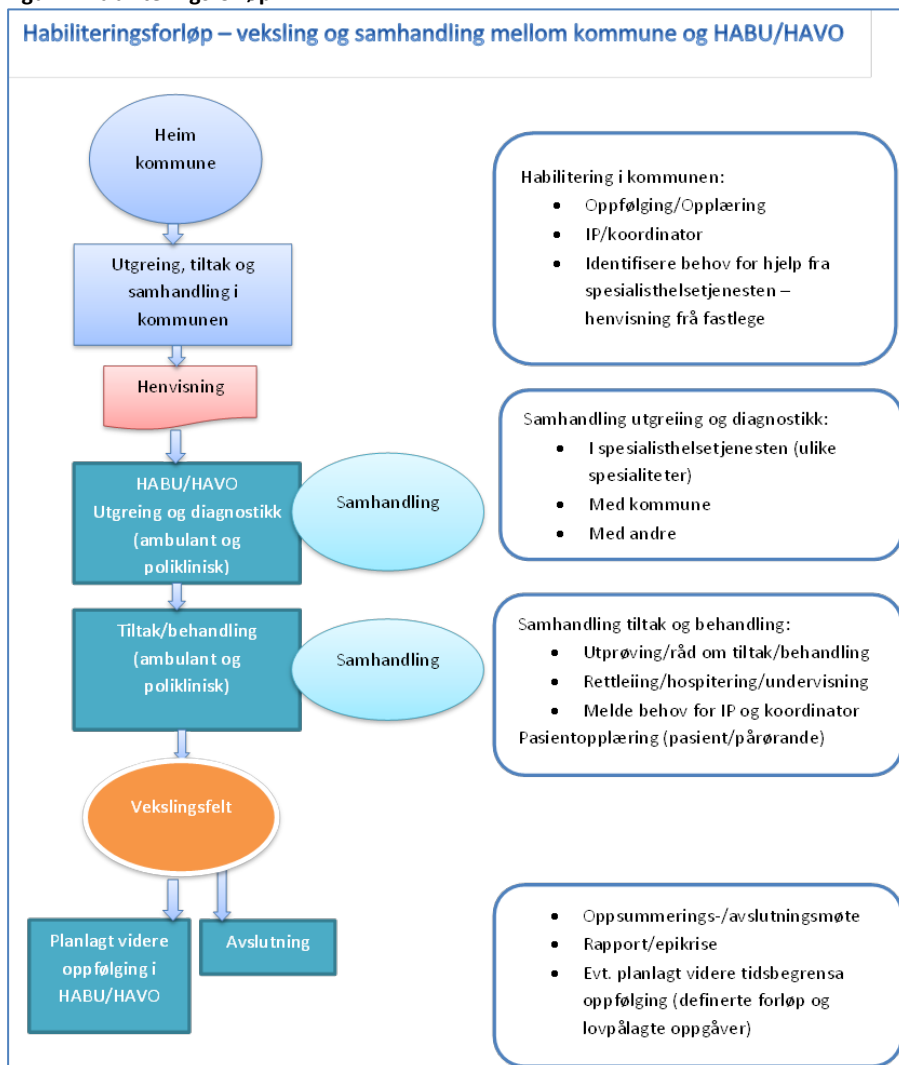
Forslag til forbetringstiltak knytt til rolla til fastlegen (re)habiliteringsforløpet

- Helse Vest tar initiativ til at det blir utarbeidd ei felles (regional) sjekklister for fastlegar om innhald i tilvisingar til habilitering og rehabilitering, tilgjengeleg på helseføretaka sine nettsider. Ein bør også søke å få gjort sjekklister tilgjengeleg i fastlegane sin EPJ etter mal frå tidlegare samarbeid mellom praksiskonsulentar og kliniske avdelingar i Helse Bergen og EPJ-leverandør. Sjekklister må vere basert på innhald/retningslinjer for tilvisingar som går fram av samarbeidsavtalene mellom helseføretak og kommune. Ein må legge til grunn at tilvisinga byggjer på tverrfaglege opplysningar om pasienten og at funksjonssvikten er beskriven i eit ICF-perspektiv. Arbeidet må bygge på den nasjonale rettleiaren for tilvising, som er sendt på høyring frå Helsedirektoratet i mai 2015.
- Spesialisthelsetenesta må ha som rutine alltid å sende kopi av epikrise, rapportar, møtereferat mm til fastlegen (dersom pasienten ikkje motset seg dette). Dersom det er forhold som det er naturleg at fastlegen følgjer opp, kan epikrisen (rapportar, møtereferat) plassere oppfølgingsansvar for konkrete forhold hos fastlegen, sjølv om det ikkje er fastlegen som har tilvist. Dette kan sikre effektiv kommunikasjon og at fastlegen bidrar ved behov.
- Praksiskonsulentane og fageiningane kan samarbeide om dialog med fastlegar om problemstillingar knytt til oppfølging av samarbeidsavtale 2 mellom helseføretak og kommune.

6 Habiliteringsforløpet - utgreiings- og behandlings/tiltaksfasen i spesialisthelsetenesta

Habiliteringsforløpet skjer i eit kontinuerleg samarbeid mellom heimkommunen til pasienten og spesialisthelsetenesta. Dette kapittelet er avgrensa til utgreiings- og behandlings/tiltaksfasen.

Figur 7: Habiliteringsforløp



6.1 Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

I utgreiingsfasen av pasientforløpet er hovudfokuset i spesialisthelsetenesta på kartlegging, diagnostisering og definering av følgjetilstander og komorbiditet. I behandlings/ tiltaksfasen er hovudfokuset på tverrfagleg oppfølging og medisinsk behandling, pasient- og pårørandeopplæring og ivaretaking av spesialisthelsetenesta sine oppgåver knytt til helse- og omsorgstenestelova § 9 om tvang og makt.

Behandlingstiltaka vil bli styrt av konklusjonane frå utgreiingsfasen. Tiltaka er retta både mot pasient/familie og omgivnadene som pasienten lever i, og oppfølginga må skje i nært samarbeid med pasienten, pårørande og tenesteytarar i kommunen⁷¹. Ofte er det komplekse symptombilde med mange årsakar, og samarbeid mellom ulike kompetanse og ulike behandlingstiltak er avgjerande for å få resultat⁷². Ein korrekt diagnose er viktig for oppfølging og behandling av pasienten og kan vere

avgjerande for pasientens livssituasjon og rettigheter⁷³. I utgreiingsfasen er det nødvendig å bruke standardiserte kartleggingsverktøy og diagnosemanualar der slike finnes.

Habilitering bør ha eit livsløpsperspektiv, og pasienten kan ha behov for samtidige tenester frå kommunen og spesialisthelsetenesta. Ein pasient vil ha behov for fornya utgreiing og tilpassing av tiltak fleire gongar i livsløpet. Behovet kan oppstå som følgje av endringar i alder og livsfase, funksjon, nye problemstillingar og i nokre tilfelle i ny medisinsk kunnskap. Særleg i overgangsfasar for pasienten kan ny utgreiing vere viktig.

Overgangen frå ung til vaksen kan vere utfordrande, og det er vanleg at større helseproblem, livsstilsjukdommar og fleire komorbide tilstandar oppstår i denne perioden, m.a. fatigue og nedgang i motorisk funksjon, psykiske og somatiske lidningar. Manglande meistring og miljømessige faktorar kan føre til åtferdsproblem, rusproblematikk mm. Mange erfarer at overgangen frå tenestene for barn og unge, til tenester for vaksne er krevjande⁷⁴.

Tenestene til vaksne er i større grad enn tenester til barn og unge delt mellom ulike avdelingar som gir tilbod til ulike lidningar/diagnosar, og pasientane kan trenge oppfølging frå fleire. Ansvaret i overgangen vil dermed ofte vere fragmentert, og tiltak for å betre overgangane vil ofte samtidig kunne vere tiltak for å førebygge større helseproblem i vaksenlivet⁷⁵. «Prosjekt familieveiviser» har vist at tidleg planlegging av overgangen er viktig. Kunnskapssenteret⁷⁶ har sett på tiltak for å lette livsovergangar for barn og unge med funksjonsnedsetting, og vurderte tiltak for å styrke kommunikasjon, meistring, sosiale ferdigheiter og tiltak for betre planlegging og koordinering. På grunn av lav kvalitet på studia, var det ikkje grunnlag for å slå fast nytten av tiltaka. Helseføretaka i regionen har i varierende grad retningslinjer for å sikre denne overgangen.

Ungdomsmedisin handlar om helsetenester tilpassa ungdom/unge vaksne. Helse- og omsorgsdepartementet er initiativtakar til eit overordna strategiarbeid for ungdomshelse, som er eit satsingsområde Helse- og omsorgsdepartementet følgjer opp. Det er i gang eit kartleggingsarbeid for å få oversikt over kva tilbod som blir gitt i helseføretaka. Ungdomsmedisin kan gi høve til tettare samarbeid mellom HABU og HAVO med tanke på tenester/tilbod til pasientar i aldersgruppa 15-25 år. Det er arbeid med ungdomshelse ved lærings- og meistringsentra i Helse Stavanger og Helse Fonna⁷⁷

Ansvaret til spesialisthelsetenesta

Ifølgje prioriteringsretteleiarane kan alle barn og unge med medfødde eller erverva funksjonsnedsettingar eller kroniske sjukdommar ha rett til habilitering i spesialisthelsetenesta⁷⁸. Tilsvarande gjeld pasientar over 18 år med medfødde eller tidlege erverva funksjonsnedsettingar av komplisert og samansett karakter⁷⁹. Spesialisthelsetenesta skal yte tenester når det er behov for helsehjelp som er så spesialisert, kompleks og intensiv at den ikkje kan ytast i kommunen⁸⁰.

Når det gjeld habilitering av vaksne utdjupar prioriteringsretteleiarane følgjande:

«Med tidlig ervervet funksjonsnedsettelse menes her at tilstanden er ervervet før 18 år. Det kan være tidlig ervervede hjerneskader og utviklingsforstyrrelser, syndromer med kognitiv svikt, utviklingshemning, autisme m.m. Det vil også kunne omfatte tidlig ervervede nevrologiske skader eller defekter, nevromuskulære sykdommer, eksempelvis muskeldystrofier, ataksier, ryggmargsbrokk m.m.»

Handlingsplanen for habilitering av barn og unge (IS-1692) peiker på at spesialisthelsetenesta skal gi spesialiserte habiliteringstenester og supplere kommunane i høve til barn og unge med funksjonsnedsettingar grunna kroniske sjukdommar, sansetap, psykiske lidningar, medfødde eller tidlege erverva nevrologiske skadar eller tilstandar, erverva hjerneskadar, nevropsykiatriske utviklingsforstyrningar og liknande.

På grunn av ulik organisering i helseføretaka, varierer det i kva for avdeling dei ulike gruppene mottar habiliteringstilbod. Tenester blir gitt i HABU, HAVO, andre somatiske avdelingar og i psykisk helsevern, men korleis oppgåvedelinga er lagt opp, varierer. Det gjeld både for tenester til barn og unge og til vaksne (jf. også statuskapittelet).

Ifølgje forskrift for habilitering og rehabilitering (§ 13), skal spesialisthelsetenesta sørge for «a) trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning», b) intensiv trening som inngår i individuell habiliterings/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling og c) tilrettelagt opplæring for pasienter som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.»

I utgreiingsfasen skal spesialisthelsetenesta kunne yte følgjande tenester til barn, unge og vaksne⁸¹:

- Utgreiing og diagnostisering av tilstand/syndrom/sjukdom
- Tverrfagleg utgreiing og vurdering av funksjon
- Kartlegging av omgivnad/miljøfaktorar
- Utgreiing og vurdering av utfordrande åtferd. Eventuell risikovurdering ved åtferd som kan vere til skade for pasienten sjølv eller andre.
- Samarbeid med relevante einingar i spesialisthelsetenesta, lokalt, regionalt og nasjonalt og samarbeid med relevante instansar i kommunen o.a.

I behandlings-/tiltaksfasen skal spesialisthelsetenesta kunne yte følgjande tenester til barn, unge og vaksne:

- Medisinsk og helsefaglig oppfølging
- Motorisk oppfølging
- Planlagt åtferdsendrande tiltak/retteleiing
- Pasient- og pårørandeopplæring, individuelt og i gruppe, evt. i samarbeid med lærings- og meistringssenter
- Trening i sosial kompetanse
- Trening/opplæring og vedlikhaldsbehandling relatert til ADL
- Intensiv habilitering
- Råd og retteleiing til kommunen om tilrettelegging for og oppfølging av ulike funksjonar og ferdigheter hos pasient
- Samarbeid med pårørande
- Tiltak som følgjer av helse- og omsorgstenestelova § 9
- Samarbeid med andre instansar (NAV, skole, barnehage, kommunale tenester, Statped)
- Vurdere behov for IP

6.2 Flaskehalsar og brot i habiliteringsforløpet i utgreiings- og behandlings-/tiltaksfasen

Mangelfull intern samordning i spesialisthelsetenesta

Mangelfull intern samordning i spesialisthelsetenesta⁸² gir gråsoner med uklår ansvars- og oppgåvedeling internt i sjukehusa. Prosjektgruppa meiner det særleg gjeld følgjande område:

- Mellom habiliteringstenestene og psykisk helsevern:
For ei relativt stor gruppe pasientar ved habiliteringstenestene kan det vere tvil om problemstillingar som angår psykisk helse/psykiatriske symptom bør utgreiast innanfor psykisk helsevern eller i habiliteringstenestene. Dette kan føre til at pasientane blir kasteballar mellom einingar, at behandlingstilbod kommer seint i gang, eller i verste fall ikkje blir fanga opp. Når det gjeld barn og unge er temaet grundig drøfta i barnehabiliteringsrapporten 2014⁸³.

Problemstillinga gjeld i like stor grad i vaksnehabiliteringsfeltet. Prioriteringsrettleiaren for habilitering av vaksne peiker på at det for menneske med moderat/alvorligare utviklingshemming og mistanke om psykisk lidning, bør vere eit samarbeid mellom psykisk helsevern og habiliteringstenesta om utgreiing og behandlingstiltak, og at ei ansvarsavklaring er nødvendig. Vidare slår rettleiaren fast at: «Alle pasientgrupper som nevnes i prioriteringsveilederen for habilitering av vaksne i spesialisthelsetjenesten, hvor det er mistanke om psykiske lidelser har som alle andre pasienter rett til å få vurdert sin helsetilstand fra psykisk helsevern. Ved mistanke om psykiske lidelser hos personer med lett utviklingshemning, forutsettes det at den aktuelle helsehjelpen i hovedsak ivaretas innenfor allmennpsykiatriens ansvarsområde.» Dette blir i praksis ikkje alltid følgt opp i psykisk helsevern.

Tenestene i helseføretaka er ulikt organisert når det gjeld tilknytninga mellom psykisk helsevern og habilitering (sjå kap. 3.2), slik at samordningsbehova vil variere mellom helseføretaka.

- Mellom vaksnehabiliteringstenestene og andre avdelingar:
Det er uklart korleis og i kva avdelingar det blir gitt tilbod til nokre av tilstandsgruppene som kan ha behov for vaksnehabilitering i spesialisthelsetenesta. Det gjeld pasientar med «tidlig ervervede nevrologiske skader eller andre sykdommer uten kognitiv svikt, som eksempelvis muskeldystrofier, ataksier m.m.»⁸⁴. Dette gjeld også ungdom/vaksne med CP, ryggmargsbrokk, nevromuskulære sjukdommar, sjeldne genetiske syndrom og multifunksjonshemma. Uklarheitene kan henge saman med ulikheiter mellom helseføretaka i organisering av vaksnehabiliteringstenestene, og dermed ulikheiter i målgrupper og prioritering mellom pasientgrupper i desse tenestene.
- Mellom barne- og ungdomshabilitering og andre avdelingar:
Det er uklart korleis og i kva avdeling barn og unge med (re)habiliteringsbehov etter kronisk sjukdom og skadar blir varetatt i spesialisthelsetenesta. Det gjeld t.d. barn som har (re)habiliteringsbehov etter kreft, alvorleg hjertesjukdom, traumatiske hjerneskarar, trafikkskarar eller anna omfattande medisinsk behandling. Temaet er peikt på i Handlingsplan for habilitering barn og unge IS-1692, og i rapporten «Et reddet liv skal også leves» IS-1279. Barnehabiliteringsrapporten 2014 kartla grupper som ikkje blir ivaretatt i tilstrekkeleg grad i HABU. Det blei peikt på at m.a. barn med ulik smerteproblematikk, barn med behov for habilitering etter skadar (alvorleg brannskade eller verknader av kreftbehandling), og barn med ulike typar kroniske tilstander (revmatisme, astma o.a.) kan stå i fare for ikkje å bli ivaretatt i tilstrekkeleg grad innanfor habilitering.
- Mellom tenester til barn/unge og til vaksne:
For dei pasientane som har behov for ein overgang frå habiliteringstenester for barn/unge til tenester for vaksne, kan overgangen vere utfordrande og pasientane kan oppleve brot i oppfølginga frå tenestene. Tilsvarande utfordringar kan også opplevast i overgangen frå BUP til HAVO. Det er behov for tettare samarbeid og felles standardar mellom BUP, HABU og HAVO. Graden av utfordring varierer mellom helseføretaka pga. ulik organisering av habiliteringstenestene, og utfordringa heng m.a. saman med uklarheitene omtalt i kulepunktene over.
- Andre interne vekslingar i spesialisthelsetenesta kan også forårsake flaskehalser og unødig venting underveis i forløpet. Ein ventar t.d. på info frå andre internt (EGG, MR osv) eller eksternt frå andre HF (epikriser/polikliniske notat) og frå kommunar (PPT, fysio, ergo osv).

Mangelfullt kunnskapsgrunnlag og manglande standardisering

- Det er manglande standardisering av tenestene til pasientane på tvers av avdelingar/einingar. Standardisering av tenestene blir gjort vanskeleg av uklar ansvar- og oppgåvedeling internt i

spesialisthelsetenesta. Manglande standardisering heng også dels saman med manglande kunnskapsgrunnlag og lite forskning på feltet. Til dømes gjorde barnehabiliteringsprosjektet 2014 ei vurdering av dokumentasjonen av effekt av intensiv tverrfagleg habilitering, og konkluderte med at den er mangelfull. Resultata for forskinga, brukartilbakemeldingane og den kliniske erfaringa manglar systematisk struktur og resultata må tolkast varsamt. Det er t.d. behov for å utvikle fleire standardiserte pasientforløp, og for å styrke kunnskapsgrunnlaget gjennom forskning (sjå også kap. 8).

Utilstrekkeleg kompetanse og kapasitet på nokre område

Kompetanse- og kapasitetsutfordringar er ein flaskehals for å få effektive forløp av god kvalitet.

- Det er utilstrekkeleg kapasitet når det gjeld medisinsk og psykologisk kompetanse. I styringsdokumentet for 2012 var det eit mål at den medisinskfaglege kompetansen i habiliteringstenestene blei styrkt. Årleg melding viser at føretaka i liten grad oppnådde dette, men at det blei arbeidd for å betre rekrutteringa. Kompetansebehovet har auka i takt med endringa mot meir spesialiserte tenester. Dei små helseføretaka har lege knytt til habiliteringstenestene i små stillingsbrøkar, dei store helseføretaka har om lag eitt årsverk. Dette gir små og sårbare fagmiljø og ein vanskeleg rekrutteringssituasjon. Manglande kapasiteten blir vurdert å ha konsekvensar for tenestene til pasientane.
- HABU-einingane manglar kompetanse for å kunne vareta barn med utviklingshemming og utfordrande åtferd⁸⁵.
- Det er behov for kunnskapsutvikling blant helsepersonell for å kunne vareta barn med minoritetsbakgrunn⁸⁶. Dette behovet er også stort på vaksenfeltet. For å kunne vareta eit større kompetanse-område, følgjer det behov for ei viss kapasitetsauke.

Udekte behov for tenester

Det er identifisert udekte behov for tenester, som m.a. har samanheng med manglande kompetanse og kapasitet:

- innanfor målgruppa for vaksenhabilitering blir følgjande pasient/tilstandsgrupper (jf. priorveil), vurdert å ha udekte behov for tenester: Pasientar med omfattande språk og kommunikasjonsvanskar, pasientar med følgjetilstandar av skadar/sjukdommar i nervesystemet og muskelsjukdommar og pasientar med psykiske lidingar kombinert med lett utviklingshemming.
- Innanfor målgruppa for barnehabilitering blir det vurdert at barn og unge med følgjande problemstillingar ikkje får eit tilstrekkeleg tilbod⁸⁷: Barn med utviklingshemming og utfordrande åtferd, barn i målgruppa med psykiske vanskar og barn med minoritetsbakgrunn.

6.3 Forslag til forbetringstiltak i utgreiings- og behandlings/tiltaksfasen av habiliteringsforløpet

Avklaring av ansvars- og oppgåvedeling internt i spesialisthelsetenesta

Det er behov for å gjere eit arbeid i alle helseføretaka for å avklare ansvars- og oppgåvedeling internt i spesialisthelsetenesta for dei pasientane som ifølgje prioriteringsretteleiarane kan ha rett til habilitering i spesialisthelsetenesta. Helseføretaka må også vurdere om noverande organisering er hensiktsmessig for å vareta pasientgruppene på ein god måte. Ansvaret for ei avklaring, og for at nødvendig kompetanse følgjer med oppgåvene, må vere forankra på høgt leiarnivå i helseføretaka. Prosjektgruppa foreslår at følgjande blir sett i gang:

- Kvart helseføretak klargjer korleis pasientgrupper som ifølgje prioriteringsretteleiararen har rett til habilitering i spesialisthelsetenesta, får nødvendige tenester i føretaket. Ansvars- og oppgåvedeling og samarbeid mellom avdelingar må bli nedfelt i formaliserte avtaler mellom

avdelingar. Dette gjeld:

- Mellom habiliteringstenestene og psykisk helsevern (både for barn/unge og vaksne)
- Mellom vaksnehabiliteringstenestene og andre avdelingar for pasientar med tidleg erverva nevrologiske skadar eller andre sjukdommar med/utan kognitiv svikt, t.d. ungdom/vaksne med CP, ryggmargsbrokk, nevromuskulære sjukdommar, sjeldne genetiske syndrom og multifunksjonshemma.
- Mellom barnehabiliteringa og andre avdelingar for barn og unge med rehabiliteringsbehov etter erverva skade/sjukdom. Det gjeld t.d. barn/unge som har (re)habiliteringsbehov etter kreft, alvorleg hjertesjukdom, traumatiske hjerneskarar, trafikkskarar eller anna omfattande medisinsk behandling.
- I overgangen mellom tenester til barn/unge og vaksne.
- Alle helseføretaka utarbeidar forpliktande/formaliserte samarbeidsavtaler, inkludert samarbeidsforum, mellom HABU og psykisk helsevern for barn og unge for å avklare ansvar og oppgåver knytt til barn med uavklarte tilstandar/psykiske lidningar.

Det blir tilrådd å samarbeide regionalt om å utarbeide mal for avtale. Helse Bergen har starta eit slikt prosjekt mellom HABU og BUP.

- Helseføretaka etablerer forpliktande samarbeidsavtaler, inkludert samarbeidsforum, mellom psykisk helsevern for vaksne og HAVO etter same mønster.
- Som eit supplement til avklaringsarbeidet som helseføretaka må gjere, blir det foreslått at Helse Vest initierer ein eller fleire faglege revisjonar innanfor habiliteringsfeltet (i regionalt system for fagrevisjonar). Prosjektgruppa tilrår å starte med ein revisjon av tenester til pasientar med utviklingshemming og utfordrande åtferd, der eit samarbeid mellom psykisk helsevern og habiliteringstenesta er nødvendig. Revisjonsgrunnlag kan vere prioriteringsrettleiarane og faglege prosedyrar/rutinar i helseføretaka.

Styrke kompetanse og kapasitet

Prosjektgruppa foreslår følgjande for å styrke, rekruttere, utvikle og behalde kompetanse:

- Helseføretaka må styrke legetenesta med fleire stillingar gjennom nyrekruttering av spesialistar (nevrolog/psykiater), og gjennom tiltak som bidrar til at praksis innanfor habiliteringstenesta kan inngå i spesialiseringa til LIS-legar/utdanningskandidatar.
- Helseføretaka må styrke og behalde tverrfagleg kompetanse gjennom i større grad å stimulerer til relevant spesialisering, vidareutdanning og auka akademisering gjennom tilrettelegging for mastergradsutdanning for medarbeidarar med ulike helsefaglege grunnutdanningar. Vidare må helseføretaka legge vekt på forskingsverksemd, inkludert etablering av stipendiatstillingar og deltaking i multisenterstudium (jf. kap. 8 om forskning).
- Ansvar for å sikre tilstrekkeleg kompetanse og kapasitet i habiliteringstenestene må vere forankre på høgt leiarnivå i helseføretaka.
- Helse Vest etablerer regionale kompetansenettverk for habilitering i spesialisthelsetenesta:

- Eit regionalt kompetansenettverk mellom HABU-einingane i regionen for å vidareutvikle kompetanse og bidra til betre ivaretaking av barn med utviklingshemming og utfordrande åtferd. Det blir foreslått at knutepunktfunksjon for dette nettverket blir lagt til Helse Stavanger⁸⁸.
- Regionalt nettverk for felles utvikling og forbetring av tilboda innanfor intensiv tverrfagleg habilitering i Helse Vest⁸⁹.
- Regionalt, tverrfagleg kompetansenettverk på tvers mellom HABU- og HAVO-einingane. Formålet vil vere å styrke og sikre spesialistkompetanse gjennom erfaringsutveksling og kompetanseutvikling. Kompetansesenteret bør vere knutepunkt med ansvar for å drifte nettverket. Tiltaket bør sjåast i samanheng med forslaget om regionalt samarbeid om standardisering/forløp ovanfor og andre definerte behov for kompetanseutveksling, jf. kap. 3.4, 3.5 og 8.
- Alle kompetansenettverk må formaliserast med mandat og knutepunktfunksjon med overordna ansvar for planlegging, gjennomføring, evaluering og langsiktig vedlikehald og utvikling av kompetansetiltak på feltet. Nettverka bør søke interregionalt samarbeid. Oppgåve som knutepunkt for eit regionalt nettverk må følgjast av midlar for å kunne drifte nettverket.

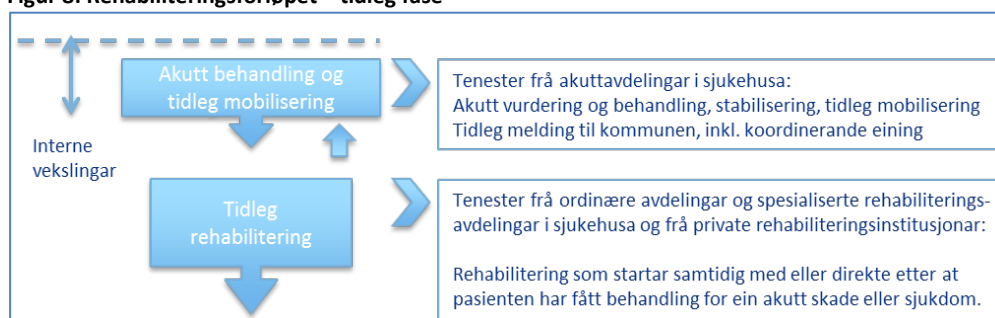
Auka standardisering av tenestene

- Helse Vest initierer eit regionalt samarbeid om å utarbeide standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp/ behandlinglinjer (inkludert fagprosedyrar). Formålet med å utarbeide pasientforløp er å finne fram til måtar å yte tenestene på som understøtter pasientane sine egne mål⁹⁰. Arbeidet må bygge vidare på erfaringar i regionen og nasjonalt, m.a. frå Helse Stavanger, Helse Bergen, St.Olavs Hospital, Helse Sør-Øst⁹¹ og eit nasjonalt fagutviklingsprosjekt⁹². Dette arbeidet bør sjåast i samanheng med avklaring av ansvars- og oppgåvedeling internt i spesialisthelsetenesta, jf. over.

7 Rehabiliteringsforløpet – tidleg rehabilitering og seinfaserehabilitering i spesialisthelsetenesta

7.1 Tidleg rehabilitering

Figur 8: Rehabiliteringsforløpet – tidleg fase



Definisjon

Med tidleg rehabilitering, i akutt og subakutt fase, forstår vi rehabilitering som startar samtidig med eller direkte etter at pasienten har fått behandling, som oftast innan 3 månader etter alvorleg akutt skade eller sjukdom.

7.1.1 Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

Å starte rehabilitering tidleg, det vil seie også i ein intensiv/akutt fase, har vist seg å redusere mortalitet og auke funksjon for fleire pasientgrupper. Den positive effekten av slageiningar som kombinerer akutt behandling og tidleg rehabilitering, er vist i gjentatte studiar både internasjonalt og i Noreg⁹³. Innanfor traumebehandling er det vist positiv effekt av tidleg-rehabilitering⁹⁴, t.d. er det for pasientar med ryggmargsskade vist redusert mortalitet, auka funksjon og lengre livslengde etter at spinaleiningane blei oppretta⁹⁵.

For pasientar med traumatiske hjerneskarar blei det i 2005 tilrådd å etablere ei eining for tidleg rehabilitering i kvar helseregion⁹⁶. Regional eining for traumatisk hodeskade blei oppretta i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Bergen i 2008. Fleire studiar stadfestar positiv effekt, m.a. betre funksjon 12 månader etter skaden, hos pasientar som fekk tidleg rehabilitering⁹⁷. Å etablere samanhengande behandlingsskjeder mellom dei akutte regionale avdelingane og dei spesialiserte rehabiliteringseiningane, er i tråd med internasjonale trendar og tilrådingar⁹⁸. Varierende behandlingsforløp og forseinka overføring til rehabilitering er negativt assosiert med funksjon⁹⁹. Studiane viser at intensjonen om ei direkte overføring til rehabilitering blir nådd for 30-50 prosent av pasientar med traumatiske hjerneskarar. Behandlingsforløp er aldersavhengig, og 3 månader etter skaden er ca. 40 prosent av dei under 65 år og ingen av dei over 65 år i ein spesialisert rehabiliteringseining¹⁰⁰.

For pasientar med andre multitraumar enn alvorleg ryggmargs- eller hovudskade, er det mykje erfaringsbasert kunnskap om uheldige brot i kjeder og mangelfulle tiltak etter utskriving frå sjukehus, også rehabiliteringsinstitusjonar. Det er grunn til å tro at det er udekte behov for ulike typar tenester for ein stor del av desse pasientane. Norske studiar har vist vedvarande psykiske følgjetilstandar (PTSD) fleire år etter traumet¹⁰¹.

Når det gjeld rehabilitering etter beinamputasjon, i akutfase, viser studiar at pasientane har betre utfallsmål etter rehabilitering i institusjon (overleving 1 år etter amputasjonen), samanlikna med dei som ikkje fekk slik rehabilitering. Dei som fekk rehabilitering i spesialiserte rehabiliteringseiningar hadde betre utfallsmål enn dei som fekk rehabilitering i generelle (medisinske/kirurgiske) einingar (utfallsmål: 1 årsoverleving, utskriving til heimen, bruk av protese, betre fysisk funksjon)¹⁰².

Ansvar til spesialisthelsetenesta

Kliniske avdelingar i sjukehus

Tidleg mobilisering og opptrening er viktig ved alle alvorlege skadar og sjukdommar for raskast mogleg å få tilbake funksjon, og det bør gjerast ved alle kliniske avdelingar, jf. også Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Dei kliniske avdelingane har ansvar for, ut frå behova til pasienten, å sette i gang enkelttiltak (t.d. tverrfagleg kartlegging og ulike stimuleringstiltak), evt. starte ein rehabiliteringsprosess. Vidare rehabilitering bør raskast mogleg skje kommunalt, i spesialiserte rehabiliteringsavdelingar eller i private rehabiliteringsinstitusjonar.

Spesialiserte rehabiliteringsavdelingar i sjukehus

Pasientar som treng spesialisert sjukehusrehabilitering bør så tidleg som mogleg bli flytta over til spesialiserte rehabiliteringsavdelingar. Den tidlege rehabiliteringa skal vere ein del av eit samanhengande pasientforløp for pasientar som blir innlagde i sjukehusa. Det er ein føresetnad at det er eit systematisk samarbeid mellom ordinære avdelingar og den spesialiserte rehabiliteringsavdelinga i føretaket.

I dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane vil fokuset vere på å betre funksjonsevna til pasienten slik at han/ho igjen kan delta aktivt i samfunnet. Sentrale diagnosegrupper vil vere slagpasientar med kompleks funksjonssvikt, ryggmargsskade, traumatiske amputasjonar, traumatiske hjerneskarar og andre hjerneskarer som følgje av akutt sjukdom eller skade, og multitraumatiserte med

dominerande ekstremitetsskadar eller med nevrologiske tilleggsskadar. I tillegg vil andre pasientar med samansette og komplekse funksjonsnedsettingar etter akutt sjukdom eller skade vere sentrale, for eksempel etter hjartestans, ved critical illness nevropati og ulike kreftpasientar.

Tilbodet i spesialisthelsetenesta ved tidleg rehabilitering er så spesialisert, komplekst og intensivt at det ikkje kan bli gitt i kommunen aleine¹⁰³. Tidleg rehabilitering i sjukehus er karakterisert av høg medisinsk fagleg kompetanse kombinert med rehabiliteringskompetanse (som oftast leia av spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering), høgspesialiserte (ofte subspecialiserte) team, høg diagnosespesifikk kompetanse og bruk av strukturerte prosessar og verktøy som regelmessige tverrfaglege møte og rehabiliteringsplan. Tidleg rehabilitering i dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane er i hovudsak individretta pga at dei fleste pasientane er for sjuke til å delta i grupperetta tilbod.

Rehabiliteringspasientar i sjukehusa er i stadig større grad medisinsk utfordrande med svingande medisinske forløp som krev døgkontinuerleg medisinsk kompetanse og diagnostikk, og tett samhandling med akuttavdelingane i sjukehuset.

Samanlikna med dei private rehabiliteringsinstitusjonane, har rehabiliteringstenestene i sjukehusa større legespesialistdekning (medisinsk og rehabiliteringskompetanse), høgare pleie- og terapeutfaktor og dei bør tilby meir bruk av ny teknologi, innovasjon og forskning/prosjektarbeid.

Regionale funksjonar innanfor rehabilitering i sjukehus

Det er per i dag regionale funksjonar innanfor rehabilitering, lagt til Helse Bergen, for spinalskadde pasientar (nevrologisk avdeling) og pasientar med alvorleg traumatisk hovudskade (avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering).

Private rehabiliteringsinstitusjonar

Dei private rehabiliteringsinstitusjonane tar òg imot pasientar direkte frå sjukehusa, som regel frå akuttavdelingane, og av og til frå spesialiserte rehabiliteringsavdelingar. Pasientar kan tilvisast så snart dei er medisinsk utgreia og stabile. Dei fleste rehabiliteringsinstitusjonane kan ta imot pasientar med bistandsbehov, dvs. behov for døgkontinuerleg assistanse og tilrettelegging i samband med t.d. personleg stell, inkl. toalettbesøk, påkledning, forflytting, måltider, og/eller som følgje av lettare kognitive vanskar¹⁰⁴. Nokre av institusjonane kan ta imot eit avgrensa tal pasientar med Barthel ADL-indeks ned til 30¹⁰⁵. Kapasitet og pasientgrupper varierer mellom institusjonane.

Tidleg rehabilitering i dei private institusjonane vil særleg gjelde pasientgrupper innanfor ortopedi/brot og skadar, til dels kreft- og hjartepasientar, og i nokon grad pasientar med hjerneslag og hjerneskarar. Pasientane er i ein stabil medisinsk fase når dei blir overflytta, og dei har i hovudsak mindre komplekse funksjonsutfall og behov enn dei som blir rehabilitert i dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane i sjukehusa. I tillegg til individretta tilbod har dei private rehabiliteringsinstitusjonane grupperetta tilbod ved tidleg rehabilitering for nokre pasientgrupper.

7.1.2 Flaskehalsar og brot i pasientforløpet i tidleg fase av rehabiliteringa

Hindringar for å kome tidleg i gang med rehabilitering etter akutt skade eller sjukdom:

- Det manglar ofte klare pasientforløp og samarbeidsrutinar mellom akutt- og rehabiliteringsavdelinga internt i sjukehuset. Diskrepans mellom kort liggetid i akuttavdelinga og lang liggetid i den spesialiserte rehabiliteringsavdelinga, kan føre til lang ventetid, og i verste fall at pasientar med behov for tidleg rehabilitering, ikkje blir fanga opp.
- Det kan vere behov for ambulante tenester frå rehabiliteringsavdelingane for å bistå akuttavdelingane til å yte tidleg rehabilitering (ambulant internt i sjukehuset).

Overgangen mellom helseføretaka og private rehabiliteringsinstitusjonar

- Overgangen mellom helseføretaka og private rehabiliteringsinstitusjonar i tidleg fase av rehabiliteringa er i varierende grad basert på avtalte rutinar. Det har m.a. som konsekvens at tenestene opplever grenseoppgangen som uklar, og at det i overføring frå sjukehus til institusjon ofte manglar tydeleg rehabiliteringsmål for opphaldet til pasienten (jf. òg forslag til forbetringstiltak i kap. 3.5).

7.1.3 Forslag til forbetringstiltak i tidleg fase av rehabiliteringa

Tiltak for å komme i gang med tidleg rehabilitering:

- Helseføretaka må utarbeide standardiserte pasientforløp/behandlingslinjer¹⁰⁶ på tvers av avdelingar/klinikkar, for å sikre samarbeidsrutinar og klar oppgåvedeling mellom akuttavdelingar og rehabiliteringsavdelinga. Helseføretaka må vere bevisste på at rehabilitering skal vere ein del av behandlingsskjedene. Ein tilrår å starte med å utarbeide 2-3 pasientløp (t.d. hjerneskade, spinale skadar, traumar) i eit samarbeid mellom helseføretaka i planperioden.
- Helseføretaka må inngå avtaler på tvers av avdelingar/klinikkar om overføringsrutinar (behovsvurderte interne overføringar) og oppgåvedeling med basis i pasientforløpa. I fleire samanhengar blir det vist til positive effektar av definerte pasientforløp, saman med meir detaljerte prosedyrar, nedfelt i avtaler mellom avdelingar som er del av same pasientforløpet¹⁰⁷.
- Helseføretaka må vurdere meir bruk av intern bistand og rettleiing frå dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane til andre avdelingar i sjukehuset (t.d. frå spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller frå tverrfaglege team).
- Helseføretaka må sørge for tidleg kontakt med kommunane (KE) frå akuttavdelingane for tidleg planlegging av tverrfagleg rehabilitering (oppfølging av tenesteavtale 2), jf. kap. 5.1.
- Helseføretaka må sørge for større involvering av pårørande etter samtykke frå pasienten (tenesteavtale 2), jf. kap. 5.5.

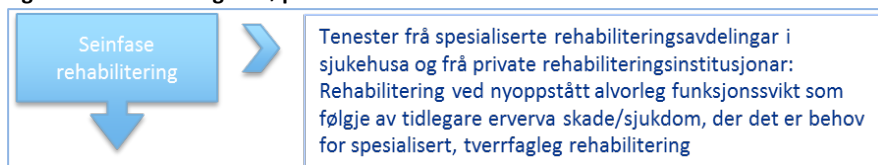
Overgangen mellom helseføretak og private rehabiliteringsinstitusjonar

Ha merksemd på overgangen mellom helseføretak og private rehabiliteringsinstitusjonar:

- Helseføretaka inkluderer tenestene i dei private rehabiliteringsinstitusjonane i samarbeidsavtale 2 mellom helseføretaka og kommunane. Rolla til institusjonane må gå fram av samarbeidsavtalene, og ein tilrår at dette blir tatt inn ved revidering av avtalene.
- Helseføretaka inkluderer tenestene i institusjonane i pasientforløp som helseføretaka utviklar.
- Helse Vest og helseføretaka må sørge for at informasjon om tilbod og kompetanse i dei private institusjonane må vere tydeleg og tilgjengeleg (sjå kapittel 5.1 om samhandling)
- Helse Vest tar initiativ til utarbeiding av ein standard/mal for samarbeidsavtale mellom helseføretaka og private rehabiliteringsinstitusjonar om overføringsrutinar (pasientforløp) og fagutvikling, sjå også kap. 3.5 og 7.2.

7.2 Seinfase rehabilitering

Figur 9: Rehabiliteringsforløpet – sein fase



Definisjon

Med seinfase rehabilitering i spesialisthelsetenesta forstår vi rehabilitering ved alvorleg og/eller kompleks forverring av kjent funksjonssvikt eller nyoppstått alvorleg funksjonssvikt som følge av tidlegare erverva skade/sjukdom eller kronisk sjukdom, der det er behov for spesialisert og intensiv tverrfagleg rehabilitering.

7.2.1 Kunnskapsgrunnlag, overordna føringar og mål

Forskning viser at tverrfagleg rehabilitering har effekt sjølv mange år etter at sjukdommen/skaden har oppstått. Det er t.d. dokumentert effekt av tverrfaglig spesialisert rehabilitering i sein fase etter ein traumatisk hjerneskade¹⁰⁸. Det er likevel mindre sikker kunnskap om effektane av seinfase-rehabilitering enn for tidlegfase-rehabilitering. Rehabilitering i tidleg fase etter akutt sjukdom/skade kan vere avgjerande for vidare prognose. I seinfasen kan rehabilitering vere vesentleg for å oppretthalde, og evt. betre, funksjonsnivået og livskvaliteten, og det kan ha ein sekundærførebbyggande effekt¹⁰⁹.

For ein del pasientgrupper har ein også fått kunnskap om at effekten er større når rehabiliteringa skjer i kjente omgivnader¹¹⁰. Dette peiker i retning av at ein større del av rehabiliteringa i seinfasen bør skje i kommunane. NCD-strategien¹¹¹ som omhandlar dei fire store folkesjukdommane hjarte- og kar, diabetes, kols og kreft, slår fast at rehabilitering er viktig for desse sjukdomsgruppene, og påpeiker at «effekten av mer omfattende rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten kan avta etter 3-6 måneder og må følges opp med tilbud nær der pasienten bor. Rehabiliterings- og treningstilbud som «hjertetrim», kols- og diabetesskoler samt gruppetilbud til personer med kreft har vist å kunne bremse forløpet, bedre livskvalitet og hindre innleggelser».

Det vil likevel vere ein del pasientar som også treng rehabilitering i spesialisthelsetenesta i seinfasen. Dette vil vere pasientar som har behov for rehabilitering som er så spesialisert, kompleks og intensiv at den ikkje kan bli gitt i kommunen aleine¹¹². Ettersom desse pasientane treng tenester frå begge nivåa, er koordinering og samhandling mellom nivåa vesentleg for god kvalitet på rehabiliteringa, og for å unngå flaskehalsar og brot i forløpa i denne fasen.

Ansvar til spesialisthelsetenesta

Seinfase-rehabilitering i spesialisthelsetenesta blir i hovudsak gitt i dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane i sjukehusa og i dei private rehabiliteringsinstitusjonane. Mange pasientar med behov for spesialisert rehabilitering i seinfasen, vil kunne få eit tilbod i ein privat rehabiliteringsinstitusjon, mens pasientar med dei mest komplekse behova vil få eit tilbod i sjukehusa.

Spesialiserte rehabiliteringsavdelingar i sjukehus

Avdelingane skal gi tilbod om seinfase-rehabilitering til pasientar med komplekse, samansette problemstillingar med behov for spesialisert kompetanse og/eller stor tverrfagleg breidde. Tilbodet er i hovudsak individretta, men det gis i tillegg grupperetta tilbod for nokre pasientgrupper (t.d. muskel- og skjelett, ME/CFS, lette hjerneskadar). Tilbodet skal omfatte:

- Vurderingar (poliklinikk, ambulante tenester og døgn- eller dagopphald):
 - Diagnostikk og funksjonsvurdering, saman med lokale tenesteytarar vurdere totalsituasjonen og hjelpebehova til pasienten og gi råd om vidare oppfølging/rehabilitering i heimkommunen. Ein må også vurdere pasientar der det er uklart kva som er riktig instans for behandling/ rehabilitering.
 - Kognitiv diagnostikk og vurderingar
 - Arbeidsevnevurderingar ved kompleks funksjonssvikt
 - Førarkortvurderingar ved kompleks funksjonssvikt

- Rehabilitering (poliklinikk, ambulante tenester og døgn- eller dagopphald):
 - Etter nyoppstått alvorleg funksjonssvikt ved kjent tidlegare erverva skade/sjukdom med behov for spesialisert kompleks rehabilitering og stor tverrfagleg breidde
 - Intensiv rehabilitering som krev avansert utstyr, spesifikke avanserte behandlingsmetodar og/eller stor tverrfagleg breidde
 - Intensiv rehabilitering ved særdeles kompleks funksjonssvikt, ved sjeldne diagnoser og/eller funksjonsutfall eller samansette lidningar, der lokalt tilbod ikkje er tilstrekkeleg eller har hatt effekt. Gjerne etter føregåande poliklinisk eller ambulant vurdering i spesialisthelsetenesta.

Private rehabiliteringsinstitusjonar

Dei private rehabiliteringsinstitusjonane skal gi tilbod om seinfase-rehabilitering til pasientar med komplekse, samansette problemstillingar med behov for spesialisert kompetanse og/eller tverrfagleg breidde. Pasientane er som regel medisinsk avklarte og mindre komplekse i forhold til diagnostikk og medisinske forhold enn pasientar som blir rehabilitert i sjukehus.

Dei fleste rehabiliteringsinstitusjonane kan ta imot pasientar som treng assistanse og tilrettelegging, og nokon kan ta imot pasientar med Barthel ADL-indeks ned til 30, jf. også kap. 7.1. Tilbodet skal omfatte:

- Funksjonsundersøking
- Kontinuerleg intensiv tverrfagleg funksjonstrening og tilpassa aktivitetar.
- Undervisning, opplærings- og meistringstilbod i forhold til spesifikke diagnoser/tilstandar og/eller funksjonsutfall. Meir omfattande og spesialisert enn tilbod i kommunane.
- Rehabilitering for å gjenvinne funksjon og/eller redusere seinskadar/funksjonssvikt i særskilte tilfelle med kompleks funksjonssvikt ved kronisk sjukdom, der tilbod i kommunen ikkje har hatt effekt til tross tverrfaglege tiltak.
- Tiltak som bidrar til å gi pasienten ein heilskapleg rehabiliteringsprosess, og koordinert med andre tenesteytarar.
- I tillegg til individretta tilbod har dei private rehabiliteringsinstitusjonane i større grad enn dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane, grupperetta og diagnosespesifikke tilbod ved seinfase rehabilitering, t.d. for pasientar med parkinson, MS, kreft, hjartesykkdommar, muskel- og skjellettplagar osv.

7.2.2 Flaskehalsar og brot i pasientforløpet i seinfase av rehabiliteringa

Låg prioritering av seinfaserehabilitering

- Prioritering av pasientgrupper. Det er auka kunnskap og vektlegging av at tidleg rehabilitering er viktig for pasienten sin prognose (jf. kap. 7.1). Det kan medføre at seinfaserehabilitering, der tidsfaktoren ikkje er vesentleg, prioriterast lågare i dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane i sjukehusa, gitt stabile ressursar. Terskelen for pasientar med behov for t.d. nye vurderingsopphald kan dermed bli for høg. Tilsvarande prioritering kan ein finne i kommunane og kan få som konsekvens at pasientar med kroniske sjukdommar ikkje får tenestebehova dekt.

Lite kunnskap om rolla til private rehabiliteringsinstitusjonar

- Manglande kunnskap om og merksemd på dei private rehabiliteringsinstitusjonane si rolle i spesialisthelsetenesta. Kunnskapen om kompetanse og tilbod i institusjonane varierer både i helseføretaka, kommunane og blant fastlegar. Sjå forslag til forbetringstiltak i kapittel 7.1 og 5.1.

Samhandling (sjå forslag til forbetringstiltak under kapittel 5)

- Varierende kapasitet og kompetanse i kommunane. Omstillingar av spesialisthelsetenestene skal ikkje gjennomførast før kommunane er i stand til å handtere dei nye oppgåvene¹¹³, men varierende oppbygging av rehabiliteringstenestene i kommunane er ei utfordring og kan gi utslag på tilbodet til pasientane på begge nivåa:
 - I kva grad tilvisinga er basert på ei tverrfagleg vurdering i kommunane og planlagt gjennom bruk av individuell plan, har stor innverknad på ressursbruken i spesialisthelsetenesta (sjå kap. 5.1).
 - Råd frå spesialisthelsetenesta om oppfølging av pasientar etter eit rehabiliteringsopphald blir følgt opp i ulik grad (sjå kap. 5.3).
 - Kommunar med ressursknappheit vil ofte prioritere pasientar som blir utskrevet frå spesialisthelsetenesta, og det kan gi lengre ventetid for pasientar med kroniske sjukdommar¹¹⁴.
- Ulik forståing i kommune og spesialisthelseteneste av ansvars- og oppgåvedelinga, manglande bruk av samhandlingsverktøya individuell plan, KE, koordinator, og manglande inkludering av fastlegen. Desse falskehalsane i pasientforløpa og forslag til forbetringstiltak blir drøfta i kap. 5.1.
- Manglande samhandling med pasienten sine pårørande og andre sentrale aktørar i pasienten sitt liv (sjå kap. 5.5).

7.2.3 Forslag til forbetringstiltak i seinfase rehabilitering

Pasientforløp/behandlingslinjer

- Ved utvikling av standardiserte pasientforløp/behandlingslinjer for ulike pasientgrupper, må helseføretaka inkludere seinfase-rehabilitering, også tilbod i dei private rehabiliteringsinstitusjonane (sjå også forbetringstiltak under kap. 7.1 om tidleg rehabilitering).

Tverrfagleg poliklinikk

- Helseføretaka bør i større grad gjere bruk av tverrfagleg poliklinikk for pasientar med behov for rehabilitering i seinfase: Poliklinisk/ambulant etterkontroll ved spesialisert rehabiliteringsavdeling 1-3 månader etter utskrivning, bidrar til gode behandlingresultat (jf. nasjonal retningslinje for slagrehabilitering og ESD-studia) og er viktig for funksjonsnivået til pasienten, for optimal samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetenesta og for vidare oppfølging i kommunen. Lokal tenesteytar kan delta ved polikliniske vurderingar. Tverrfagleg poliklinikk vil også vere viktig ved tidleg rehabilitering for nokre pasientgrupper.

Subspesialiserte tilbod

- Helseføretaka og dei private rehabiliteringsinstitusjonane bør i større grad samarbeide om å utvikle ytterlegare spesialiserte tilbod innanfor seinfase-rehabilitering for pasientar med t.d. progredierende nevrologiske sjukdommar, kreft, samansette funksjonsutfall, kognitiv svikt og/eller språkvanskar. Dette bør integrerast i samarbeidsavtaler om fagutvikling mellom helseføretaka og privat rehabiliteringsinstitusjonar, jf. også kap. 7.1 og 3.5.

Ambulante tenester

- Helseføretaka bør legge større vekt på bruk av ambulant tenester frå spesialisthelsetenesta til kommunane. Dette vil også gjelde ved tidleg rehabilitering for nokre pasientgrupper (sjå kap. 5.3, 5.4 og 7.3 om kompetanseutvikling).

7.3 Flaskehalsar og forbetringstiltak – tidleg og seinfaserehabilitering

Regionale funksjonar

Flaskehalsar og brot i forløpet:

- Det er ikkje eit definert regionstilbod for pasientgrupper med traumatiske skadar som ikkje er ryggmargsskade eller hovudskade, t.d. for pasientar med brannskade, kompliserte fleirbrotsskadar, kombinasjon av brotskadar og nevrologiske utfall eller traumatiske amputasjonar. Dette går fram av prosjekt «Pasientforløp for høytintensive og traumatiserte pasienter» i Helse Bergen, revisjon av regionalt traumesenteret Helse Bergen/Helse Vest (27.10.14) og utkast til revidert nasjonal traumeplan som er på høyring våren 2015¹¹⁵. Tenestetilbod kan likevel nyttast på tvers av føretaksgrenser etter behov, sjølv om dei ikkje er definerte som regionale funksjonar.
- Dei regionale funksjonane ved Spinalenninga (nevrologisk avdeling) og Regional eining for traumatisk hovudskade (AFMR) kan ha lang ventetid for pasientar frå andre helseføretak og ein saknar betre samarbeid ved overføringar.

Forslag til forbetringstiltak:

- Ein del av regionsfunksjonen til traumesenteret (Helse Bergen) må vere tidleg rehabilitering. Revisjon av regionalt traumesenteret og utkast til revidert nasjonal traumeplan viser at det er behov for ein gjennomgang av traumeorganiseringa. Det blir peikt på at rehabilitering av traumepasientar må vere integrert i heile pasientforløpet. Forbetringforslaga i revisjonen og nasjonal traumeplan må implementerast. Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (Helse Bergen) bør vere ein del av traumesenteret.
- Dei eksisterande regionale funksjonane innanfor rehabilitering, lagt til Helse Bergen, for spinalskadde pasientar (nevrologisk avdeling) og pasientar med alvorleg traumatisk hovudskade (avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering) må tydeleggjerast som ein del av rehabiliteringskjeda i heile Helse Vest.
- Vurdering/utprøving av avansert teknisk utstyr, inkludert velferdsteknologi: Rask teknologisk utvikling gjer det ressurskrevjande å følge opp dette i alle AFMR i regionen. Det vil truleg vere ein styrke om ein spesialisert rehabiliteringsavdeling i regionen varetar vurdering av pasienten sine behov, moglegheiter, avgrensingar (fysisk, kognitivt, språk) opp mot avansert teknisk utstyr, inkludert IKT-hjelpemiddel/rehabiliteringsteknologi.

Organisering

Flaskehalsar og brot i forløpet:

- I Helse Førde er rehabiliteringstilbodet ein del av Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering, som også har akuttfunksjonar. Presset i ein akutt sengepost kan gjere det vanskeleg for tverrfaglege team å behandle pasientar med komplekse behov, og fråvær av slik behandling kan forsinke betring i kognitiv funksjon som er nødvendig for rehabiliteringa¹¹⁶. Erfaring viser at pasientar med behov for vidare rehabilitering får lågare prioritet i akuttpostar enn akuttpatientane. I tillegg kan det vere utfordrande å prioritere inntak av pasientar med rehabiliteringsbehov frå andre fagområde enn det avdelinga elles tar hand om.

Forslag til forbetringstiltak:

- Ein tilrår at spesialisert rehabilitering i helseføretaka blir organisert i egne einingar. Det blir organisert slik i dag i alle helseføretaka med unntak av Helse Førde. Det blir vist til nasjonal fagleg retningslinje for hjerneslag som skil mellom tidleg rehabilitering i slageining, og rehabilitering i egne avdelingar i sjukehus etter akuttbehandlinga. Vidare er det vist betre utfallsmål for pasientar med amputert bein som i akuttfasen fekk rehabilitering i spesialiserte rehabiliteringseiningar¹¹⁷. Eigne rehabiliteringsavdelingar med roligere atmosfære blir òg peikt på som ein nødvendig føresetnad for optimal respons på rehabiliteringa¹¹⁸. Kunnskapsenteret peiker på dokumentert effekt for slageiningar, (orto)geriatrike einingar, spinaleining, intensiv rehabilitering i sjukehus for pasientar med MS og med erverva hjerneskade, men at det ut over dette ikkje er sikre konklusjonar om organisering¹¹⁹.

IKT-støtte

Flaskehalsar og brot i forløpet:

- Det er avgrensa tilgjenge og bruk av elektronisk tverrfagleg behandlingsplan i sjukehus. Tverrfagleg behandlingsplan i DIPS har vore prøvd ut (som erstatning for rehabiliteringsplan og sjukepleieplan) ved AFMR, Helse Bergen. Bruk av behandlingsplan (både sjukepleie og tverrfagleg behandlingsplan), er ein ny funksjonalitet i DIPS journal som krev omlegging av dokumentasjonsrutinar. AFMR, Helse Bergen bruker planen som er utvikla der, men den har foreløpig store manglar med tanke på iverksetting i andre helseføretak. Behandlingsplan som er i bruk i andre helseføretak i dag, gjenspeglar i for liten grad pasienten sine komplekse behov og behovet for tverrfagleg kompetanse. Det kan påverka oppfølging av pasientane både i AFMR og i kommunen.

Forslag til forbetringstiltak:

- Det blir tilrådd at Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Bergen og i Helse Stavanger samarbeider om utvikling av ny tverrfagleg behandlingsplan i den nye versjonen av DIPS (DIPS Arena). Dette må sjåast i samheng med regionalt samarbeid som er i gang. Intensjonen med tverrfagleg behandlingsplan er å betre den tverrfagleg prosessen, betre samhandlinga og bidra til meir samhengande rehabiliteringsløp for pasientane.

Styrke kompetanse og kapasitet

Gjennomgangen av rehabiliteringsforløpet har vist følgjande forbetningsbehov når det gjeld kompetanse og kapasitet i helseføretaka:

- For å oppnå kompetanseutvikling i spesialisthelsetenesta på rehabiliteringsområdet er det behov for eit auka fokus på rehabiliteringskompetanse i grunnutdanningane til helseprofesjonane. Det er også behov for å jobbe meir med vidareutdanningstilboda innanfor rehabiliteringsområdet. Det blir foreslått at Helse Vest tar dette opp i samarbeidet med universitets- og høgskulesektoren.
- Helseføretaka må sørge for solide og spesialiserte fagmiljø i dei spesialiserte rehabiliteringsavdelingane i spesialisthelsetenesta, og bidra til kompetanseutvikling og -deling mellom spesialisthelseteneste og kommune. Dette kan m.a. auke kapasiteten til ambulante tenester, jf. kap. 5.3 og 5.4.
- Det er for få spesialistar i fysikalsk medisin og rehabilitering (jf. også kap. 3.4 om lang ventetid i Helse Vest). Det er behov for å prioritere utdanning av fleire legespesialistar i fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Vest. Det blir foreslått at Helse Vest utviklar eit regionalt rekrutteringsprogram etter modell frå Helse Nord¹²⁰.

- Helseføretaka må bidra til at praksisdelen av utdanningane inkluderer rehabilitering, og at rehabiliteringsavdelingar inngår som praksisstad for t.d. sjukepleie- og helsefagstudentar. Praksis i rehabilitering vil kunne inkludere tverrfagleg samtidig praksis og særleg praksis.
- Innanfor synsrehabilitering er det manglande kompetanse og kapasitet både i spesialisthelsetenesta og i kommunane. Dette kan føre til at behov ikkje blir fanga opp i tidleg fase av rehabiliteringa. Det er behov for auka kompetanse og ressursar, særleg synspedagogar. Helseføretaka må styrke tilbodet innanfor synsrehabilitering.
- Helseføretaka må styrke rehabiliteringstilbodet til pasientar med kognitiv svikt pga. neurologisk skade eller sjukdom. Det trengs også meir kompetanse og kunnskap om effektiv kognitiv rehabilitering. Ved kognitiv svikt er det behov for meir spesialisert kompetanse, større tverrfagleg breidde og vurderingar i eit ICF-perspektiv. Pasientane har ofte funksjonsvikt med store konsekvensar for aktivitet og deltaking. Nevropsykologisk kartlegging og vurdering er især viktig ved kognitiv svikt.
- For å vareta pasientgrupper med samtidige psykiske helseproblem og/eller rusproblem i tillegg til somatisk sjukdom/skade, må helseføretaka etablere rutinar og formaliserte avtaler for rolleavklaring og samarbeid mellom einingar internt i spesialisthelsetenesta (psykisk helsevern/ rusmedisin og somatisk helse).

8 Forsking og kunnskapsutvikling

Det er i mange samanhengar peikt på behov for meir forskingsbasert kunnskap på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. I Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)¹²¹ blei begge feltene omtalt som forskingssvake fagområde med lav status, svak rekruttering og fagutvikling. Strategien peikte på at det var behov både for diagnosebasert klinisk forskning, forskning på effekt av tiltak og på organisering av tenestetilbodet. I tillegg blei det poengtert at det var «behov for en sterkere koordinering av dagens forskning på tvers av ulike fagområder».

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering drøfta i mars 2014 kva som skal til for å lykkast innanfor rehabilitering, det m.a. blei peikt på at klinisk rehabiliteringsforskning er relativt godt etablert i Norge, men at det manglar sterke og koordinerte miljø som driv tverrfagleg forskning på tvers av dei ulike fagmiljøa¹²².

Status for forskning innanfor habilitering og rehabilitering Helse Vest¹²³

I perioden 2007 – 2010 gjennomførte Helse Vest Strategi for styrking av helsefaglig forskning i Helseregion Vest. Gjennom forarbeid til rapporten som låg til grunn for satsinga, blei det gjennomført kartlegging av eksisterande forskning innan helsefaga. Det blei også delt ut stipend i samband med satsinga. Nokre få stipend gjekk til kliniske prosjekt innanfor rehabilitering.

I regi av Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering blei det utarbeidd Forskingsprogram for habilitering i Helse Vest i 2009, med prioriterte temaområder effektevaluering og organisering. Programmet blei følgt opp med etablering av eit regionalt forskingsnettverk som møteplass for forskarar, leiarar og forskingsinteresserte. Frå 2012 blei drift av nettverket samkjørt med Nasjonalt forskingsnettverk innan habilitering, som kompetansesenteret leia i 2012 og 2013. Det nasjonale nettverket blir no drifta i eit samarbeid mellom representantar frå alle helseregionene, og har dei siste åra hatt stor oppslutning rundt årleg nasjonal forskingskonferanse innan habilitering. Sidan 2010 har kompetansesenteret utlyst årlege kort-tidsstipend med formål å bidra til utvikling av Phd-prosjekt innanfor habilitering, for medarbeidarar i spesialisthelsetenesta i regionen. Bare fem personar har søkt slikt stipend, og to har fått tildeling. Ei av desse er i gang med doktorgradsprosjekt.

Kompetansesenteret har gjennom fleire år arbeidd for å få på plass eit regionalt forskingsprogram innan tverrfagleg rehabilitering. Det er krevjande å få til eit programsamarbeid som går på tvers av fag, avdeling, sjukehus og diagnosar (helsetenesteforskning). For å komme i gang med slik forskning, blei det i 2012 derfor beslutta at kompetansesenteret skulle starte opp forskinga i eigen regi, som ein basis for utvikling av vidare regionalt forskingssamarbeid i feltet. Senteret har inngått formelt samarbeid med Universitetet i Bergen, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, og det er utvikla skisse til tre doktorgradsprosjekt «Ein epidemiologisk studie av rehabiliteringspasientar på Vestlandet med vekt på aktivitet og deltaking». Senteret har tilsett og finansierer to stipendiatar frå 2014. Dette har bidratt til utvikling av konkret samarbeid og kontakt med forskarar og forskingsmiljø både i regionen, andre helseregioner og internasjonalt. I tilknytning til prosjekta er det også etablert ei ressursgruppe frå AFMR-einingane i HF-a og samarbeid med dei private rehabiliteringsinstitusjonane om deltaking i innsamling av data i dei pågåande prosjekta.

I 2015 etablerer senteret Regionalt forskingsnettverk innan tverrfagleg rehabilitering med to hovudformål: 1) Å vere møteplass mellom leiarar, forskarar og forskingsinteresserte frå spesialisthelsetenesta og forskarar og samarbeidspartnarar frå regionen og utanfor. 2) Å formidle informasjon og kunnskap om pågåande, relevante doktorgradsprosjekt /forskingsprosjekt i regionen, og stimulere til samarbeid om utvikling av nye problemstillingar og prosjekt.

Det er fleire nasjonale kompetansetenester i Helse Vest som driv forskning på kroniske sjukdommar (Multippel Sklerose, Parkinsons sjukdom, leddprotesar og hoftebrot). Om desse tenestene også forskar på problemstillingar som gjeld rehabilitering, er ikkje undersøkt i dette prosjektet. Av kjent klinisk forskning innan rehabilitering, er to pågåande doktorgradsprosjekt ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR), Helse Bergen, eit om rehabilitering etter hjerneslag og eit om lett traumatisk hjerneskade. Begge prosjekta undersøker effekt av rehabiliteringstiltak og organisering av tenestetilbodet ved desse tilstandane.

Helse Fonna har i samarbeid med kommunane og Høgskulen Stord/Haugesund etablert ei felles FOU-eining for samhandling, FOUSAM¹²⁴. Eininga stimulerer til samhandlingsprosjekt der også høgskulen er aktør, og er eit eksempel på eit miljø innanfor helsetenesteforskning i regionen.

Helse Førde samarbeider med Høgskulen i Sogn og Fjordane om Senter for helseforskning. Kommunane i Sogn og Fjordane kan bli del av samarbeidet. Døme på forskingssamarbeid innan rehabilitering er eitt PhD-prosjekt om ulike effektar av rehabilitering ved sjukleg overvekt, og eitt om kontinuitet gjennom rehabiliteringsperioden etter hjartesykje. Røde Kors Haugland Rehabiliteringssenter har deltatt i forskingssamarbeid, og eit doktorgradsarbeidet er utført der¹²⁵.

Nasjonale miljø som kan være aktuelle å samarbeide med knytt til konkrete prosjekt, er CHARM, som blei etablert av UiO i 2011 som eit 5-årig prosjekt for tverrfagleg forskning innan habiliterings- og rehabiliteringstenester, på oppdrag frå Forskningsrådet¹²⁶. Ved Ahus er det eit forskingsmiljø for helsetenesteforskning retta særleg mot pasientar med store og samansette behov (HØKH)¹²⁷. Miljøet koordinerer eit nasjonalt nettverk i helsetenesteforskning¹²⁸. Regional kompetanseteneste rehabilitering i Helse Sør-Øst blei oppretta i 2013 for å fremme kunnskap og kompetanse i rehabiliteringsfeltet¹²⁹. Sunnaas sjukehus har samla ei oversikt over forskning innan rehabilitering i Noreg¹³⁰.

Medisinske kvalitetsregister

Det er over fleire år oppretta nasjonale og regionale/lokale medisinske kvalitetsregister i Noreg. Innanfor spesialisert rehabilitering finst to nasjonale register; Norsk ryggmargsskaderegister og Norsk nakke- og ryggregister. Det er også eit lokalt register på Sunnaas sykehus. «Rehabiliteringsregisteret» er eit lokalt kvalitets- og forskingsregister utvikla av AFMR, Helse Bergen, og godkjent av Datatilsynet i 2013. Andre nasjonale register som ligg i Helse Vest/Helse Bergen, og som kan vere relevante for rehabiliteringsfeltet, er t.d. Nasjonalt register for leddprotesar og for hoftebrot og Norsk MS-register.

Formålet med medisinske kvalitetsregister er helsetenesteutvikling, kvalitetsforbetring og forskning, og denne bruken av register bør få auka vekt framover¹³¹. Gjennom registra kan effekt av rehabiliteringstiltak hos pasientar som har mottatt tenester bli målt. Pasientrapporterte data integrert i kvalitetsregister er vesentleg for helsetenesteutvikling og forbetring (sjå også kap. 5.5). Gjennom kvalitetsregister kan ein utvikle kvalitetsindikatorar på tenestenivå (struktur og prosess). Monitorering av kvalitetsindikatorar kan bidra til å auke pasienttryggleik og standardisere gode pasientforløp.

Standardisering og kunnskapsutvikling

Ein nyleg regional gjennomgang innanfor intensiv trening på barnehabiliteringsfeltet¹³² viste at dokumentasjon av kliniske erfaringar manglar systematisk struktur. Det same vil sannsynlegvis vere tilfellet på andre område.

Det eksisterer eit stort mangfald av verktøy og måleinstrument, både med tanke på funksjonsvurdering og evaluering av effekt. Ein større grad av standardisering på tvers av einingar og nivå, vil kunne bidra til både betre kommunikasjon og kontinuitet i oppfølginga av pasientane på tvers av nivå og over tid. Resultat vil kunne samanliknast på tvers, og dermed bidra til å generere ny kunnskap.

ICF¹³³ som teoretisk rammeverk for tenestene kan vere relevant i denne samanheng, jf. også kap. 1.1. og vedlegg 1a. Modellen kan bidra til eit standardisert språk og eit verktøy for å beskrive helse og helserelaterte forhold. Internasjonalt og nasjonalt blir det arbeid med utvikling av eit «kjernesett» basert på ICF-rammeverket, som på sikt kan bli eigna som verktøy for tenestene.

Etablering av kvalitetsregister, inkludert pasientrapporterte data (jf. kap. 5.5), vil vere eit viktig bidrag til standardisering av tenestene på sikt. Forslag til tiltak i kapittel 6 og 7 i denne planen vil også vere bidrag til ei standardisering.

Det pågår nasjonalt utviklingsarbeid i regi av Helsedirektoratet som på sikt kan bidra i denne utviklinga. Dette gjeld særleg vidareutvikling av prosedyrkodeverket (NCMP, jf. også kap. 3.4 og vedlegg 3) og arbeid med utvikling av kvalitetsindikatorar innanfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Mange ulike fagmiljø i landet har engasjert seg i utvikling av standardiserte felles kjernedatasett for funksjons- og symptom mål innanfor rehabilitering. Til dømes har Regional kompetanseneste rehabilitering i Helse Sør-Øst ved Sunnaas sykehus planar om eit pilotprosjekt i 2015¹³⁴, og innanfor rehabilitering av personar med revmatiske sjukdommar, er det utvikla eit kjernesett med enkle instrument som måler sentrale helse- og funksjonsvariable¹³⁵.

Målet må vere å eit felles nasjonalt kjernedatasett som omfattar dei store pasientgruppene, men det er ei utfordring å kome fram til ein standard innanfor eit omfattande fagfelt. Initiativet bør ligge hos nasjonale myndigheiter.

Utfordringar/flaskehalsar knytt til forskning og kunnskapsutvikling

- Habilitering og rehabilitering er framleis forskingssvake område med avgrensa systematisering av erfaringskunnskap, og tenestene er i relativt liten grad standardiserte på tvers av einingar. Det er behov for å betre kunnskapsgrunnlaget for tenestene (sjå også forbetningsforslag i kap. 6 og 7).
- Til tross for nasjonale og regional strategiar som peiker på behovet å styrke forskingssvake fagfelt, har det i praksis vist seg vanskeleg å få finansiering av doktorgradar og forskingsprosjekt innanfor habilitering og rehabilitering, i konkurranse med forskingssterke fagområde. I ein gjennomgang av tildelingar av forskingsmidlar frå Samarbeidsorganet mellom Helse Vest og

universiteta, finn ein få tildelingar til søknader innanfor habilitering og rehabilitering. I 2014 var det ingen tildelingar.

Forslag til forbetringstiltak knytt til forskning og kunnskapsutvikling

- I tråd med nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering må ein styrke ulike forskingstilnærmingar samtidig: klinisk diagnosebasert forskning, forskning på effekt av tiltak, på organisering av tenestetilbodet, og koordinering av forskning på tvers av ulike fagområde. Helse Vest og helseføretaka må i tråd med dette styrke både helsetenesteforskning om organisering og samhandling (i kompetansesenteret og i helseføretaka), og klinisk forskning i habilitering og rehabilitering (i helseføretaka).
- Helse Vest må vurdere øyremarking av midlar til doktorgradsprosjekt innanfor somatisk habilitering og rehabilitering for ein avgrensa periode. Det er viktig med føreseieleg tilgang på stipendmidlar i ein oppbyggingsperiode, for å støtte opp om initiativ i kompetansesenteret og i helseføretaka i samarbeid med universitet og høgskolar.
- Ein tilrår at Helse Vest styrker Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering, som er lagt til Helse Bergen. Styrkinga må sikre tverrfagleg kompetanse, inkludert både (re)habiliteringskompetanse og forskingskompetanse. Styrkinga må sjåast i samheng med mandatet til senteret (jf. kap. 3.1) som inneheld oppgåver knytt til forskning, fagutvikling og nettverksbygging. Formålet med styrkinga er at senteret skal bli i stand til å vareta:
 - Koordinering av regionale samarbeidsprosjekt og nettverk mellom helseføretaka for fagutvikling, som følgjer av forslag i denne regionale planen: Koordinere/arrangere regionale samlingar og fagnettverk/kompetansenettverk (jf. kap. 3.4, 3.5, 6 og 8) og koordinere regionale prosjekt/samarbeid (jf. kap. 3.5, 5.1, 5.3, 5.6 og 6).
 - Realisering av forskingsssatsingar: Realisering av forskingsprogrammet for habilitering (doktorgradsprosjekt/ stipendiatstillingar), og oppfølging av pågåande satsing innanfor rehabilitering (nye doktorgradsprosjekt med utgangspunkt i spesialisthelsetenesta i regionen).
- Helseføretaka må styrke den akademiske kompetansen i habilitering og rehabilitering gjennom å:
 - Ta initiativ til å opprette kombinerte vitenskapleg(e) stilling(ar), professorat(ar), i fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Vest i samarbeid med universiteta.
 - Legge til rette for at kvalifisert helsepersonell kan delta i/gjennomføre doktorgradsprosjekt innanfor habilitering og rehabilitering på hel- eller deltidsbasis.
 - Legge til rette for rekruttering av helsepersonell med grunnutdanning på master-/hovudfagsnivå, og for at medarbeidarar kan delta i deltids masterutdanningar.
- Starte opp arbeidet for å etablere eit regionalt medisinsk kvalitetsregister for rehabilitering som omfattar alle avdelingar for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) i regionen (jf. rehabiliteringsregister i Helse Bergen). Pasientrapporterte data (PROMs) må inkluderast i rehabiliteringsregisteret¹³⁶ (sjå kap. 5.5).

Helse Bergen er i gang med etablering av kvalitetsregister, og det er viktig at registeret blir utvikla vidare i samarbeid mellom helseføretaka (t.d. gjennom ei styringsgruppe med

representantar frå AFMR i alle helseføretaka). Registeret bør søke regionale stimuleringsmidlar og registerfagleg støtte ved Regionalt fagsenter for medisinske kvalitetsregister¹³⁷.

- Helseføretaka og kompetansesenteret må delta i samarbeid regionalt og nasjonalt om utvikling av felles standardar for både habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Arbeid som er starta i Helse Sør-Øst er særleg relevant i denne samanheng.
- Helseføretaka og kompetansesenteret må etablere/delta i samarbeid mellom eksisterande forskingsmiljø regionalt og nasjonalt om felles prosjekt og søknadar om forskingsmidlar. Forskings- og innovasjonsprosjekt (multisenterstudium) knytt til utvikling og integrering/bruk av rehabiliteringsteknologi i behandlinga vil få større vekt framover. Med rehabiliteringsteknologi forstår vi tekniske hjelpemiddel til aktivisering for personar med store funksjonsutfall.

Vedlegg

Vedlegg 1: Prosjektdirektiv Revidering av regional plan for habilitering og rehabilitering i Helse Vest

Vedlegg 1a: Definisjonar og forkortingar

Vedlegg 2: Aktivitetsdata habilitering (datagrunnlag kap. 3.4)

Vedlegg 3: Aktivitetsdata rehabilitering og vurdering av registreringspraksis (datagrunnlag kap. 3.4)

Vedlegg 4: Prioritering i spesialisthelsetenesta (datagrunnlag kap. 3.5)

Notar

Notar Samandrag

¹ IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, Helsedirektoratet 2012. Rapporten skal ligge til grunn for utviklinga på rehabiliteringsfeltet, jf. Oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF for 2013.

² NCD-strategi (2013-2017) «For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft». Oppdragsdokumentet til Helse Vest slår fast at denne strategien skal leggjast til grunn for utvikling av tenestetilbodet.

³ Nettverka i) og ii) er allereie bestemt etablert gjennom utgreiinga i regionalt prosjekt om barnehabiliteringstenestar og intensiv tverrfagleg habilitering 2014, høyringa av prosjektrapporten (Barnehabiliteringsrapporten 2014) og handsaming i regionalt fagdirektørmøte 13.03 2015. Helse Vest tar sikte på å etablere nettverka i 2015.

Notar Kapittel 1

⁴ Jf. prosjektdirektivet som følger som vedlegg 1.

⁵ helsedirektoratet.no/helsefaglige-kodeverk/icf-internasjonalklassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse

⁶ www.helse-vest.no/no/OmOss/Rapportar/Regionale_planar/Sider/default.aspx

⁷ www.helse-stavanger.no/no/OmOss/Avdelinger/regionalt-kompetansesenter-eldremedisin-og-samhandling/Sider/default.aspx

Notar Kapittel 2

⁸ IS-1688 Nasjonal fagleg retninglinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Helsedirektoratet 2010.

⁹ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9

¹⁰ IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, Helsedirektoratet 2012

¹¹ Oppdragsdokumentet til Helse Vest RHF for 2013

Notar Kapittel 3.1

¹² Sjå strategiplanen www.helse-bergen.no/no/omoss/avdelinger/hab-rehab/Documents/STRATEGIPLAN%20%202013%20-%202016.pdf

¹³ Årsrapporter er tilgjengeleg via <http://forskningsprosjekter.ihelse.net/senter/rapport/RK-HB8/2014>

¹⁴ www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/hab-rehab/Sider/Nettverksbygging.aspx

Notar Kapittel 3.2

¹⁵ Jf. kartlegging i Sluttrapport frå regionalt prosjekt om barnehabiliteringstenestar og intensiv tverrfagleg habilitering, 2014. Heretter kalla Barnehabiliteringsrapporten 2014.

¹⁶ Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og Narkolepsi i Helse Vest (RFM) er etablert m.a. for å støtte dei kliniske einingane som yter tenester til desse pasientgruppene: www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/autisme/Sider/default.aspx

Notar Kapittel 3.4

¹⁷ Utvalskriterium for datasettet: Sjukehusopphald. Primær rehabilitering: Hovudtilstand Z50* (hovudsakeleg Z508, Z5080, Z5089, Z509, men eksklusiv Z50.1). Sekundær rehabilitering: Bidiagnosar Z50* (hovudsakeleg Z508, Z5080, Z5089, Z509, men eksklusiv Z50.1). Prosedyrekodar: Kapittel O, dvs. ikkje kapittel I (psykisk helsevern), W, Z. Bustadområde: Kommunar i Helse Vest. Tilstandskodar er valt uavhengig av finansiering. Utvalet inneheld både ordinære pasientar og raskare tilbake.

¹⁸ Dag- og poliklinisk rehabilitering i sjukehus blir her definert som Z50* som hovud- og/eller bi-tilstand, eksklusiv Z50.1.

¹⁹ Regelverk IS-2300 Kodeveildning 2015. Regelverk og veiledning for bruk av kliniske kodeverk i spesialisthelsetjenesten 2015. Helsedirektoratet.

²⁰ www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/_/avdelinger/_regionsenter-for-habiliteringstjenesten-for-barn-og-unge/_nettverk/_Documents/Revidert%20konsensusrapport%20juli%202014.pdf

Notar Kapittel 3.5

²¹ Årsrapport frå Vurderingseininga om arbeidsflyt/aktivitet, pasientflyt og ventetider: www.helse-bergen.no/kompetansesenter-habrehab. I tillegg oppdaterte tal per 23.03.15.

²² Tilsvarende skeivheit ser også ut til å gjelde for tilvising til fysikalsk medisin og rehabilitering i sjukehusa, der 75 prosent av tilvisingane til fagområdet i regionen, blir vurderte i Helse Bergen (NPR-data 2014). Skilnader i tilvisingsratar er tema m.a. i <http://tidsskriftet.no/article/2146859>, og vil vere tema i arbeidet det pågåande arbeidet med å utvikle et nasjonalt helseatlas som skal vise forskjeller i forbruk av helsetenester.

²³ www.helse-nord.no/henvisningsrutiner/category30561.html

²⁴ www.hnt.no/rehr

²⁵ www.helse-sorost.no/pasient/_rehabilitering_

²⁶ www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/hab-rehab/Sider/tilvisning.aspx

²⁷ Ny § 2-1b) andre ledd: «Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal i løpet av vurderingsperioden, jf. pasient- og brukerretningsloven § 2-2 første ledd, fastsette en frist for når pasienten senest skal få nødvendig helsehjelp. Fristen skal fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever.

Ny § 2-2 første ledd: «Pasient som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal innen 10 virkedager etter at henvisningen er mottatt av spesialisthelsetjenesten, få informasjon om han eller hun har rett til nødvendig helsehjelp, jf. § 2-1 b andre ledd. Vurderingen skal skje på grunnlag av henvisningen. Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom har pasienten rett til raskere vurdering. Dersom pasienten vurderes til å ha rett til nødvendig helsehjelp, skal pasienten samtidig informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang.

Tidspunktet for oppstart av utredning eller behandling skal settes før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, jf. § 2-1 b andre ledd. Dersom spesialisthelsetjenesten ikke kan gi pasienten et tidspunkt før fristen for når nødvendig helsehjelp senest skal gis, eller tidspunktet senere må endres slik at fristen ikke overholdes, skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO, jf. § 2-1 b fjerde ledd.»

²⁸ Prop. 56 L (2014-2015) Endringer i pasient- og brukerretningsloven og spesialisthelsetjenesteloven (fritt behandlingsvalg)

²⁹ Etablering av vurderingsenhet for rehabilitering i Helse Vest. Anbefalinger fra regional prosjektgruppe 08. oktober 2009.

³⁰ Anbefalinger fra regional prosjektgruppe 08. oktober 2009, som viser til foreløpige erfaringar fra Nord Trøndelag.

Notar Kapittel 4

³¹ Nettsida kunnskapsbasertpraksis.no samanfatar dei ulike typane kunnskap.

Notar Kapittel 5.1

³² Utarbeidd i samarbeid mellom RKE/KE i føretaka i dialog med Helsedirektorat, HOD og jurist i Helse Bergen.

Retningslinjene har gjennomgått årlege revisjonar i alle HF. Det blir arbeidd med å gjere dei tilgjengelege på Helsebiblioteket www.fagprosedyrer.no

³³ KS FoU-prosjekt nr 134017 «Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak – etterlevs de?», KS og Deloitte, oktober 2014

³⁴ Petter Øgar, innlegg på Nasjonal Helsekonferanse (KS, HOD) 15.1.15

³⁵ Utredning «én innbygger – én journal». IKT utfordringsbildet i helse- og omsorgssektoren, september 2014 (HOD)

³⁶ Barnehabiliteringsrapporten 2014, kap. 2.8

³⁷ IS-0429 Undersøkelse om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering, Helsedirektoratet, Rambøll 2014

³⁸ Koordinerande eining i kvart helseføretak har utarbeidd undervisningsopplegg retta både mot spesialisthelsetenesta, kommunar og andre interessentar. Forskrift for habilitering og rehabilitering §§ 6 og 11 gjer greie for oppgåvene til koordinerande eining knytt til individuell plan og koordinator.

³⁹ Retningslinjene/malen skal vere tilgjengeleg i elektroniske kvalitetshandbøker i HF-a, og skal bli tilgjengeleg på Helsebiblioteket www.fagprosedyrer.no

Notar Kapittel 5.2

⁴⁰ Prop. 91 L (2010–2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

⁴¹ Det er vanleg å dele førebygging i tre stadium:

- Primærførebygging som er å styrke helsa og hindre at sjukdom eller skade oppstår
 - Sekundærførebygging som dreier seg om å stanse sjukdomsutvikling, hindre tilbakefall og avgrense varigheit på sjukdommen/skaden som har oppstått. Tidleg oppdaging og tidleg innsats kan vere viktig i denne samanheng.
 - Tertiærførebygging som handlar om å hindre forverring og avgrense følgjetilstander av sjukdommen/skaden.
- Det blir også skilt mellom førebygging retta mot befolkninga eller grupper i befolkninga, og førebyggjande tiltak retta mot individ med identifisert risiko for sjukdomsutvikling. Individretta tertiærførebygging vil svare til habilitering og rehabilitering.

⁴² Prop. 91 L (2010-2011)

⁴³ NCD-strategi (2013-2017) «For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft». Oppdragsdokumentet til Helse Vest slår fast at denne strategien skal leggjast til grunn for utvikling av tenestetilbodet.

⁴⁴ Lunde EV, Perspektiver på helse og habilitering i Utviklingshemning og habilitering. Innspill til habiliteringsprosessen. 2009.

⁴⁵ IS-1692 Handlingsplan for barn og unge, Helsedirektoratet 2009.

Rostad AM, Utviklingsprosesser hos sped- og småbarn i Habilitering av barn og unge. Helsefremming og mestring. 2011.

⁴⁶ Linaker O, Om påvisning, utredning og behandling av psykiske lidelser blant mennesker med psykisk utviklingshemning, NAKU 2013

⁴⁷ Halvorsen M, Psykisk helse hos barn og unge med lavt evnenivå. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol 51, nr 3, 2014, s 210-15.

⁴⁸ Konnopka A et al, Psychother Psychosom. 2012; 81(5):265-75, Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature

⁴⁹ Jensen C et al, Cost-effectiveness and cost-benefit analyses of a multidisciplinary intervention compared with a brief intervention to facilitate return to work in sick-listed patients with low back pain, Spine (Phila Pa 1976). 2013 Jun 1;38(13):1059-67

⁵⁰ Svendsen SW et al, Time trends in surgery for non-traumatic shoulder disorders and postoperative risk of permanent work disability: a nationwide cohort study. Scand J Rheumatol 2011; First article:1-7.

Mark A. Vitale et al, The Rising Incidence of Acromioplasty J Bone Joint Surg Am. 2010; 92:1842-1850

Notar Kapittel 5.3

⁵¹ IS-0429, 2014 (Rambøll)

⁵² Prosjektintern rapport – Uni Rokkansenterets bidrag til prosjektet «Slagbehandlingsskjeden Bergen»

cms.uni.no/media/manual_upload/314_notat_9_2012_ludvigsen_og_neby.pdf

⁵³ Såkornprosjektet "Støttet utskrivning etter hjerneslag", knytt opp til samhandlingsprosjektet "Hjemmebasert rehabilitering for pasienter med hjerneslag i kommunene Stord, Bømlo og Fitjar" (Helse Fonna 2011-2012, Seksjon for fysikalsk medisin og rehabilitering). Prosjektet er omtalt i Sykepleien 2015 (3) sykepleien.no/forskning/2015/02/hjemmebasert-rehabilitering.

⁵⁴ IS-0429, 2014 (Rambøll)

⁵⁵ Tidlegare Helse Sør gjorde i 2007 eit forsøk med tilleggskastar for ambulante verksemd, og bestilte ein kunnskapsoversikt frå Kunnskapssenteret. Denne viste at det er god dokumentasjon for effekt av ambulante tiltak for pasientar med hjerneslag, men for dei fleste andre pasientgrupper var det svakt grunnlag for å trekke sikre konklusjonar.

⁵⁶ Vurdering fra ansvarlege og involverte i prosjektet.

Notar Kapittel 5.4

⁵⁷ Samarbeidsavtale 2c mellom Helse Stavanger og kommunar

⁵⁸ www.helse-vest.no/no/nyheter/Sider/Telemedisin-er-klimavenleg-medisin!.aspx

Notar Kapittel 5.5

⁵⁹ Ryan, RM et al, Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. American Psychologist, 2000, 55, 68-78.

⁶⁰ www.helse-fonna.no/no/FagOgSamarbeid/Samhandling/Sider/nettverk-for-lering-og-meistring-i-helse-vest.aspx

⁶¹ Crawford et al, Systematic review of involving patients in the planning and development of health care, BMJ, 2002 nov 30;325(7375):1263

Bjertnes et al: "Classification of patients based on their evaluation of hospital outcomes: cluster analysis following a national survey in Norway". BMC Health Service Research 2013

Glickman et al, Patient Satisfaction and Its Relationship With Clinical Quality and Inpatient Mortality in Acute Myocardial Infarction, Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010;3:188-195

⁶² Pasientrapporterte resultatmål (PROMS) som nasjonale kvalitetsindikatorer – kvalitetskriterier og standard utviklingsprosess, Kunnskapsenteret, 2014

⁶³ www.helse-vest.no/no/FagOgSamarbeid/pasienttryggleik/Sider/Andre-regionale-tiltak.aspx

⁶⁴ Velferdsteknologi blir definert i Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg. Sjå også vedlegg 1a.

⁶⁵ fysioterapeuten.no/Aktuelt/Nyheter/Oppfoelging-med-smarttelefon-ga-friskere-pasienter

⁶⁶ Dette er tema i konferansen Teknologi og brukermedvirkning i Bergen 9. og 10. september 2015

www.cvent.com/events/klinikt-2015/event-summary-44ac1b20be524717856df507f6a7062a.aspx?i=1db91abc-8222-4d21-8cb9-5e5f435c4d42

⁶⁷ www.habilitering.no/?page_id=629

⁶⁸ Fagsenter for pasientrapporterte data kan bidra med råd og rettleiing: www.helse-bergen.no/no/FagOgSamarbeid/forsking/Sider/Fagsenter-for-pasientrapporterte-data.aspx

Notar Kapittel 5.6

⁶⁹ St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid

⁷⁰ tidsskriftet.no/article/3299810/

Notar Kapittel 6

⁷¹ Kurset «Starthjelp», som hjelper foreldre som har fått eit barn med funksjonshemming, er etablert i Helse Fonna, Helse Bergen og til dels Helse Førde (mestring.no/nettverk-laerings-og-mestringstilbudet-starthjelp/).

⁷² Pasientforløp utarbeidd i Helse Stavanger

⁷³ Grøsvik «Diagnostisering av utviklingshemming hos barn», Offernes og Lorentzen «Diagnostisering av utviklingshemming hos voksne» i Eknes J et al, Utredning og diagnostisering, Universitetsforlaget 2008.

⁷⁴ IS-1692 Handlingsplan for barn og unge, Helseledelse 2009 og tidsskriftet.no/article/3299810/

⁷⁵ Helseoppfølging av personer med utviklingshemming, Rapport frå NAKU, 2007 og Rapport frå OUS: Fra barn til voksen, en undersøkelse og gjennomgang av tjenestetilbudet til personer med autismespekterforstyrrelser, ADHD og Tourettes syndrom i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst.

⁷⁶ Kunnskapsenteret Notat November 2013: Systematisk oversikt som omhandlet tiltak for å lette livsovergangar for barn og unge med funksjonsnedsettelse

⁷⁷ mestring.no/nytt-materiell-til-laerings-og-mestringstilbud-for-unge-og-foreldre/

⁷⁸ IS 1820 Prioriteringsrettleiar for habilitering av barn og unge, Helseledelse 2010, revidert versjon på høyring vår 2015

⁷⁹ IS 1821 Prioriteringsrettleiar for habilitering av vaksne, Helseledelse 2010, revidert versjon på høyring vår 2015

⁸⁰ IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, Helseledelse 2012.

⁸¹ Ref. utarbeidd pasientforløp i Helse Stavanger og rettleiar for vaksnehabilitering

⁸² Dette er peikt på i fleire samanhengar, m.a. i IS-1692 Handlingsplan for habilitering barn og unge 2009

⁸³ Regionalt prosjekt om barnehabiliteringstenestar og intensiv tverrfagleg habilitering, 2014

⁸⁴ IS 1821 Prioriteringsrettleiar for habilitering av vaksne, Helseledelse 2010

⁸⁵ Barnehabiliteringsrapporten 2014

⁸⁶ Barnehabiliteringsrapporten 2014

⁸⁷ Barnehabiliteringsrapporten 2014

⁸⁸ Barnehabiliteringsrapporten 2014, høyringsrunde for rapporten og handsaming i regionalt fagdirektørmøte 13.03 2015.

⁸⁹ Som forrige note.

⁹⁰ For kunnskap om utvikling av forløp/behandlingslinjer sjå den [regionale pasientforløpshåndboka](#) og [Nettverk for forskning på behandlinglinjer og samhandling](#).

⁹¹ [Behandlingslinje for ervervet hjerneskade hos barn og unge](#), HSØ

⁹² www.habilitering.no/?page_id=600

Notar Kapittel 7

⁹³ Indredavik B et al. Benefit of a stroke unit: a randomized controlled trial. *Stroke* 1991; 22 (8): 1026-31.

Fjaertoft H et al. Stroke unit care combined with early supported discharge improves 5-year outcome: a randomized controlled trial. *Stroke* 2011 Jun ;42 (6):1707 -11.

⁹⁴ Kunnskapsgrunnlaget i forhold til traumebehandling og rehabilitering bygger hovedsakelig på prospektive oppfølgingsstudier (case-series eller cohort studier), enkelte med historiske kontroller, og noen med sammenlignende samtidige kontrollgrupper. Kost-nytte analyser og meta-analyser finnes. I sene faser etter traume bygger kunnskapen også på randomiserte kontrollerte studier.

⁹⁵ Biering-Sorensen F. et al. IPSCI: a WHO and ISCoS collaboration report. *Spinal Cord* 2014. 52(2): p. 87.

⁹⁶ IS-1279 Et reddet liv skal også leves – om rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlig hjerneskade. Sosial- og helsedirektoratet 2005.

⁹⁷ Andelic N et al. Does an early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury? *J Neurotrauma* 2012;29(1):66-74.

Anke A et al. Functional Recovery and Life Satisfaction in the First Year After Severe Traumatic Brain Injury: A Prospective Multicenter Study of a Norwegian National Cohort. *J Head Trauma Rehab* 2014 Jul 16 (E-pub ahead of print). Sveen U et al Rehabilitation pathways, functional independence and satisfaction with rehabilitation services one year after severe traumatic brain injury. Submitted.

⁹⁸ Jourdan C et al. Referral to rehabilitation after severe traumatic brain injury: results from the Paris-TBI Study. *Neurorehabil Neural Repair* 2013;27(1):35-44.

Fakhry SM et al Management of brain-injured patients by an evidence-based medicine protocol improves outcomes and decreases hospital charges. *J Trauma* 2004;56(3):492-499.

Sorbo A et al. Outcome after severe brain damage, what makes the difference? *Brain Inj* 2005;19(7):493-503.

⁹⁹ Jourdan C et al. Referral to rehabilitation after severe traumatic brain injury: results from the Paris-TBI Study. *Neurorehabil Neural Repair* 2013;27(1):35-44.

Andelic N et al. Does an early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury? *J Neurotrauma* 2012;29(1):66-74

Godbolt AK et al. Associations Between Care Pathways and Outcome 1 Year After Severe Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil* 2014.

Anke A et al. Functional Recovery and Life Satisfaction in the First Year After Severe Traumatic Brain Injury: A Prospective Multicenter Study of a Norwegian National Cohort. *J Head Trauma Rehab* 2014 Jul 16 (E-pub ahead of print).

¹⁰⁰ Røe C et al. Severe traumatic brain injury in Norway: impact of age on outcome. *J Rehabil Med* 2013 Sep; 45(8): 734-40.

¹⁰¹ Sjøberg HL et al. The trajectory of physical and mental health from injury to 5 years after multiple trauma: a prospective, longitudinal, cohort study. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93: 765-74.

¹⁰² Jibby E, Kurichi et al. Possible Incremental Benefits of Specialized Rehabilitation Bed Units Among Veterans After Lower Extremity Amputation, *Med Care*. 2009 April; 47(4): 457–465.

Dillingham TR1, Pezzin LE Rehabilitation setting and associated mortality and medical stability among persons with amputations.

Arch Phys Med Rehabil. 2008 Jun;89(6):1038-45. doi: 10.1016/j.apmr.2007.11.034.

¹⁰³ IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, Helsedirektoratet 2012.

¹⁰⁴ I dei private rehabiliteringsinstitusjonane er det tilbod til følgjande pasientgrupper: kreft, sjukeleg overvekt, neurologiske sjukdommar, tinnitus/meniere, hjerneslag, hjertesjukdommar, kroniske lungesjukdommar, ortopediske tilstandar, revmatologiske sjukdommar, kroniske muskel- og blautdelssmertar, hjerneskadar, brotskadar/amputasjonar/andre skadar og tilbod innanfor raskare tilbake-ordninga. Sjå www.helse-vest.no/rehabilitering.

¹⁰⁵ Det gjeld innanfor diagnosegruppene kreft, nevrologi, hjerneslag, revmatologi og hjerneskadar, jf. avtalene mellom institusjonane og Helse Vest.

¹⁰⁶ For kunnskap om utvikling av forløp/behandlingslinjer sjå den [regionale pasientforløpshåndboka](#) og [Nettverk for forskning på behandlinglinjer og samhandling](#).

¹⁰⁷ M.a. Biringner m.fl. i Sykepleien 4, 2013 «Betre kvalitet med behandlinglinjer»

Kunnskapssenteret Notat 2014 Tiltak for økt overlevelse etter hoftebrudd.

¹⁰⁸ Review-artiklar (Geurtsen et al. 2010; Turner-Stokes L et al. 2008; Cicerone KD et al. 2005).

¹⁰⁹ IS-1688 Nasjonal retningslinje for hjerneslag, Omtaler av Cochrane-oversikter, Kunnskapssenteret 2014: «Effekt av lungerehabilitering ved parenkymatøse lungesykdommer» og «Tverrfaglig rehabilitering har positiv effekt på kroniske korsryggsmerter».

¹¹⁰ Cochrane-omtale, Kunnskapssenteret 2013: «Trening hjemme kan være like effektiv som trening i rehabiliteringssenter for pasienter med totalprotese i hoften»

¹¹¹ NCD-strategi (2013-2017) «For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft».

¹¹² IS-1947 Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, Helse Vest 2012.

¹¹³ Oppdragsdokumentet til Helse Vest 2015

¹¹⁴ Konsekvensar av for lite fysioterapiressursar i kommunane, eit tilbod som kan vere del av rehabiliteringstilbodet:

Nicolaysen et al 2015: Fysioterapeuters prioriteringer – en fokusgruppeundersøkelse i finnmarkskommuner (fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Fysioterapeuters-prioriteringer-en-fokusgruppeundersokelse-i-finnmarkskommuner)

¹¹⁵ traumatologi.no/aktuelt/horingsutkast-til-ny-nasjonal-traumeplan-klart/

¹¹⁶ Norsk oversettelse av White book for «fysikalsk medisin og rehabilitering»:

legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Fysikalsk-medisin-og-rehabilitering/

¹¹⁷ Kurichi et al. 2009: Utfallsmål: 1 årsoverleving, utskrivning til heimen, bruk av protese, bedre fysisk funksjon

¹¹⁸ White book for «fysikalsk medisin og rehabilitering»

¹¹⁹ Kunnskapsenteret 2008, Organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus.

¹²⁰ [www.helse-](http://www.helse-nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Rehabilitering/Dokumenter/Sak%20fagr%C3%A5det%2010212%20rekrutteringsp)

nord.no/getfile.php/RHF%20INTER/FAG/Rehabilitering/Dokumenter/Sak%20fagr%C3%A5det%2010212%20rekrutteringsp
rogrammer%20leger.pdf

Notar Kapittel 8

¹²¹ Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011, Særtrykk av St.prp.nr 1(2007 -2008) kapittel 9. HOD

¹²² Temasak: Rehabilitering – kva skal til for å lykkes? Saksnummer 13/00975. Dato 15. mars 2014. Kontaktperson Nina Bachke

¹²³ Avsnittet gir ingen fullstendig oversikt over forskningsaktiviteten innanfor feltet, men inneheld nokre hovudpunkt.

¹²⁴ www.fousam.no

¹²⁵ www.uib.no/nye-doktorgrader/84390/%C2%ABkreftbehandlingen-var-bare-halve-jobben%C2%BB

¹²⁶ www.med.uio.no/helsam/forskning/grupper/charm/om/index.html

¹²⁷ www.ahus.no/fagfolk/_forskning/_helsetjenesteforskning/_om-oss/_Sider/side.aspx

¹²⁸ www.ahus.no/fagfolk/_forskning/_helsetjenesteforskning/_Sider/Nasjonalt-nettverk-i-helsetjenesteforskning.aspx

¹²⁹ www.sunnaas.no/omoss/_avdelinger/_regional-kompetansetjeneste-rehabilitering_

¹³⁰ www.sunnaas.no/omoss/_avdelinger/_regional-kompetansetjeneste-rehabilitering_/forskning_

¹³¹ Forskjeller i helsetjenesten. Hva kan vi lære av variasjonen i medisinske kvalitetsregistre? Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2013 (www.kvalitetsregistre.no/getfile.php/Norsk/Dokumenter/Variasjon.pdf).

¹³² Sluttrapport frå Regionalt prosjekt om barnehabiliteringstenestar og intensiv tverrfagleg habilitering, 2014 (kalla Barnehabiliteringsrapporten 2014)

¹³³ WHO's Internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF)

¹³⁴ www.sunnaas.no/aktuelt/_nyheter/_Sider/Felles-kjernerdatasett-og-funksjonsm%C3%A5l-innen-rehabilitering---utopi-eller-virkelighet.aspx

¹³⁵ Prosjekt i regi av Nasjonalt kompetanstjeneste for revmatologisk rehabilitering:

diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonalt-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/_1677|1723

¹³⁶ Fagsenter for pasientrapporterte data kan bidra med råd og rettleiing: [www.helse-](http://www.helse-bergen.no/no/FagOgSamarbeid/forskning/Sider/Fagsenter-for-pasientrapporterte-data.aspx)

bergen.no/no/FagOgSamarbeid/forskning/Sider/Fagsenter-for-pasientrapporterte-data.aspx

¹³⁷ www.helse-bergen.no/no/FagOgSamarbeid/forskning/Sider/Fagsenter-for-medisinske-register.aspx