



PLAN
(HØRINGSVERSJON – VEDLEGG 2)

**Habilitering av barn, unge
og voksne i Helse Midt-
Norge**

Dato: 17.06.04

INNHOLD

1	INNLEDNING	3
2	BEREGNING AV BEHOV.....	6
2.1	HABILITERINGSBEHOV, BARN	6
2.2	AKTIVITET.....	11
2.3	HABILITERINGSBEHOV VOKSNE.....	14
2.4	REKRUTTERING I BARNE- OG VOKSENHABILITERING.....	18
2.5	ORGANISERING AV BARNE- OG VOKSENHABILITERINGSTJENESTEN	19
2.6	FINANSIERING.....	20
3	STATUS I FORHOLD TIL FORSKRIFT I HABILITERING	21
4	SAMLET VURDERING AV TILBUDET ETTER KARTLEGGING.....	25
4.1	SAMLET VURDERING AV DAGENS TILBUD I BARNEHABILITERINGSTJENESTENE..	26
4.2	SAMLET VURDERING AV DAGENS TILBUD I VOKSENHABILITERING	27
4.3	SAMLET PRIORITERING FOR SATSING I BARNEHABILITERINGSTJENESTEN.....	27
4.4	SAMLET PRIORITERING FOR SATSING I VOKSENHABILITERINGSTJENESTEN.....	28
5	OPPTRAPPINGSPLAN	29
5.1	SPECIALISERING/KOMPETANSESPISSING I HABILITERINGSTJENESTEN.....	30
6	SAMHANDLING	31
6.1	IT LØSNINGER	31
6.2	SAMHANDLING MED 1.LINJETJENESTEN	32
6.3	SAMHANDLING MED ANDRE SPESIALISTHELSETJENESTER.....	33
6.4	SAMARBEID MED STATLIG PEDAGOGISK STØTTESYSTEM.....	33
6.5	SAMARBEID MED HØGSKOLE OG UNIVERSITET	34
7	UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING.....	35
7.1	UTVIKLING AV UTDANNINGSFUNKSJONER INNEN HABILITERING	36
7.2	UTVIKLING AV UNIVERSITETSFUNKSJONER OG FORSKNING.....	36
7.3	VIDERE UTVIKLING AV DE REGIONALE OG NASJONALE FUNKSJONER.....	37
	KILDER.....	38

1 Innledning

Helse Midt-Norge skal sørge for rehabiliterings- og habiliteringstjenester til de pasienter som trenger det, herunder nødvendig utredning, trening, veiledning av og samarbeid med kommunene om tilrettelegging av tilbud og utarbeiding av individuell plan.

Styringsdokument 2004

Begrepet habilitering og rehabilitering er definert i *forskrift om habilitering og rehabilitering* på en slik måte at svært mange av enhetene i spesialisthelsetjenesten yter tjenester som omfattes av definisjonen. Det er derfor viktig å skille mellom begrepet ”habilitering” og beskrivelse av habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten.

Samhandling og bidrag fra andre aktører er en vesentlig del av habilitering. Planens konkrete innhold er allikevel begrenset til spesialisthelsetjenestens ansvarsområde.

Innholdet i planen omhandler helseforetakenes definerte hovedoppgaver *pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende*, innenfor habilitering.

Planen bygger på en gjennomgang av eksisterende ressursinnsats overfor pasientgruppene. Den peker på områder hvor det er systematiske svakheter.

Helse Midt-Norge vil på bakgrunn av planen iverksette et program for å videreutvikle habilitering, fysikalskmedisin og rehabilitering. Programmet omfatter i første fase en tidsperiode på 3 år. Programmet skal være fleksibelt, slik at det kan ta opp i seg ulike endringer i programperioden. Endrede økonomiske og organisatoriske rammebetingelser, nye kunnskap, endrede forhold hos samarbeidsparter, evaluering av status etter gjennomførte tiltak etc. vil kreve kontinuerlig evaluering og korrigerende av programmet.

Hovedmål for planarbeidet

Planen skal bidra til at Helse Midt-Norge videreutvikler habiliteringstilbudet slik at tjenestene:

- oppfyller lov- og forskriftsfestede krav
- oppleves god for pasient og pårørende
- yter god faglig kvalitet
- utnytter faglige og økonomiske ressurser kosteffektivt og til beste for pasienten
- oppleves attraktivt for arbeidstakere slik at Helse Midt-Norge kan tilby tjenester fra godt kvalifiserte tjenesteytere

Grunnlag for tjenesten

- Lov om spesialisthelsetjenesten §2.1
- Lov om helsepersonell
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- Lov om sosiale tjenester, spesielt Kap. 4A, med Rundskriv I-41/98
- Forskrift om habilitering og rehabilitering
- Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen (IP)
- Nasjonale veiledere
 - Veileder i habilitering av barn og unge
 - Rehabilitering ved progredierende nevrologisk sykdom
 - Veileder for individuell plan 2001
- Prioriteringsretningslinjer (Lønning 2) prioriteringsgruppe I og II
- Strategiplan: Habilitering av barn

Ansvar og rettigheter

Helse Midt-Norges ”*sørge for ansvar*” innebærer at det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendige spesialisthelsetjenester i ansvarsområdet, enten i egne helseforetak eller ved at tjenesten utføres av andre aktører som har avtale med Helse Midt-Norge RHF.

I ”*eirolle*” skal Helse Midt-Norge RHF sikre at tjenestene som ytes av egne helseforetak fyller de krav som stilles til god habilitering, god organisering og kosteffektiv bruk av ressurser etc.

Pasienter som har behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten omfattes av fritt sykehusvalg og kan i prinsippet velge å motta konkrete tjenester i alle enheter som har avtale med ett av de 5 RHFene. Det er samtidig gjort unntak for ambulante tjenester. Jmf skriv fra HMN, datert 06.07.02. Sitat:

”I de tilfeller der rehabiliteringen/habiliteringen ventes å medføre plikt for personalet å reise ut for å veilede, må pasienten henvises til det tilbud som ligger nærmest ”hjemstedet”.

Definisjon og målsetting

Generell definisjon

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

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten

” *Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er den re-/habilitering som er knyttet til spesialisert behandling og/eller som er av en slik karakter at det ikke kan forventes at den enkelte kommune skal kunne ivareta oppgavene, på grunn av frekvens, kompleksitet og kompetanse.*”..

St.meld. nr 21(98-99) Ansvar og meistring

Hovedmål for habilitering

Målet er at personer som har behov for habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse.

Tjenestene skal tilbys og ytes

- *ut fra et brukerperspektiv*
- *samordnet, tverrfaglig og planmessig*
- *i eller nærmest mulig brukers vante miljø*
- *i en for brukeren meningsfylt sammenheng*

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 1 Formål.

Målgrupper for habiliteringstjenestene

Ansvarsområde A: barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten(0-18)

Ansvarsområde for **barnehabilitering** er barn med medfødt og eller ervervet funksjonshemming eller langvarig sykdom som har behov for langvarige og tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå.

Ansvarsområde B: Voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten (over 18 år)

Målgruppen for **voksenhabilitering** omfatter voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/langvarig sykdom og kognitiv svikt som har behov for tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå.

Voksenhabiliteringstjenesten kan yte deltjenester til andre diagnosegrupper som har behov for spesialisert habilitering.

Tjenestene **praktiserer** overlappende planleggingsaktivitet i aldersgruppen 16-20 år.

2 Beregning av behov

Befolkningen i regionene, framskrevet til 2020 (Statistisk Sentralbyrå)

	2004*		2010*		2020*	
	<18 år	> 18 år	<18 år	> 18 år	<18 år	> 18 år
Helse Nord- Trøndelag	31500	96545	30293	98690	28236	103011
Helse Sør-Trøndelag	64044	205154	62879	213474	59917	229163
Helse Nordmøre og Romsdal*	23696	89632	23161	90634	22117	94867
Helse Sunnmøre*	35545	96721	34741	100800	33176	106447
Møre og Romsdal	59241	186353	57902	191434	55293	201314
Helse Midt Norge	154785	488052	151074	503598	143446	533488

*Fordelingen av befolkningen for årene 2004-2020 for de to foretakene i Møre og Romsdal er beregnet ut fra eksakte tall for 2002

Tabellen er et beregningsgrunnlag for å estimere behov for habiliterings-tjenester både for barn og voksne.

Barnebefolkningen forventes å gå litt ned i perioden, mens voksenbefolkningen øker, slik at i 2020 vil barnebefolkningen utgjøre 27 % av den totale befolkningen, mot 32 % i 2004

2.1 Habiliteringsbehov, barn

Fra det en erfarer om forekomst av forskjellige funksjonshemninger kan en beregne behovet for habiliteringstjenester til barn i regionen. Beregningen tar utgangspunkt i befolkningen 2004. Tallene kan ikke bli eksakte, men fra erfaringer fra flere års drift ser tallene ut for å være korrekte nok som plantall.

I kapittelet gjøres det en oppstilling etter sykdomsgrupper. Det er viktig å presisere at mange pasienter har sammensatte problemstillinger.

A: Medfødte eller tidlig ervervede utviklingsforstyrrelser eller skader i nervesystemet (◀tradisjonell målgruppe▶)

Diagnose	Insidens i %	Totalt i regionen 0-17 år	Hab. behov % av totaltall	Barn med hab.behov
Cerebral parese	0.2	310	100	310
Nevromuskulære sykdommer	0.1	155	100	150
Down syndrom	0.1	155	100	150
Fragilt X	0.03	46	100	45
Angelman syndrom	0.01	15	100	15
Ryggmargsbrokk	0.04	62	100	60
Skjelettanomalier	0.05	77	50	70
Misdannelser i hjernen	0.05	77	100	80
Psyk.utv.hemming, moderat og alvorlig	0.4	619	100	600
Psyk.utv.hemmet,lett	0.3	464	100?	400
Stoffskiftesykdommer(ofte progressive)	*			
Sjeldne syndromer	**			
Skader etter ulykker	*			
Rett syndrom	*			
Totalt (antatt ca.tall)				ca 2000?
Behov for 2-linjetjeneste				ca 1500?

* "smågrupper", få barn, men oftest ressurskrevende

**«sjeldne syndrom» defineres gjerne som syndromer med hyppighet < 100 per 1 mill innbyggere, dvs opptil 15 barn og unge i regionen.

B: Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, (Autisme, Aspergers syndrom)

Diagnose	Insidens i %	Totalt i regionen 0-17 år	Hab. behov % av totaltall	Barn med hab.behov
Autisme	0.1	155	100	155
Aspergers syndrom	0.4	619	75	ca 460
Totalt (antatt ca.tall)				ca 615
Behov for 2-linjetjenester				550-600?

Tabell 3: gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

Det blir diagnostisert flere med utviklingsforstyrrelser innen autismespekteret grunnet økt kompetanse i fagfeltet og endrede diagnosekriterier. Ny forskning innen feltet Asperger syndrom antyder en reell økning av forekomst. Spesialisthelsetjenestetilbudet er ulikt organisert fra foretak til foretak når det gjelder mennesker med autismeproblematikk. Ulikheter i organisering krever en ryddig avklaring av ansvar.

Det er behov for en instans som har ansvar for utredning, diagnostisering og oppfølging av barn og unge med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. Denne instansen må koordinere tjenester fra pediatri, habilitering og barne- og ungdomspsykiatri som er nødvendig for oppfølging av gruppen. Ansvar bør legges til barnehabiliteringen. Videre må det enkelte foretak lage samarbeidsrutiner for oppfølging av gruppen.

**C: Barn med langvarige sykdommer som hemmer barnets utvikling og livsutfoldelse.
(Alvorlig astma, alvorlig hjertefeil, barneleddgikt og andre)**

Diagnose	Insidens i %	Totalt i regionen 0-17 år	Hab. behov % av totaltall	Barn med hab.behov
Alvorlig astma	2,5	ca 3 800	25	ca 950
Alvorlig hjertefeil	0,3	460	25	ca 120
Barneleddgikt	0,1-0,2	150-300	50	ca 100
Totalt (anslag)				ca 1200
Behov for 2.linjetjenester				ca 350

Det har vært et økende engasjement fra habiliteringstjenesten i denne gruppen. Barnehabiliteringstjenestene ser behov for tilbud til barn med langvarige sykdommer som trenger bred tverrfaglig habilitering, utover den mer spesifikke medisinske oppfølging.

D : ADHD/ADD (Oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet), Tourettes syndrom

Diagnose	Insidens i %	Totalt i regionen 0-17 år	Hab. behov % av totaltall	Barn med hab.behov
ADHD (Oppmerksomhetssvikt og hyperaktivitet (MBD)(alvorlig))	1-2	ca 2 500	50	ca 1200
Tourette syndrom	0,5	750	50	ca 350
Totalt (antatt ca.tall)				ca 1500
Behov for 2-linjetjeneste				ca 600

Barn med hyperaktivitetssyndrom og Tourettes syndrom bør hovedsakelig få sitt tilbud fra Barne- og ungdomspsykiatrien. Habiliteringstjenestene må fortsatt ha kompetanse innenfor området for å kunne følge opp dem i de pasientene som har ADHD som tilleggsvanske.

E: Funksjonsproblemer som ofte er tilleggsproblemer ved fysiske funksjonshemninger, og som overlapper grupper ovenfor, men krever spesiell oppfølging under habiliteringen

Diagnose	Insidens i %	Totalt i regionen 0-18 år	Hab. behov % av totaltall	Barn med hab.behov
Epilepsi	0,5	750	50	400
Synshemmede	1,0	1550	50	700
-herav blinde	0,1	155	100	155
Hørselshemmede	1,6	2400		
-døvblindfødte	0,01	15	100	15
-herav døve	0,1	155	100	155

Personer med større tilleggsvansker vil også trenge tilbud fra spesialsykehus og spesielle kompetansesentra

2.1.1 Særlige oppgaver

Sosialtjenesteloven Kap. 4 A

Etter Sosialtjenesteloven Kap 4 a " **Rettsikkerhet ved bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming**", er habiliteringstjenesten også pålagt spesielle oppgaver. Disse sakene er komplekse, langvarige og svært ressurskrevende. Bemanningen ble ikke styrket samtidig som lovverket trådte i kraft i 1.januar1999 (Kap. 6a i Lov om sosiale tjenester).

Bruk av tvang og makt er mest synlig og fremtredende i voksegruppen. Barnehabiliteringstjenesten er en relativ "ung" tjeneste (fra 1991). Det er flest brukere i aldersgruppen 0-11/12 år. Kap.4a i Sosialtjenesteloven er et nytt lovverk. Det kan derfor være rimelig å anta at vi kan få en økning i antall ungdom hvor vi må bistå kommunene i arbeidet med å finne alternativ til bruk av tvang og makt overfor ungdom med psykisk utviklingshemming i årene fremover.

Barnehabiliteringstjenestene må fokusere på forebyggende arbeid i barneårene for å unngå bruk av tvang og makt overfor ungdom og voksne.

Habiliteringstjenesten må styrkes for å kunne ivareta på en forsvarlig måte de spesielle oppgaver og utfordringer som er knyttet til begrensning av bruk av makt og tvang i tilbud for personer med psykisk utviklingshemming.

Intensiv habilitering

Habiliteringstjenestene er gjennom forskrift og i styringsdokument pålagt av Helse Midt-Norge å opprette og utvikle intensive habiliteringstilbud. Tilbudet skal ikke forveksles med det lærings- og mestringssentrene gir, men kan ha noe av de samme elementene i seg.

Med intensiv trening/intensiv habilitering menes tilbud om daglige trenings- eller aktivitetstilbud med intensitet og omfang tilpasset barnets alder og funksjonsnivå. Intensiv trening skal være fokusert og bidra til utvikling både motorisk, sosialt og mentalt. Intensiv trenings- og aktivitetstilbud innenfor habiliteringstjenesten forutsettes gitt i begrensede perioder og i nært samarbeid med foreldre og lokale fagpersoner. Treningsperioden skal være intensiv for barnet, men trenger ikke å være det for habiliteringstjenesten, da tiltakene like gjerne kan skje gjennom veiledning til 1 linjen og foreldrene. Treningsperiodene vil danne grunnlag for tilrettelegging av det videre trenings- eller aktivitetstilbud i barnets hverdag f eks i barnehagen. Tilbudet skal gis som et ledd i en individuell plan. Tilbudet vil også kunne gi positive ringvirkninger på samspillet og mestring i familien.

Det er vanskelig å angi hvor stor del av målgruppen som vil trenge intensivt habiliteringstilbud fra spesialisthelsetjenesten, slik dette beskrives i forskriften. I første omgang vil en anta at slikt tilbud bør utbygges for barn med motoriske funksjonsproblemer, og barn med autisme og kognitiv svikt, hvor en kan forvente bedring av funksjon ved økt intensitet i tilbudet. Ut fra dette vil et forsiktig anslag være at 2-300 barn kan ha nytte av mer intensivt habiliteringstilbud.

Intensiv habilitering bør gies gjennom habiliteringstjenestene i helseforetakene. Det må stilles samme faglige krav til intensive habiliteringsopplegg som til andre tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er stort behov for metodeutvikling og forskning innen feltet.

Det bør snarest etableres tilbud om intensiv habilitering i alle helseforetak. Det er naturlig å etablere tilbud til CP-gruppen i første omgang.

Mobile innsatsmidler

Ved kriser rundt enkeltbrukere i kommunene bør habiliteringstjenestene kunne gå inn med mobile innsatsmidler for å kunne bistå kommunene tettere over en kort periode. Dette gjelder spesielt for arbeid med Lov om sosiale tjenester kap 4A. Alle habiliteringstjenester bør ha tilgang til bruk av mobile innsatsmidler.

Oppfølging og tidlig intervensjon for premature barn.

Forekomst av premature er 6- 8 %. Utviklingsvansker hos inntil 50%.

Alle avdelinger som behandler premature barn, bør ha en tverrfaglig oppfølging av disse barna. De representerer en gruppe med stor risiko for utviklingsproblemer, hvor tidlig intervensjon i særdeleshet bør ha fokus på forebygging av utviklingsproblemer. Det foreligger nå massiv dokumentasjon på at utviklingsproblemer vil oppstå hos inntil 50% av gruppen.

Barnehabiliteringstjenesten bør kunne delta bla med faglig kompetanse i en standard risikoppfølging med tanke på tidlig oppdagelse av utviklingsvansker og for å bidra i veiledningen av foreldrene. Senere vansker hos disse barna er bla psykiske/psykiatriske problem som i stor grad kan forebygges ved kompetansegiving og veiledning. Barna vil også være målgruppe for habilitering når det er klart at de har en funksjonshemming som krever tverrfaglig habilitering. De vil da oftest gå inn i tjenestens hovedmålgruppe A.

2.1.2 Sammenfatning av behov for habilitering

Fra tallene ovenfor, vil en anta at et habiliteringstilbud på 2. linjenivå i fremtiden bør kunne gis til følgende antall barn i alderen 0-18 år, avhengig av hvilken kapasitet og målgrupper tjenesten vil få, beregnet i forhold til helseregionens barne- og ungdomsbefolkning 2004.

<i>A. «Tradisjonell» målgruppe</i>	<i>ca 1500</i>
<i>B. Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser</i>	<i>ca 900</i>
<i>C. Kroniske sykdommer med habiliteringsbehov</i>	<i>ca 350</i>
<i>Oppfølging i henhold til Kap 4 A (tidl 6A)</i>	<i>ca 50</i>
<i>Intensiv habilitering</i>	<i>200-300</i>
<i>Totalt</i>	<i>2900-3400</i>

Ikke alle gruppene vil ha behov for årlig oppfølging, mens andre vil trenge oppfølging fra barnehabiliteringen flere ganger per år.

For gruppene B, C vil det også bli avgjørende hvilke habiliteringstilbud som ytes av andre avdelinger: barneklinnikk, revmatologisk avdeling, barne- og ungdomspsykiatri.

Habiliteringstjenestene for barn beregner at de skal gi mer eller mindre omfattende tilbud til 2–2,5% av barnebefolkningen. Dette utgjør for Helse Midt-Norge 3000 – 3500.(Strategisk Plan for Habilitering av barn 2004).

I det videre arbeidet er det viktig at barnehabiliteringen blir styrket både for å øke kapasiteten og for å kunne tilby nye tjenester. I planperioden bør tjenesten utbygges for å kunne gi tilbud til 2000-2500 barn.

2.2 Aktivitet

Barnehabiliteringstjenesten har arbeidet med å komme frem til en samlet oversikt basert på et felles datasett. Tall for 2002 gir et bilde av nåværende aktivitet. Tallene her gjelder antall pasienter, mens en ikke har sikre data for hvor mange ganger man har hatt et direkte engasjement for hver pasient. Det siste varierer mye fra tjeneste til tjeneste, avhengig av problemstilling og arbeidsmåte.

Barnehabiliteringsaktiviteten ved Barneklubben, St. Olavs Hospital, har ikke eget budsjett og egen statistikk, og kan ikke oppgi egne tall. Tilbud og arbeidsmåte er derfor vanskelig å sammenligne direkte med de andre tjenestene.

Oversikt befolkningsgrunnlag, bruttobudsjett, antall årsverk og antall barn med tilbud 2002 (siste år med tall for alle tjenester, unntatt St. Olavs hospital)

Barnehabilitering i HF:	Befolkningsgrunnlag 0-18 år	Budsjett (brutto, 1000 kr)	Stillinger (årsverk)	Barn med tilbud/år (totalt)
Helse Nord-Trøndelag	31 537	6 700	16,5	484*
St.Olavs Hospital**	62 684			
Trondsletten**		15 540	26,1	512
Helse Nordmøre og Romsdal	23 335	3 650	7,8	216
Helse Sunnmøre	35 511	5 954	14,9	317
Totalt	153 067	31 844	63,9	1 529

* Prematurprogrammet sammen med barneavdelingen gir så høyt tall.

**Tall fra Sør-Trøndelag blir ikke helt korrekt i og med at ressursene på St Olav som går til habilitering ikke er medregnet

I gjennomsnitt ble det bare brukt kr 19 700 for hvert barn som fikk tilbud. Dette må sees i forhold til at helseforetaket bruker opptil kr 290 000 per år for barn som får et spesielt alternativt behandlingstilbud..

Aktivitetstall sett i forhold til befolkningsgrunnlaget og antall stillinger i barnehabiliteringstjenesten 2002 (siste år med tall for alle tjenester, unntatt St Olav)

Barnehab. tjeneste	Befolkning 0-18 år	Barn med tilbud, antall	Barn med tilbud /1000 barn	Årsverk	Barn med tilbud per årsverk*
Helse Nord-Trøndelag	31 537	484	15,3	16,5	29,3
St.Olavs Hospital					
Trondsletten (2002)	62 684	512	8,2	26,1	19,6
Helse Nordmøre og Romsdal	23 335	216	9,3	8,0	27,0
Helse Sunnmøre	35 511	317	8,9	14,9	21,2
Totalt	153 067	1529	10,6	65,5	23,3

Mange barn med tilbud per årsverk vil kunne tyde på liten tverrfaglighet, evt et begrenset tilbud til barnet. Det vil her kunne være et inverst forhold mellom kvantitet og kvalitet. Ressursen som brukes til habilitering på St.Olav er ikke beregnet.

2.2.1 Bemanning i barnehabiliteringstjenesten

Antall årsverk fordelt på aktuelle yrkesgrupper i barnehabiliteringstjenesten 2003. (Merkantilt personale ikke tatt med)

Yrkesgruppe	Helse Nord-Trøndelag	St.Olavs Hospital	Trond-sletten (2002)	Helse Nordmøre og Romsdal	Helse Sunnmøre	Totalt
Lege			2,9	0,2*	1,6**	4,7
Klin. ernæringsfysiolog						
Sykepleier			2		1	3
Fysioterapeut	3,5		3,8	1,8	2	11,1
Ergoterapeut	2		2	1	1	6
Sosionom	0,8		1,4	1	2***	5,2
Pedagog/logoped	3,6		6	2***	3	14,6
Vernepleier	3,5		3	1	1	8,5
Psykolog	0,6#		5	2	1	8,6
Barnepleier/hjelpepleier					1,3****	1,3
Annet	2,5##				1	3,5
Totalt	16,5		26,1	9,0	14,9	66,5

* legeressurs fra pediatrikk/poliklinikk/sengepost, varierende fra 3 t/u til nå 1-1/12 d per uke

** barnepsykiater 0,2 stilling, ass.lege 0,4 stilling, fra 2004 ingen barnepsykiater, og mindre ass lege, totalt ca 1,2 stilling legeressurs

*** lederoppgaven lagt til en av stillingene

**** knyttet til driften av observasjonsavdelingen

vakanser i psykologstillinger tilsatt på slutten av året.

hvorav 1 lederstilling

2.2.2 Behov for fagstillinger/rekruttering

Det kan vanskelig angis bemanningsnormer når det gjelder tjenestene. Det er likevel mulig å angi relativt sikkert hvilke behov for fagpersoner tjenesten vil trenge, ut fra følgende behov

- behov for tverrfaglighet: Tjenesten vil ha behov for 8-10 faggrupper for å kunne tilby full tverrfaglig habiliteringstjeneste
- målgruppen som skal få tjeneste, sammensetning og befolkning

For en spesialisthabiliteringstjeneste på «akseptabelt nivå» med hensyn til kvalitet og kapasitet er det antatt følgende behov for polikliniske fagstillinger *jfr Regional helseplan for helseregion II. Delrapport: Barnehabilitering*. Erfaring har vist at disse anslagene er i god overensstemmelse med det som oppleves som behov ut fra den daglige drift. Ny oppgaver er også kommet til. I tillegg kommer nødvendig merkantil personale, og avdelingspersonale for å kunne ha observasjonsopphold.

Tradisjonelle» habiliteringsgrupper A:

1 fagstilling /2 000 barn/unge, for Helse Midt -Norge	78 stillinger
B: Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser:(Autisme, Rett syndrom,)	15 stillinger
Totalt uten ADHD	93 stillinger
Skal målgruppe C tas med	15 stillinger
For å arbeide med Kap 4 A-saker.	5 stillinger
Hvis tjenestene skal kunne gi intensivert tilbud	10 stillinger
ADHD (hyperaktivitetssyndrom) som tilleggsvansker	5 stillinger
Antatt fremtidig stillingsbehov for Helse Midt-Norge	128 stillinger.

Antatt stillingsbehov beregnet etter ovenstående tabeller vil være ca **128** fagstillinger for barnehabiliteringstjenesten.

For tiden har tjenestene 60- 70 fagstillinger. Det er uklart hvor mange stillinger som kan regnes med ved Barneklubben, St Olavs hospital.

Det ser ut til at barnehabiliteringstjenestene bør styrkes med 60 fagstillinger. Derav bør det være en barnelegestilling, en assistentlegestilling og 2 psykologstillinger i hvert helseforetak. Stillinger bør for øvrig fordeles etter barnetall og etter evt. spesielle oppgaver og ansvar som noen har.

2.3 Habiliteringsbehov voksne

Målgruppen defineres som voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming (jfr. forskrift av 28.juni 2001 om habilitering og rehabilitering). Voksenhabiliteringstjenesten erfarer at mange av de som blir henvist har tilleggsvansker i form av utfordrende atferd/ psykiske lidelser. Særlig er det en økning i personer som har tilleggsvansker i form av ulike tvangslidelser, fobier, angsttilstander og depresjoner. Personer med sammensatte nevropsykiatriske tilstander som Tourette syndrom, ADHD og Asperger er for tiden en sterkt økende klientgruppe.

Den overordnede målsettingen for tjenesten er ”hjelp til selvhjelp”, og hovedarbeidsformen er ambulant, der tjenestene gies direkte til den funksjonshemmede og 1.linjetjenesten på de arenaer som er formålstjenelige. Arbeidsoppgavene er bla:

- Utredning/Diagnostikk/kartlegging
- Utarbeiding/gjennomføring av behandling- opplæringstiltak- og stimuleringstiltak
- Tilrettelegging av miljøvilkår rundt brukeren
- Veiledning og rådgivning til kommunalt personale og private nettverk

Tjenesten samarbeider tett med primærhelsetjenesten, spesialister i eget foretak, i helseregionen og ved ulike nasjonale kompetansesentra. Voksenhabiliteringstjenesten er opptatt av å ha en tverrfaglig tilnærming til arbeidet.

Voksenhabiliteringstjenesten i regionen yter i dag spesialiserte tjenester til noe over 1000 personer. Det er svært sannsynlig at behovet for denne type tjenester er betydelig større. Med utgangspunkt i insidenstall på 0.7% (noe som er et konservativt estimat) utgjør f.eks bare den ”tradisjonelle målgruppen ” psykisk utviklingshemmede minimum 4.000.

Det er grundig dokumentert i faglitteraturen av forekomsten av ulike psykiske lidelser/ nevropsykiatriske tilstander er vesentlig større for mennesker med kognitiv svikt enn i befolkningen for øvrig. Bare en begrenset del av denne målgruppen blir i dag henvist til voksenhabiliteringstjenesten. Dette gjelder særlig personer som er i grenseområdet lett psykiske utviklingshemming og nedre del av gjennomsnittet hos normalbefolkningen. Tallmessig er denne gruppen betydelig større enn tjenesten sin ”tradisjonelle målgruppe”.

Samlet sett har så mange som 90% av voksenhabiliteringstjenestens brukere mer enn 1 diagnose.

Det foreligger i dag ikke klare insidenstall for denne gruppen. For å få et bedre grunnlag for å vurdere fremtidig dimensjonering av tjenesten, ser en det som svært viktig at Helse Midt-Norge tar initiativ for å fremskaffe nødvendig tallmateriale.

2.3.1 Særlige oppgaver

Oppfølging i forhold til sosialtjenesteloven kap. 4A.

Lov om sosiale tjenester kap 4A omhandler makt og tvang overfor mennesker med psykisk utviklingshemming. Loven pålegger spesialisthelsetjenesten et særskilt ansvar. I Helse Midt-Norge er dette ansvaret tillagt habiliteringstjenestene. Tjenesten skal bistå kommunene både ved utarbeiding av vedtak og gjennomføring av tiltak.

Skjematisk kan arbeidsprosessen fremstilles slik:

- Kartlegging, utredning, observasjon, diagnostisering
- Utarbeiding av skriftlig rapport, der voksenhabiliteringstjenesten på bakgrunn av analyse og rammevilkår fremmer forslag til tiltak – herunder andre løsninger.
- Bistår kommunen ved utarbeiding av individuell plan, og gir nødvendig veiledning ved utarbeiding av vedtak om bruk av tvang. Samtidig, og i samarbeid med kommunen avklares tjenestens videre engasjement i saken. Spesialisttjenestens oppfølging skal i sin tur fremgå av det kommunale vedtaket om bruk av tvang.
- Voksenhabiliteringstjenesten utarbeider skriftlig uttalelse om det kommunale vedtaket.
- Dersom kommunen søker om dispensasjon fra utdanningskravet, vil vi på forespørsel fra Fylkesmannen også avgi uttalelse på denne søknaden.
- Etter fylkesmannens overprøving av saken, følger voksenhabiliteringstjenesten opp veiledningsarbeidet i kommunen.

Regionalt helseforetak plikter å sørge for at spesialisthelsetjenestene har den kompetansen og bemanningen som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene ved vedtak etter reglene i dette kapitlet. §4A-13. Dette er oppgaver som er blitt pålagt tjenesten uten at bemanningen ble styrket. Disse sakene er komplekse, ofte langvarige, og svært ressurskrevende.

Oversikt over antall 4A saker under arbeid.

Helse Sunnmøre HF	42 personer
Helse Nordmøre og Romsdal HF	105 personer
St.Olavs Hospital HF	75 personer
Helse Nord-Trøndelag HF	30 personer

Undersøkelser peker i retning av at det foregår omfattende bruk av tvang som ikke er hjemlet i sosialtjenestelovens kapittel 4A. Dette representerer en betydelig utfordring for tjenesten ressursmessig og faglig.

Mobile innsatsmidler

Ved kriser rundt enkeltbrukere i kommunene bør habiliteringstjenestene kunne gå inn med mobile innsatsmidler for å kunne bistå kommunene tettere over en kort periode. Metoden har vært brukt i voksenhabilitering tidligere. Dette gjelder spesielt for arbeid med LOST kap 4A. Alle habiliteringstjenester bør ha tilgang til bruk av mobile innsatsmidler.

Særomsorg for psykisk utviklingshemmede som dømmes til omsorg

St. Olavs hospital, avdeling Brøset har etablert en nasjonal enhet for de pasienter som dømmes til omsorg etter Straffelovens § 39. Døgnetenheten er i permanent drift, og tilbyr

habilitering for dømt i spesialpost. Fagteamet tilknyttet enheten forbereder og følger opp overføring tiltak i kommunene.

Det er kun dom som gir tilgang til tjenestetilbudet. Tilbudet er del av kompetansesenteret for fengselspsykiatri og er en ressurs i kunnskapsutvikling, råd og veiledning.

2.3.2 Bemanning i voksenhabilitering

Budsjetterte stillinger. Voksenhabilitering

Faggruppe	Helse Sunnmøre	Helse Nordmøre og Romsdal	St.Olavs Hospital	Helse Nord Trøndelag
Ergoterapeuter	1	1	1	0
Hjelpepleiere		2	0	0
Pedagoger	1	1	2	0
Lege	0	0	0.6	0
Legespesialist	0	0	0.4	0
Fysioterapeut	1.2	2	2	1
Psykolog	1	1	4	1
Psykologspesialist	0	1	0	0
Sosionomer	0	1	0	0
Sykepleiere	0	1	1	1
Vernepleiere	2	3	7	3
Sos.Ped/barnevernsped	0	4	1	2
Andre med 3 årig utdanning eller mer	0	0	1	0
Andre med mindre enn 3 årig utdanning	0	0	0	0
Leder	1	1	1	1
Til sammen	7,2	18	21	9

Frem til november 2003 hadde Helse Nordmøre og Romsdal ett team i Molde og en avdeling på Vestnes. De tilsatte ved disse enhetene er nå samlokalisert i Molde. Tjenesten disponerer fortsatt lokalene på Vestnes, og benytter disse bl.a. i forbindelse med innleggelse og forefallende kontorarbeid.

Alle enheter har for lite tilgang til legeressurser og psykologressurser.

2.3.3 Behov for fagstillinger, voksenhabilitering

Tjenestene er ulikt sammensatt, har ulik tilgang til støttetjenester og bemanning kan ikke sammenlignes uten videre. Det er likevel mulig å angi noen kvantitative og kvalitative krav som kan utledes av forskrift.

- **Tverrfaglighet** (§1). Tjenesten vil trenge 8-10 faggrupper for å legge til rette for bred tverrfaglig habiliteringstjeneste.
- **Arbeidsformer:** (§§15, 6 og 17). Tjenesten skal ivareta forskriftsfestede arbeidsformer som krever at det er tilstrekkelig tidsressurser til bla ambulant tjeneste, intensiv habilitering, veiledning mm.
- **Spesialisert kompetanse** (§4). Skal være oppdatert kunnskap. Tid til opplæring

Ved å ta utgangspunkt i budsjetterte stillinger i barne- og voksenhabiliteringstjenesten i forhold til folketallet, finner en følgende:

- Barnehabilitering: 1 fagstilling pr 2.300 barn
- Voksenhabilitering: 1 fagstilling pr 8.800 personer

Ved å sammenligne budsjettallene fra 1992 til 2004, ser en at det har en reduksjon i bruttobudsjettene for voksenhabiliteringstjenestene i regionen. For noen av enhetene har det vært en reell nedgang også i nominelle tall i denne perioden. Til sammenligning har budsjettutviklingen i andre deler av spesialisthelsetjenesten hatt en betydelig økning.

Det er knyttet usikkerhet til størrelsen på voksenhabiliteringstjenesten sin målgruppe, og hvilke behov disse har for spesialisert habilitering. Med det kjennskap vi i dag har til fagfeltet, er det likevel grunnlag for å tilrå en betydelig økning i antall fagstillinger.

Dersom en tar utgangspunkt i et anslått behov på 1 fagstilling pr 3800 voksne, innebærer det at totalt bør opprettes *72 nye fagstillinger* innenfor voksenhabiliteringstjenestene. Av fagstillingene bør det som et minimum opprettes 9 lege/legespesialiststillinger og 12 psykolog/psykologspesialiststillinger.

2.4 Rekruttering i barne- og voksenhabilitering

Problemstilling

HMN har færre leger, psykologer og færre høyskoleutdannede fagfolk innenfor feltet enn landet for øvrig, sett i forhold til befolkningsgrunnlaget. Særlig er det stor mangel på leger og psykologer.

Habilitering er et tverrfaglig fagfelt. Dersom fraværet av sentrale faggrupper vedvarer over tid, vil det kunne få betydelige negative konsekvenser for den konkrete tjenesteytingen og den generelle kompetanseutviklingen.

Forbedringsmål

HMN har kompetente medarbeidere i alle fagstillinger innen utgangen av 2005

Tiltak

- Aktiv oppsøking av universiteter og høyskoler for informasjon om hab/rehab
- Stille praksisplasser til rådighet for studenter
- Bidra med lærekrefter inn på universitet og høyskoler
- Generelle informasjonstiltak
- Bedre lønnsvilkårene
- Arbeide for å få hab/rehab perspektivet sterkere inn i aktuelle grunnutdanninger
- Systematisk etter- og videreutdanning av personer med høyskoleutdanning
- Tilrettelegge for forskning/fagutvikling

Særlige rekrutteringstiltak for leger

- Arbeide for at habilitering skal bli egen grenspesialitet for leger
- Avtalefeste sambruk av legerressurs med andre enheter, f.eks psykiatri
- Legge bedre til rette for bruk av legerressursen gjennom økt poliklinikk/dagpasient virksomhet.
- Opprette faglig landsnettverk for leger i habilitering.
- Ved vakanser: Avdelingleder har ansvar for at det inngås midlertidige avtaler om sambruk av leger mellom enhetene.
- Det bør utarbeides krav til etterutdannelse av legespesialister innen habilitering

Særlige rekrutteringstiltak for psykologer

- Dekning av utgifter til spesialistutdanning
- Dekning av utgifter til opprettholdelse av spesialiteten
- Etablering av faglig nettverk på landsplan

2.5 Organisering av barne- og voksenhabiliteringstjenesten

De forskjellige habiliteringstjenester i regionen har ulik organisering og tilknytning til den øvrige spesialisthelsetjenesten.

Ved valg av organisering bør en ta hensyn til følgende

- For barnehabilitering vil det være naturlig å ha nær tilknytning til barneavdelingene og få en sammenhengende tiltakskjede og pga rekruttering av fagpersonell.
- Med unntak av Helse Sunnmøre HF, er voksenhabiliteringstjenesten organisatorisk tilknyttet psykiatrien. Denne organisatoriske og faglige tilknytningen bør videreføres og videreutvikles.
- Tjenestene må ha tilstrekkelig bredde og tverrfaglighet til å gi mulighet for intern kompetanseutvikling.
- Tjenestene må ha eget personale, budsjett og regnskap, slik at ressurstilgangen kan styres, og om nødvendig beskyttes i forhold til andre deler av spesialisthelsetjenesten.
- Det bør være nært samarbeid mellom tjenester for barn og voksne, slik at det blir en velkoordinert overføring til voksenhabiliteringstjenesten når det er aktuelt.
- Det bør være nært samarbeid med aktuelle spesialavdelinger, for å få gjort nødvendige undersøkelser og oppfølginger.
- Habiliteringstilbudet ved Barneklivikken v/ St. Olavs Hospital bør trekkes ut fra den øvrige driften og sees i sammenheng med ressursene på Trondsletten habiliteringssenter. De bør sammen ha et eget budsjett som er skjermet fra Barneklivikkens øvrige budsjett. Resten av regionen ønsker en adresse for barnehabilitering ved St. Olavs Hospital.
En forutsetter en avklaring av St. Olavs Hospital roller ifht tjenester til foretaket og til regionen.
- Alle habiliteringstjenester skal ha egne skjermede budsjetter.

Organisatorisk tilknytning

Historisk sett og i forhold til målgruppen har barnehabiliteringstjenestene hatt nær tilknytning til barneavdelingene. En hovedårsak til dette er at pediaterne har vært legeressursene også for habiliteringstjenestene.

Voksenhabiliteringstjenestene ble etablert i forbindelse med ansvarsreformen for mennesker med psykisk utviklingshemming. I tiden som har gått har denne tjenesten hatt ulik organisatorisk tilknytning. Som eksempel kan nevnes at tjenesten i Molde i flere år var en egen sykehusavdeling. Med unntak av Helse Sunnmøre HF er alle enhetene knyttet til psykiatrien. En opplever at denne organiseringen fungerer tilfredsstillende for voksenhabiliteringstjenesten, og ønskes derfor videreført.

Samarbeidet rundt overgangen ved 18 år byr på store utfordringer, ungdommen er allerede i videregående skole, skal over i arbeidslivet og etter hvert flytte fra foreldrehjemmet. Det er viktig å få til et bedre samarbeid og en gradvis overgang mellom barne- og voksenhabilitering. På enkelte problemstillinger bør voksenhabiliteringen følge den unge fra 15-16 år og barnehabilitering bør være med til 20 år ved behov. Det formelle ansvar for hovedkontakt beholdes likevel i barnehabiliteringstjenesten frem til ungdommen er 18 år. Vi har diskutert om overgangen burde vært tidligere, men på bakgrunn av at barne- og ungdomsavdelingene har 0 – 18 år er dette også ønskelig å opprettholde for habiliteringstjenestene.

Etablering av regionalt habiliteringsråd.

Det bør etableres et regionalt habiliteringsråd for habiliteringstjenesten. Fagrådet bør bestå av ledere i barn og voksenhabiliteringstjenestene. En bør tilsikte tverrfaglighet i habiliteringsrådet. Hvis psykolog og lege ikke er representert i ledergruppen bør representanter fra disse faggruppene utpekes i tillegg.

Rådet skal være en pådriver for samordning og utvikling av tjenestetilbud for barn og voksne med habiliteringsbehov i regionen.

HFMN har ansvar for driften av fagrådet.

2.6 Finansiering

Det er nær sammenheng mellom økonomiske ressurser til disposisjon og tilbudet. Habilitering er personellressurskrevende. Forskrift om habilitering og rehabilitering setter standarder for arbeidsformer som krever mye tid til samhandling, indirekte pasientarbeid, reiser mm. I tillegg har fagområdet lite tilgang til "ferdigutdannet" fagpersonell, og må derfor bruke mye ressurser til intern opplæring. Takssystemene kompensere i liten grad for habiliteringens arbeidsform og særlige krevende utfordringer.

I strategiplan for habilitering av barn fremgår flg. i kap.6 "*Økonomiske og administrative konsekvenser*", punkt 6.2 *Finansiering av habiliteringstjenesten*:

"Spesialisert habilitering har til nå i liten grad vært finansiert gjennom poliklinikkakstene eller ISF, slik takstene og ISF-systemet har vært. Styrkingen av basisbevilgning og reduksjon av satsene/takstene, som er vedtatt på statsbudsjettet for 2004, vil kunne bidra til å rette opp uheldige vridningseffekter, og legger til rette for å prioritere rehabilitering og habiliteringsvirksomhet."

I HMN-HF er det viktig å rette fokus på dette og konkretisere styrkingen av habiliteringstjenesten i det enkelte foretak. Viktigheten av styrking av tjenester til barn presiseres i de årlige styringsdokumentene fra Helsedepartementet til regionale helseforetakene.

Rammebudsjett vurderes som den finansieringsformen som best gir mulighet for tilrettelegging og utvikling av tilbudene ut i fra gjeldende forskrift. Rammefinansiering vil kunne gi muligheten for å videreutvikle tjenester som et spesialisert tverrfaglig utadrettet tilbud til brukerne og lokale tjenester. Rammebudsjett vil med god kostnadskontroll kunne stimulere til effektiv ressursbruk. I tillegg kan ISF og polikliniske takster brukes, uten at dette bør være økonomisk styrende for tjenesten.

Tiltak

Finansieringssystemet for habiliteringstjenestene bør, slik Hagenutvalget foreslår utredes videre med tanke på:

- finansiering som sikrer rammebetingelser for tverrfaglig spesialistkompetanse i

- habilitering med hovedvekt på eksternt arbeid.
- finansiering som sikrer god kvalitet på tjenestene ut i fra forskrift om habilitering og rehabilitering

3 Status i forhold til forskrift i habilitering

Et av målene med planen er å kunne gi tjenester som oppfyller kravene stilt i forskrift om habilitering og rehabilitering. Dette kapitlet ser spesielt på hvor tjenestene er i forhold til dette.

§ 5. Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er regulert i Forskrift for habilitering og rehabilitering §5:

” Kommunen og HF skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habilitering- og rehabiliteringstilbud jfr pasientrettighetsloven §§1-3b og 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

kommunen og HF bør legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av kommunenes og HF's re-/habiliteringsvirksomhet.”

Brukermedvirkning omfatter medvirkning fra pasient og/eller pårørende (foreldre, verge etc jfr pasientrettighetsloven) Brukermedvirkning deles inn i **individnivå** og **systemnivå**, det vil si et nivå der den enkelte bruker medvirker i sin egen habiliteringsprosess og et nivå der representanter fra brukerne (organisasjoner), deltar der tjenestene planlegges, utvikles og evalueres.

Det er gitt utfyllende beskrivelser i St.m. 21 *Ansvar og meistring*, St. m 40 *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*, og i *”Fra bruker til borger”*.

På individnivå er målsettingen at brukeren skal oppleve å ha styring med egen habiliteringsprosess og være fører i eget liv. På systemnivå er målet at brukernes kompetanse blir brukt for å utforme tjenestetilbudet.

Det ble kartlagt hvordan brukermedvirkningen praktiseres i de tjenestene som deltar i planarbeidet. Det referes til undersøkelsen i dette kapitlet.

Individnivå

Brukermedvirkning bygger på informert samtykke. Henvissende instans har en samtale/forståelse med bruker/brukers representant om henvisningen. Noen kommuner praktiserer underskrift fra bruker/brukers representant.

For voksne personer med kognitiv svikt deltar ofte de som kjenner personen best i utredningsprosessen, utprøving av tiltak og evaluering. Det samme gjelder for ansvarsgrupper og deltakelse i arbeidet omkring en individuell plan. Hvis bruker kan representere seg selv er det praksis at brukers representant deltar bare hvis det er ønskelig fra brukeren.

I barnehabiliteringstjenestene deltar foreldrene i hele utredningsarbeidet. Observasjoner i skole/barnehage skjer ofte uten at foreldre er tilstede. Kun i enkeltstående tilfeller skjer det noe i saken uten at foreldrene er tilstede. De deltar alltid i utprøving av tiltak, evaluering, i prosessen rundt individuell plan og i ansvarsgrupper /basisgrupper.

Individuell plan som verktøy imøtekommer hensynet til brukermedvirkning. Alle med langvarige behov og sammensatte tjenester har lovfestet rett til å få utarbeidet en individuell plan for vernet. Bruker har lovfestet rett til å delta i utforming av målsetting og utforming av planen.

Medvirkning på systemnivå

På systemnivå er bildet som tegnes mer varierende. Hos noen deltar brukerne i den langsiktige planlegging av tjenestene. Andre arrangerer brukerkonferanse eller har årlige møter med brukerorganisasjonene. Ingen av tjenestene tar brukerne med i den årlige rullering av virksomhetsplan.

I noen grad deltar brukerne ved planlegging av kurs og nettverk, både organisert og mer ad hoc. Arbeidet i Lærings- og mestringssentrene har bidratt vesentlig til at dette har kommet mer på plass. Det ser ut til at det er en del brukermedvirkning innen habilitering, men det er ikke tilstrekkelig strukturert.

Kontakten med bruker opprettes på ulikt vis. Mange går direkte til en diagnoserelatert organisasjon, særlig ifht til kurs/nettverk. Paraplyorganisasjoner blir av og til brukt som kontaktledd. Det er nesten ingen som bruker Fylkesrådet for funksjonshemmede eller Brukerutvalgene i HF.

Tiltak

HF skal sikre informasjon om rett til koordinert tjenestetilbud og individuell plan.

RHF skal sammen med HF videreutvikle IP som arbeidsverktøy.

Systemer for systematisk brukermedvirkning videreutvikles gjennom brukerutvalg i HF og RHF.

Det skal etableres sikre systematisk for erfaringstilbakeføring innen den enkelte tjeneste.

§ 13. Organisering

Forskrift for habilitering og rehabilitering §13

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal inngå i tilbudet av helsetjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for.

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

I Nord- Trøndelag er det definert at avdelingslederne for rehabiliteringsavdelingen, voksenhabiliteringen og barnehabiliteringen utgjør den koordinerende enheten sammen med leder for Hjelpemiddelsentralen og Trøndelag kompetansesenter. De har definert enheten til å ha oppgaver på systemnivå og ikke på personnivå ("Nord-Trøndelagsmodellen")

Det er bare helsetjenesten av disse som er underlagt forskriften. Forskriften ekskluderer imidlertid ingen fra å være med i en koordinerende enhet.

Forbedringsmål

Innen utgangen av 2004 skal det være en definert koordinerende enhet på foretaksnivå.

Tiltak

"Nord-trøndelagsmodellen" implementeres i det enkelte foretak.

§ 14. Melding om mulige behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Forskrift for habilitering og rehabilitering §14

Det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som personellet blir kjent med i tjenesten. Meldingen gis dit det regionale helseforetaket bestemmer.

(NB det har i tidligere versjon av forskrift stått "helseforetak" og ikke "det regionale helseforetak")

Forskriften stiller krav til entydig "adresse" for å melde behov på individnivå.

Forbedringsmål

Innen 2004 skal personell i spesialisthelsetjenesten være kjent med hvor behov skal meldes.

Tiltak

Helseforetakene definerer meldeadresse. RHF vil utarbeide en oversikt .

3.4. § 15: Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.

Forskrift for habilitering og rehabilitering §15

Helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket skal videre

- 1. sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning,*
- 2. sørge for intensiv trening som inngår i individuelle habilitering,, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling,*
- 3. sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.*

Med nåværende organisering og kapasitet yter voksenhabiliteringstjenesten slike tjenester i dag, men ikke i tilstrekkelig grad.

Forbedringsmål

Tjenestene skal oppfylle forskriftens krav innen utgangen av 2006.

Tiltak

Planens skisserte opptrapping av tjenesten er virkemidler for å bli kvantitativt og kvalitativt i stand til å oppfylle forskriftens krav.

3.5. § 17 Ambulante tjenester

Forskrift for habilitering og rehabilitering §15

Habiliteringstjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon

Habiliteringstjenesten yter i dag ambulante tjenester, men ikke i tilstrekkelig grad.

Forbedringsmål

Tjenestene skal kunne tjenesten ambulant der dette er mest tjenlig for bruker.

Tiltak

Planens skisserte opptrapping av personell er tiltak som gir mulighet til nødvendig reisevirksomhet.

Finansieringsordning med mindre vekt på inntjening gjennom aktiviteter knyttet til institusjonene vil være virkemiddel for å dreie aktiviteten over til mer ambulant tjeneste.

4 Samlet vurdering av tilbudet etter kartlegging

Arbeidsgruppen har gjennomført en kartlegging av tilbudet i habiliteringstjenestene. I dette kapitlet presenteres en sammenfatning fra kartleggingen.

Kapitlet representerer en tolkning og en konkretisering av det plangruppen mener er et basistilbud innen habilitering.

Forskriften (kap. 3) presenterer definerte krav til strukturelle og prosessuelle forhold i tjenestene. Kapitlet peker på de områdene hvor systemer på et overordnet nivå ikke er gode nok eller etablert, og som krever en regional ressursinnsats.

Basishabilitering (ikke spesialisert habilitering) forventes å finnes på kommunalt nivå.

Oppgaver for spesialisert habilitering som skal finnes på HF-nivå:

- sørge for nødvendig utredning og diagnostikk av brukere med behov for habilitering i spesialisthelsetjenesten.
- sørge for opptrening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning.
- sørge for intensiv trening som inngår i individuell plan eller som et nødvendig spesialisert tilbud etter behandling
- sørge for tilrettelagt opplæring for brukere og pårørende som trenger det og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring
- gi råd, veiledning og opplæring til kommunene og andre samarbeidspartnere, individuelt og på systemnivå.
- bistå kommunene med råd og veiledning ifht kap 4A i LOST
- delta i samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og om utarbeiding av individuell plan.

Arbeidsmåter

- Hovedarbeidsformen er ambulant.
- Spesialisert habilitering innebærer tverrfaglig tilnærming der flere faggrupper arbeider sammen ifht en definert problemstilling
- Arbeidet skal foregå planmessig og samordnet
- Spesialisert habilitering innebærer at en arbeider både individ- og systemrettet

Kompetansekriterier

Spesialisert habiliteringstjeneste bør minst ha følgende faggrupper representert:

Psykolog, lege, vernepleier, barnevernspedagog, sosionom, spesialpedagog, sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut.

Fagpersonalet i habiliteringstjenestene bør være godkjente kliniske spesialister eller ha tilsvarende relevant videreutdanning. Fagpersonalet i habiliteringstjenestene må utnyttes slik at en får en forsvarlig tverrfaglig kompetanse i utføringen av de ulike oppgaver tjenesten er tillagt. Det er viktig med erfaring og/eller utdanning i tverrfaglig samarbeid og veiledning.

Samarbeid med Lærings og mestringssenterne (LMS)

Habiliteringstjenestene har et positivt samarbeid med Lærings og mestringssentrene. Tiltak med fokus på læring og mestring i samarbeid med Lærings- og mestringssentrene bør prioriteres videre til brukergruppene av habiliteringstjenestene. (Spesialisthelsetjenesteloven §3.8).

I Strategiplan for habilitering av barn presiseres viktigheten av at lærings- og mestringssentrene har tilbud som er aktuelle for familier med barn med nedsatt funksjonsevne.

4.1 Samlet vurdering av dagens tilbud i barnehabiliteringstjenestene

- Barnehabiliteringstjenesten i Ålesund har egen observasjonsenhet. I Levanger, Kristiansund og Trondsletten er observasjonsopphold lagt til sengepost for barn.
- Alle tjenester gir tilbud om både ambulante og polikliniske tjenester
- Barnehabiliteringstjenestene yter tilbud til barn og unge med motoriske vansker, sammensatte funksjonshemninger, utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming, andre nevropsykiatriske tilstander, kroniske sykdommer og sansetap. For mange av pasientgruppene er det behov for felles innsats og samarbeid med flere avdelinger i spesialisthelsetjenesten.
- Alle tjenestene gir tilbud om oppfølging i f.t. Sosialtjenesteloven kap.4a. I St.Olavs Hospital er dette ansvaret lagt til Autismeteamet v/Trondsletten.
- Oppgaver som intensiv trening/behandling og å sørge for trening og oppøving av funksjon bør avklares nærmere. Intensiv trening/behandling blir kun sporadisk oppfølgt; kun Helse Nord-Trøndelag har et prøveprosjekt på gang ift barn med sammensatte vansker, flere tjenester er delaktig i intensiv trening/behandling etter ortopediske inngrep. Det er søkt om prosjektmidler for å sette i gang et intensivt habiliteringsprosjekt i regional regi v/Trondsletten.
- Familiararbeid er sentralt arbeidsområde for alle tjenestene
- Alle tjenestene tar noe ansvar ift utarbeiding av individuell plan, men det er noe ulikt mellom tjenestene hvordan og i hvilken grad dette gjøres
- Brukermedvirkning er sentralt i tjenestene, men har et klart forbedringspotensiale på området
- Tjenestene samarbeider nært med kommunene både når det gjelder enkeltklienter og på systemnivå.
- Alle tjenester melder om manglende kapasitet. Noen tjenester melder om tilstrekkelig kapasitet på deltjenester (f.eks utredning eller oppgaver som tjenesten spesielt har prioritert)
- Tjenestene melder om tilstrekkelig tverrfaglighet på enkelte oppgaver. Kun Trondsletten har tilfredstillende tverrfaglighet ift de grupper og arbeidsoppgaver tjenesten gir tilbud til.

4.2 Samlet vurdering av dagens tilbud i voksenhabilitering

- Voksne med ”rene” sansevansker får tilbud i Trøndelagsfylkene, men i liten grad i helseforetakene i Møre og Romsdal. Ved sammensatte vansker der sansesvikt forekommer sammen med andre funksjonsproblemer gis det tilbud i alle enhetene.
- Mennesker med psykisk utviklingshemming, utviklingsforstyrrelser, andre nevropsykiatriske tilstander, motoriske vansker inkl CP, sammensatte funksjonshemninger får tilbud i alle enhetene.
- Tjenestene samarbeider med psykisk helsevern både på individ- og systemnivå.
- Sosialtjenesteloven kap. 4A utgjør en betydelig del av den kliniske virksomheten, og følges opp av alle enhetene.
- Alle tjenester arbeider både ambulant og poliklinisk. Mange oppgaver følges bare opp ambulant. Helse Nordmøre og Romsdal har i Molde egen innleggelsesenheter med foretaksovergrepene ansvar for målgruppen voksne med utviklingshemming og utfordrende atferd/psykiske lidelser (modellen er under vurdering i fht endring av geografisk ansvarsområde).
- Tjenestene har generelt et godt samarbeid med kommunene, både på individ og systemnivå.
- Intensiv trening/behandling og annen trening og oppøving av funksjon får i større eller mindre grad oppfølging av alle tjenestene.
- Diagnostisering/utredning av personer med sammensatte vansker utføres av alle enhetene.
- Tjenestene har ikke tilstrekkelig tverrfaglighet. Det er særlig manglende kapasitet i forhold til lege- og psykologtjenester.
- Noen tjenester melder om god nok kapasitet/tverrfaglighet på deloppgaver.
- Planer for eget klinisk arbeid med brukerne (behandlingsplaner) benyttes i vesentlig grad
- Tjenestene praktiserer rollen som pådrivere i utarbeidelse av individuelle planer og for koordinering internt i spesialisthelsetjenesten ulikt.
- Tjenestene har fokus på brukermedvirkning, men har et klart forbedringspotensiale på dette området.
- Familierarbeid er i økende grad et sentralt innsatsområde. Tjenesten sin kompetanse på dette området bør styrkes i vesentlig grad.

4.3 Samlet prioritering for satsing i barnehabiliteringstjenesten.

Det er behov for større tilgjengelighet til tjenestene for brukere gjennom:

- ansettelse av flere fagfolk for å oppnå bedre tverrfaglighet og kvalitet på tjenestetilbudet
- satsing på spesialisering, utdanning og forskning i tjenestene
- behov for mer areal til pasientrom, kontor og møterom ved flere av tjenestene
- etablering av utredningsenhet/familieleiligheter i Levanger, Kristiansund og Trondsletten
- etablering av intensive habiliteringstilbud/tiltak i hvert helseforetak
- etablering av mobile innsatsmidler ved hver tjeneste

4.4 Samlet prioritering for satsing i voksenhabiliteringstjenesten.

Prioriterte tiltak som kan gi reell styrking av tilbudet

- ansettelse av flere fagfolk i tjenestene; prioritert er leger og psykologer
- styrking av kompetansenivå, spesialisering, forskning
- behov for mer kontorareal, pasientrom, utstyr m.m.
- voksenhabilitering skal bli egen grenspesialitet

5 Opptrappingsplan

Ut fra beregninger av behov som tidligere vist har plangruppen fordelt stillinger til foretakene etter befolkningsgrunnlag.

Tabell for styrking av habiliteringstjenesten

	Befolkningstall 2004		% andel av befolkningen		FORDELING AV STILLINGER ETTER % ANDEL AV BEFOLKNING	
	<18 år	> 18 år	<18 år	> 18 år	<18 år	> 18 år
Helse Nord- Trøndelag	31500	96545	20,4	19,8	25,1	25,3
Helse Sør-Trøndelag	64044	205154	41,3	42,0	50,9	53,8
Helse Nordmøre og Romsdal*	23696	89632	15,3	18,4	18,8	23,6
Helse Sunnmøre*	35545	96721	23,0	19,8	28,3	25,3
Helse Midt Norge	154785	488052	100,0	100,0	123	128

Tabellen viser fordelingen av stillinger ut fra beregninger av behov som barn- og voksenhabilitering har kommet frem til ut fra de stillinger en har og den mangelen som er beskrevet.

Tabell for opptrapping av stillinger i habiliteringstjenestene i perioden 2005-2009:

HF	2005		2006		2007		2008	
	<18år	>18år	<18år	>18år	<18år	>18år	<18år	>18år
Helse Nord- Trøndelag	2	3	2	4	2	4	2,6	5,3
ST.Olavs hospital	2	5	2	7	2	8	4	12,8
Helse Nordm. og Romsdal .	2	1	3	1	3	1,6	1,8	2
Helse Sunnmøre	2	3	3	4	4	5	4,4	6,1
Totalt st.	8	12	10	16	11	18,6	12,8	36,2
Kostn.pr.år Helse Midt Norge	4,0mill	6,0mill	9,0 mill	14,0 mill	14,5 mill	23,3 mill	39,4 mill	67,7 mill

* I Helse Foretak S-Tr.lag er det beregnet et opptrapping på Trondsletten på 10 st. Evt. annen opptrapping må beregnes ut ifra antall st. ved St.Olav som brukes til barnehabilitering pr. idag.

Det er ikke tatt høyde for evt. lønnsøkninger. Det er tatt utgangspunkt i en gjennomsnittslønn (med arb.giveravgift m.m.inkl.) på kr 500.000

Det må også beregnes inn reiseutgifter m.m.til ambulant virksomhet for hver stilling

I tillegg må man beregne midler til forskning, spesialisering og fagutvikling.

Behov for areal

	Nåværende areal		Merknad
	Barn	Voksne	
Helse Nord- Trøndelag	572 kvm	193 kvm	Både voksne og barn trenger nybygg. Ved felles løsning kan noe være felles areal
Helse Sør-Trøndelag	2850 kvm (1950 kvm)	597,5 kvm	Gode muligheter for utbygging på Tronsletten Voksenhabilitering har gamle, små og uhensiktsmessige lokaler.
Helse Nordmøre og Romsdal*	240 kvm	715 kvm	Habilitering for voksne har tilfredsstillende lokaler. Barnehabilitering har ikke tilfredsstillende lokaler i dag, verken for pasienter eller personalet.. Det planlegges endring (Knausen).
Helse Sunnmøre*	570 kvm	270 kvm	Pga samorganisering ønskes samlokalisering. Da kan noe areal være felles.

Ingen av de habiliteringstjenester som berøres har nok plass, noen har utbyggingsbehov, andre er allerede på en fremtidig plan for nybygging ut fra for trange, gamle og uegnede lokaler.

5.1 Spesialisering/kompetansespissing i habiliteringstjenesten

Habiliteringstjenesten skal yte spesialiserte tjenester. Alle ansatte i tjenesten må ha generell kompetanse om spesialisert habilitering og tjenestens målgrupper. I tillegg må det opprettholdes og videreutvikles kompetanseknutepunkt innen sentrale fagområder som:

- Tidlig intervensjon
- Autisme og sansehandikap
- Ryggmargsbrokk
- Nevroortopedi
- Intensiv habilitering/trening
- Utredning, diagnostisering og behandling knyttet til nevropsykiatriske tilstander
- Psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser
- Seksualitet og samliv.
- Funksjonell motorikk
- Utfordrende atferd
- Alternativ kommunikasjon (Bliss)
- Utviklingshemming og aldring
- Etnisk minoritetsbakgrunn

Forbedringsmål

Utvikle ytterligere spesialistkompetanse på habilitering på regionalt nivå.

Finansiering / ansvar

Arbeidet bør skje i regionalt Habiliteringsråd. Finansieres over HF ramme. Prioritering og etablering av regionale kompetansesentre skjer i Regionalt habiliteringsråd.

6 Samhandling

God kommunikasjon og kompatible systemer mellom alle aktørene er nødvendig for å tilby pasienter helhetlige tjenester. Samhandling og kommunikasjon er viktige for tydeliggjøring av ansvar i tiltaksskjeden, ved samtidige tjenester i et behandlingsnettverk.

Samhandling er ett av de sentrale strategiske mål- og fokusområdene for Helse Midt-Norge

God habilitering er i følge definisjonen i St.melding nr.21 ”planlagte prosesser hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt i samfunnet”. Den enkelte bruker vil i varierende grad ha behov for råd og bistand fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, trygdekontor, sosialkontor, hjelpemiddelsentral, skolevesen, arbeidsgiver, aetet, i tillegg til egen familie og sosiale nettverk. Mange instanser forskjellige faggrupper og flere tjenestenivåer må samarbeide for at tjenesten skal bli effektiv og at den oppleves sammenhengende, trygg og god for brukeren. Dette krever ferdigheter og kunnskaper om samhandling og tverrfaglig samarbeid hos de enkelte utøvere og gode rutiner for samhandling hos de enkelte instanser som arbeider med habilitering. Samhandlingsrutinene må utvikles på brukernivå og systemnivå.

Kommunenes tjenestetilbud er selve grunnmuren i habiliteringsarbeidet.

Spesialisthelsetjenesten skal yte bistand til den enkelte kommune i den utstrekning det er behov for dette. Omfanget av og intensiteten i habiliteringstjenestens arbeid vil variere fra sak til sak.

Staten har utarbeidet egne forskrifter om habilitering og rehabilitering. Der beskrives kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar og oppgaver.

6.1 IT løsninger

EPJ er ikke tilpasset habilitering og rehabilitering. Pienerapportens inndeling skaper barrierer for dokumentasjon som gjenspeiler tverrfaglig ressursinnsats.

Slik EPJ, PAS og HABILDATA tilbys de kliniske miljøene, med manglende integrasjon medfører dette at de elektroniske hjelpemidlene for dokumentasjon oppleves fragmenterte og lite hensiktsmessig.

IP er foreløpig ikke utviklet i elektronisk format som tillater samhandling på tvers av fagsystemer. Helse Midt-Norge har iverksatt et regionalt prosjekt hvor utvikling av en web-basert IP som understøtter samhandlingsprosessen

Habiliteringstjenesten ser muligheter i utvikling av de elektroniske hjelpemidlene. Dokumentasjon gjennom video og bilder som del av EPJ vil kunne være viktig for samhandling. Etter hvert vil en også kunne bruke elektroniske hjelpemidler til å understøtte diagnostikk og behandling, for eksempel databasert bevegelsesanalyser, datastøttede tester, analyseprogram (beslutningsstøtte), læringsvideoer, ikke mist som pedagogisk hjelpemiddel i veiledning.

Billedtelefon i helsenettet er ikke utnyttet slik teknologien i dag har løsninger for. Billedtelefon mellom aktører vil være et viktig ressursfrigjørende element når det benyttes som supplement i habiliteringsprosessene.

Bærbare PC-løsninger med sikker nettilkobling vil styrke spesialisthelsetjenestenes utøvelse av de ambulante tjenester.

Forbedringsmål

EPJ/PAS/MBDS skal være et fullverdig elektronisk verktøy og tilpasset habiliteringstjenestens arbeidsform.

Tiltak

Habiliteringstjenester skal delta i videreutvikling av neste generasjon IT løsninger. Systematisk implementering av moderne teknologiske hjelpemidler med vekt på erfaringsoverføring i regionen.

6.2 Samhandling med 1.linjetjenesten

Problemstilling

Som tidligere nevnt er kommunenes tjenestetilbud grunnmuren i all habilitering. Arbeidsgruppen ser behov for at kommunene tar større del av følgende oppgaver:

- Basisutredning av individ, samspillfaktorer og rammebetingelser
- Utnytte tverrfaglige ressurser i egen kommune
- Utvikle bedre systematikk i arbeidet med brukerne
- Koordinere ressursene i kommunen

For pasienter og samarbeidende tjenesteytere er det viktig at tilbudet fungerer som en helhet på tvers av forvaltningsnivå, i et nettverk. Dette krever samhandling både om den enkelte bruker og på systemnivå (faglig og ”organisatorisk”).

Som et virkemiddel for å etablere gode samhandlingsløsninger er det viktig å sikre at avstanden mellom 1 og 2.linjetjenesten reduseres.

Det er samtidig viktig å understreke at samarbeidet må bygge på den enkelte kommunes faktiske forutsetninger.

Tiltak

Tydeliggjøre 2.linjes kompetanse og ansvar

Systematisk bruk av samarbeidsavtaler/tiltaksskisser

Opprettholde og videreføre bruk av mobile innsatsmidler

6.3 Samhandling med andre spesialisthelsetjenester

Problemstilling

Personer med kroniske sykdommer eller med funksjonshemninger er avhengig av flere deltjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Hver enkelt tjeneste kan yte gode fragmenterte tilbud, men det er utfordringer knyttet til å knytte tjenestene sammen. Det kan være mange årsaker til at samhandling ikke skjer i den grad det er behov for. Selve sykehusorganisasjonen med inndeling etter faglige spesialiteter kan være et hinder for samarbeid. Det kan også være uklart hvilken tjeneste som har ansvar for oppfølging av ulike diagnoser/problemstillinger.

Samhandling og samarbeid krever at alle tjenester tar ansvar for å opprette samhandling, og at de enkelte tjenester kjenner hverandres roller og ressurser.

Forbedringsmål

Bedre samhandling og koordinering av tjenester i spesialisthelsetjenesten. Avklaring av ansvar for oppfølging av pasienter som krever felles innsats fra flere tjenester.

Tiltak

- Det skal utarbeides samarbeidsavtaler mellom barnehabiliteringstjenesten, pediatrien og barne- og ungdomspsykiatrien i hvert helseforetak som regulerer samarbeidet rundt brukere med gjennomgripende utviklingsforstyrrelse.
- Det skal utarbeides klare retningslinjer for samarbeid mellom voksenhabiliteringstjenesten, psykiatriske poliklinikker og nevrologiske avdelinger.
- Systematisk bruk av Individuell plan også i spesialisthelsetjenesten.
- Barn og voksne med funksjonshemninger skal ha samme tilbud fra psykiatrien som befolkningen som for øvrig. (Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006)

6.4 Samarbeid med Statlig pedagogisk støttesystem

Problemstilling.

Habiliteringstjenestene og Statlige pedagogiske støttesystem yter tjenester til personer med funksjonshemming som til dels kan være overlappende. Det kan være vanskelig for brukere å ha oversikt over hvor en bør henvende seg for å få nødvendig utredning og oppfølging.

Tjenestene er faglig og lovmessig ulikt forankret.

I ulik omfang eksisterer det i dag et samarbeid mellom habiliteringstjenestene og Statlig pedagogisk støttesystem.

Forbedringsmål.

Bedre samordning av tjenestetilbud og avklaring av ansvar for oppfølging som krever felles innsats fra flere tjenester.

Tiltak

- det er under planlegging modellforsøk for bedre samordede tiltak på landsbasis.
- avvente foreldreveileder og rundskriv fra Helsedepartement som tar sikte på å **legge** klare føringer i f.t. samarbeid om tjenester til funksjonshemmede barn og deres foreldre.
- I påvente av erfaringene fra modellforsøkene bør vi regionalt samarbeide med Statlig pedagogisk søttesystem hensiktsmessig ut fra barn/foreldres og lokale instansers behov.

6.5 Samarbeid med høgskole og universitet

Problemstilling

I tråd med instruks fra sykehuseier har HMN inngått rammeavtale med NTNU/DMF, og opprettet samarbeidsorgan med representanter fra HMN og NTNU/DMF. *Samarbeidsorganet* har utarbeidet strategiplan for samarbeidet mellom NTNU/DMF og HMN. Rehabilitering og habilitering er to viktige satsningsområdene for dette samarbeidet. I tråd med dette har *Samarbeidsorganet* bevilget flere doktorgradsstipend og postdoc-stipend til områdene, fordelt mellom alle foretakene i regionen.

Høgskole: videreutdanning HIST / HINT . vil ha klinisk utdanning som spesialist.

Forbedringsmål

I samarbeid med høgskoler og universitet stimulere til klinisk forskning innen det enkelte HF. Etablere veiledning fra høgskole og universitet.

Tiltak

HMN vil i samarbeid med NTNU vil prioritere midler til forskning i hab /rehab også fra disse bevilgningene

HMN vil i samarbeid med foretakene og NTNU utarbeide en konkret plan for hvordan slik **opptrapping** skal finne sted.

I forhold til høgskolene vil HMN som ledd i sine disposisjoner etablere et overordnet samarbeidsforum. På linje med andre virksomheter vil hab/rehab å få sin plass her. Samhandling og samarbeid knyttet til utdanning av personell (grunn/videre- og etterutdanning) reguleres i rammeavtale, og er et ansvar for HF.

7 Utdanning, forskning og fagutvikling.

Habilitering er et ungt fag, bestående av mange delkompetanser med en overordnet tenkning/holdning som gir habilitering en egenart. Voksen- og barnehabilitering ser det som ønskelig å se på forskning og utvikling sammen fordi det vil bidra til å se brukernes behov i et livsløpsperspektiv.

Det har vært lite satsing på forskning og fagutvikling, habiliteringen har vært mer opptatt av nødvendig klientarbeid og å finne sin plass i helsevesenet.

Forskning og fagutvikling henger nøye sammen med rekruttering, særlig for leger og psykologer. Forskningsaktiviteten innen fagområdet har stor betydning for fagfeltets status. Av fagpersoner innen tjenestene med 3 – 4 årige helsefaglige og pedagogiske utdanninger er det fremdeles få som har hovedfagskompetanse. Med få stillinger for leger og psykologer er fagfeltet avhengig av flere med hovedfag for at det skal bli større fart, mer mengde og tverrfaglighet på forskningen.

Utdanning, forskning og fagutvikling er sentrale faktorer for å opprettholde kvalitet i det faglige arbeidet. Rekruttering og stabilitet i fagstaben utgjør sentrale rammebetingelser. Fagutvikling er en nødvendig og kontinuerlig prosess som fremmes ved et godt læringsmiljø basert på kvalitetssikring av den faglige virksomhet med avsatt tid til fagutvikling, gode rutiner for bruk av IT-baserte løsninger, bruk av ekstern kunnskapsinnhenting og vitenskapsbasert klinisk virksomhet.

Forskning bør skje i alle avdelinger tilpasset lokale muligheter, interesser og ambisjoner. Spesialiserte utrednings- og behandlingsopplegg skal følges av egevaluering og kvalitetssikring. Det stilles krav om forskning innen gruppe-1 avdelinger, og det er et klart mål å utvikle forskningskompetanse og akademisk veiledningstilbud ved samtlige foretak i regionen.

En vil understreke viktigheten av at Helse-Midt Norge legger til rette for at forskning og fagutvikling også blir lokalt forankret i de enkelte enhetene.

Å få initiert forskning og fagutvikling innen tjenestene i alle foretak vil være viktige faktorer for hele fagfeltets videre utvikling. Forskningsaktivitet vil bidra til å heve fokus på at virksomheten bør være forskningsbasert og dette bør være en selvfølgelig del av avdelingenes arbeid. Ut fra den regionale plangruppens kartlegging ser vi at det rapporteres for lite kapasitet til oppfølging av flere arbeidsområder. Dette har inntil i dag ført til at forskning og fagutvikling stadig har måttet vike. Å finne kvalitetsindikatorer for habiliteringsfeltet er en stor utfordring og bør skje ved hjelp av forskning og fagutvikling. Det er vesentlig at det opprettes egne ressurser til dette arbeidet og at det spres til tjenestene i alle foretak. Utviklingen bør skje i samarbeid med NTNU, høyskolene og SKUR.

Det er viktig å ta godt vare på miljø som allerede er i gang med forskning innen habiliteringsfeltet. Rundt et miljø vil det gro opp flere prosjekter, en kan innlemme flere på tvers av foretaksgrenser og på det viset sikre spredning av kompetanse.

Mål

- Fagfeltet habilitering skal ha en forsknings- og utviklingsaktivitet som resulterer i en mer forskningsbasert praksis med bedre tjenester til våre brukere som resultat.
- Sikre at tilbudet til pasientene er spesialisert og av god kvalitet ved at alle fagpersoner har høy kompetanse.

- Habilitering skal ha en forsknings- og utviklingsaktivitet som resulterer i god rekruttering.
- Ivaretagelse av de miljøene som allerede er i gang med forskning innen feltet.

7.1 Utvikling av utdanningsfunksjoner innen habilitering

En rekke faggrupper utgjør den tverrfaglige kompetansen som er særegent for fagfeltet. For å kunne utøve spesialisert arbeid kreves kunnskaper og ferdigheter utover grunnutdanning. Innen habilitering har en benyttet de tilbudene som høyskolene har både av fagspesifikke og tverrfaglige videreutdanninger.

Tiltak

Det bør prioriteres at habilitering får en egen klinisk utdanning etter modell fra psykisk helsevern.

HMN oppretter i løpet av 2005 gruppe-1 tilbud for leger innen barnehabiliteringsutdanning ved St.Olavs Hospital og legger plan for tilbud svarende til avdelingene ved sykehusene i Ålesund, Kristiansund og Levanger.

7.2 Utvikling av universitetsfunksjoner og forskning

Det må utarbeides et regionalt forskningsprogram innen habilitering. Det er viktig at forskningsprosjekter som en ønsker å prioritere er gjennomdiskutert og at enkeltprosjekter henger sammen. Det er ønskelig at fagfeltet kan samles om felles mål og en felles profil for fagutviklingen i regionen.

St.Olavs Hospital har oppgaver innen grunnutdanning av medisinske studenter og har overordnet ansvar for forskning i nært samarbeid med NTNU, samt ansvar for enkelte regionsfunksjoner.

Avdelingen for barneneurologi og habilitering /Trondsletten må være en pådriver og inspirator i forskningsaktivitet og kvalitetssikring innen spesialiteten i regionen og må tildels ressurser og kompetanse som gjør dette mulig.

Tiltak

Regionalt forskningsprogram for fagfeltet skal utarbeides

Det må opprettes eget professorat for habilitering ved NTNU

Det må opprettes akademiske stillinger med tanke på doktorgradsarbeid i helseforetakene

Det bør opprettes stillinger innen hver avdeling som spesielt tar ansvar for forskning og fagutvikling. Alternativt kan det gies anledning til konvertering av eksisterende stillinger slik at noen får et spesielt ansvar for dette.

Det settes av midler fra HMN RHF der en kan søke støtte til enkeltprosjekter, mastergradsarbeider og spesialisering.

Det bør etableres et overordnet råd for habilitering i Helse Midt-Norge med hovedoppgave å fremme utvikling av habiliteringsfeltet både faglig og strukturelt. Rådet skal være et

bindeledd mellom HF'ene og RHF. Rådet bør være regionens ”koordinerende enhet for habilitering”.

7.3 Videre utvikling av de regionale og nasjonale spesialiserte funksjoner.

Avdeling for barneneurologi og habilitering / Trondsletten har landsdelsfunksjon for tidlig behandling og habilitering av ryggmargsbrokk og enkelte andre spesialiserte funksjoner. De pålagte nasjonale og regionale oppgaver må følges av ekstra ressurser til drift, forskning og nettverksarbeid.

Voksenhabiliteringstjenesten er stilt overfor store faglige utfordringer, som fordrer stor grad av spesialisert og tverrfaglig kompetanse. Systematisk forskning er derfor påkrevd i vesentlig større grad enn hva som er tilfelle i dag.

Innad i tjenesten har en nå etablert et forum der den forskningsbaserte virksomheten blir drøftet og prioritert.

I tillegg til det regionale samarbeidet i tjenesten, ser en også muligheten for et nærmere samarbeid med andre deler av psykiatrien.

Mål

Grenspesialitet for leger

Sikre at tilbudet til brukerne skal være spesialisert og kvalitetssikret ved at alle faggrupper skal ha høy formell og reell kompetanse.

Bidra aktivt i helsefaglige utdanningsprogram ved universitet og høyskoler i regionen.

Ha kompetanse og ressurser til utdanning av lege- og psykologspesialister og til grunnutdanning/videreutdanning ved høyskoler.

Være kompetansesenter innen fagområdet voksenhabilitering og bidra med ny kunnskap gjennom egen forskning.

Flerregionale / nasjonale tjenester

Bruk av opptreningscenter i Helse Midt-Norge.

Beitostølen og tildels Valnesfjorden Helseportsenter har sammen med habiliteringstjenesten i Buskerud og Nordland, utviklet tilbud til barn/unge med ulike funksjonshemninger (lokalmiljømodellen). Disse tilbudene vektlegger tilpassning av fritidsaktiviteter for ulike typer barn/unge med funksjonshemninger. Tilbudene planlegges i nært samarbeid med foreldre, lokale fagfolk, idrettskonsulenter i fylkene og habiliteringstjenestene.

Intensjonen med tilbudet er at barn og unge skal kunne ta i bruk og videreføre fritidsaktivitetene også lokalt.

Det er behov for å vurdere om habiliteringstjenesten i Midt-Norge skal ha et samarbeid med et opptreningscenter i vår region, etter en tilsvarende modell som Beitostølen og Valnesfjorden Helseportsenter legger opp til.

Tiltak

Helse-Midt Norge utreder nærmere behovet for etablering av eget opptreningscenter i helseregionen.

Kilder

St.meld. nr. 41 (1988-889)

St.meld. nr. 35 (1994-95)

St.meld. nr. 21(1998-99)

St.meld. nr.40 (2002-03)

Strategiplan Habilitering av barn (H.dep. mars 2004)

NOU (2003:1) Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004 -2010, Helse Nord 2004.

Prosjekt 2003, delprosjekt 20 – habilitering og rehabilitering, Rett pasient på rett sted til rett tid, Helse Øst 2003.

St.meld. nr.25 (1996-97)

Kvalitetsstrategi i Helse Midt-Norge 2004.

ICF, internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, WHO, KITH, SDir. 2003.

Statens Helsetilsyns utredningsserie 1994:3 IK -2451

