



HANDLINGSPROGRAM

Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge 2005 – 2008

Høringsutkast juni 2004

Innhold

1	INNLEDNING	3
1.1.	MÅLSETTING	3
1.2.	OM HANDLINGSPROGRAMMET	3
2	GRUNNLEGGENDE UTFORDRINGER	4
3	MÅL OG TILTAK I PERIODEN 2005 - 2008	5
3.1	TJENESTENE MÅ BRINGES I SAMSVAR MED LOVER OG FORSKRIFTER	5
3.2	KAPASITETEN INNENFOR TJENESTENE ER FOR LITEN	6
3.3	TJENESTENE HAR BEHOV FOR FAGLIGE LØFT	8
3.4	KVALITETSUTVIKLING	9
3.5	INFORMASJONS OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI (IKT)	10
3.6	BRUKERMEDVIRKNING	12
3.7	PASIENT- OG PÅRØRENDEOPPLÆRING – LÆRINGS- OG MESTRINGSENTRA	13
3.8	SAMARBEID MED KOMMUNEHELSETJENESTEN	14
3.9	SAMARBEID MED ANDRE SPESIALISTHELSETJENESTER	14
3.10	PRIVATE OPPTRENNINGSINSTITUSJONER	15
3.11	SAMARBEID MED TRYGDEETAT, AETAT, BEDRIFTSHELSETJENESTER MFL	17
3.12	SAMARBEID MED UNIVERSITET OG HØGSKOLER	18
3.13	FORBEDRINGSPOTENSIALE I TJENESTENES ORGANISERING	18
3.14	ETABLERING AV REGIONALT TVERRFAGLIG FAGRÅD	19
3.15	TJENESTENE MÅ SAMORDNES GJENNOM OPPGAVE- OG FUNKSJONSDELING	20
3.16	DE BYGNINGSMESSIGE RAMMENE ER IKKE TILFREDSSTILLENDE	23
3.17	NASJONAL OPPTRAPPINGSPLAN	24
4	ØKONOMI OG FINANSIERING	25
4.1	DAGENS FINANSIERING AV TJENESTENE	25
4.2	HANDLINGSPROGRAMMETS KOSTNADER OG FINANSIERING	26
5	PRIORITERING, FREMDRIFT OG TEMPOPLAN	28
6	REFERANSER -	29
7	VEDLEGG	30

1 Innledning

Rehabilitering og habilitering er nasjonale innsatsområder der målet er en kvantitativ og en kvalitativ forbedring av tjenestetilbudene (1-5)
Handlingsprogrammet er Helse Midt-Norges sitt svar på disse føringene.

1.1. Målsetting

Hovedmålet for Handlingsprogrammet er å utvikle habiliterings- og rehabiliteringstilbudene i Helse Midt-Norge slik at tjenestene

- har tilbud til alle relevante brukergrupper
- har utviklet og implementert brukermedvirkning
- oppleves gode for pasient og pårørende
- utnytter faglige og økonomiske ressurser kosteffektivt og til beste for pasienten
- er av god faglig kvalitet med god akademisk forankring
- oppfyller lov og forskriftsfestede krav
- har utviklet dokumentasjonsverktøy som brukes aktivt
- er i tråd med overordnede helsepolitiske målsettinger
- oppleves attraktive for arbeidstakere slik at Helse Midt-Norge kan tilby tjenester fra godt kvalifiserte tjenesteytere

1.2. Om handlingsprogrammet

Handlingsprogrammet bygger på utredninger en faglig gjennomgang og vurdering av tjenestene innenfor HMNs ”sørge for ansvar”, konsultasjoner med førstelinjetjenesten, de private opptreningsinstitusjonene i helseregionen, drøftinger med universitet og høgskoler, drøftinger med landets øvrige regionale helseforetak og samtaler med sykehuseier.

Resultatet fra dette utredningsarbeidet er beskrevet i vedlegg 1-2.

Handlingsprogrammet slik det presenteres her, er gitt en summarisk og kortfattet form med omfattende henvisning til informasjon, drøftinger og vurderinger presentert i vedlegg 1-2) og øvrige referanser (1-6).

For supplerende informasjon og detaljer knyttet til de enkelte forslag i Handlingsprogrammet henvises til dette grunnlagsmaterialet.

Innenfor det store spekter av oppgaver og utfordringer rehabiliterings- og habiliteringstjenestene omfatter vil det være en rekke tema som bare er summarisk eller ikke omtalt i planen. Dette gjelder bl.a. de statlig spesialpedagogiske tjenestene, kommunale tjenester, samhandling med andre spesialiteter (m.a. psykiatri, geriatri , rusomsorg) samt tilbud til brukere med sansetap.

For brukerne av de spesialiserte tjenestene innen fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering vil samarbeid/samhandling med for eksempel Aetat, trygdeetat og det kommunale tjenesteapparat være en forutsetning for en helhetlig rehabiliteringsprosess. I tillegg er enkeltindividets mulighet for deltagelse i stor grad knyttet opp mot en samfunnsmessig utforming som legger til rette for alle. Det er viktig at Handlingsprogrammet slik det her presenteres vurderes også i dette perspektivet.

2 Grunnleggende utfordringer

En gjennomgang av dagens tilbud innenfor habilitering og rehabilitering i Helse Midt-Norge viser at tjenestene står overfor en rekke utfordringer:

- Lovkrav til systemer er ikke oppfylt.
- Kapasiteten innenfor tjenestene er for liten
- Tjenestene har behov for systematiske faglige løft
- Tjenestene har behov for systematiske løft innenfor forskning
- Samarbeidet mellom ulike aktører er ikke godt nok utviklet
- Det er ikke tilstrekkelig oppfølging av pasienter etter utskrivning
- Det er ikke god nok sammenheng i tiltakskjeder og nettverk
- Samarbeid og samhandling mellom barnehabilitering og voksenhabilitering, og mellom habiliteringstjenestene og rehabiliteringstjenestene gjenspeiles ikke i tjenestenes organisering
- Funksjons- og oppgavefordeling mellom de ulike HF er ikke gjennomført
- De bygningsmessige rammene omkring virksomhetene er ikke tilfredsstillende

Bilde som tegnes er vidtgående det samme i øvrige deler av landet (7 – 8)) og med forholdene i psykiatrien slik de var da Stortinget vedtok opptrappingsplan for psykiatri (9).

3 Mål og tiltak i perioden 2005 - 2008

I tråd med utfordringene nevnt ovenfor og detaljert dokumentert og beskrevet i vedlegg 1-2 iverettes følgende tiltak innenfor de enkelte målområdene:

3.1 Tjenestene må bringes i samsvar med lover og forskrifter

Koordinerende enhet

HMN har pt. ikke definert koordinerende enhet (jfr. forskriftene § 13)

Det må være et mål for HMN å ha koordinerende enheter på plass i alle HF primo 2005.

Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.

I dag mangler tjenestene ressurser for å kunne dekke brukernes behov når det gjelder oppgaver beskrevet i forskriftenes §15, punkt 1-3. For noen tjenester gjelder dette absolutt (intensiv trening barn), for noen gis tilbud, men i begrenset omfang.

Ambulerende tjenester

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon (forskriftene §17). I Helse Midt-Norge gis tjenestene innenfor rehabilitering bare i liten grad ambulante

Tiltak:

- *Helse Midt-Norge skal ha koordinerende enheter på plass i RHF og i alle HF primo 2005*
- *Helse Midt-Norge skal ha intensiv habilitering av barn som del av egen generelle barnehabiliteringstjenester innen utgangen 2006.*
- *Helse Midt-Norge skal ha tverrfaglige ambulante team ved alle foretakene innenfor rehabilitering og habilitering (barn og voksne) innen utgangen av 2006.*
- *Helse Midt-Norge skal etablert system for å melde behov for rehabilitering og habilitering i løpet av første halvår 2005*

3.2 Kapasiteten innenfor tjenestene er for liten

REHABILITERING

I forhold til norm mangler HMN ca. 80 sengeplasser (ref.1 s. 16-17). En rekke brukergrupper mangler tilbud (ref. 1), sentrale tilbud mangler ved flere HF, ambulant tjeneste mangler ressurser, tverrfaglige team må bygges ut, rekruttering må styrkes (spesielt leger) og samarbeidet mot opptreningsinstitusjonene må styrkes. I planperioden 2005-2008 tar en sikte på å øke kapasiteten med 40 senger.

Tiltak:

- *I perioden 2005 – 2008 bygges det ut 40- 45 plasser, fordelt som følger*
 - *12-15 plasser i Helse Nordmøre og Romsdal (spesialisert generell rehabilitering), inkludert nødvendige bygningsmessige tiltak (se pkt.3.16)*
 - *15 –20 plasser ved St.Olavs Hospital(spesialisert rehabilitering for multitraumer), dysfunksjon rygg/nakke, tetraplegi o.a.)*
 - *12-15 plasser i Helse Nord Trøndelag (spesialisert generell rehabilitering).*
- *Det etableres tverrfaglig smertepoliklinikk ved samtlige HF*
- *Det etableres tverrfaglig ryggpoliklinikk ved samtlige HF*
- *Det etableres generell /spesiell poliklinikk ved St.Olavs Hospital.*
- *Det etableres minst ett ambulant team ved alle HF*
- *Det etableres minst ett nytt tverrfaglig team ved alle HF*
- *Antall utdanningsstillinger økes (se pkt. 3.3*
- *Antall fagstillinger økes med 120-, hvorav 13 overlegestillinger. Fagstillingene fordeles med 60 for økt sengekapasitet og 60 for ambulante , polikliniske og fagutviklingstilbud*

HABILITERING

En av de viktigste utfordringene for habiliteringstjenestene i HMN er mangel på fagfolk og et klart misforhold mellom tjenestenes kapasitet og befolkningens behov for tjenester (vedlegg 2). Dette gjelder habiliteringstjenestene både for barn, unge og voksne, og har konsekvenser for tjenestenes tverrfaglighet og team arbeid, for bredden i tjenestetilbudene, brukermedvirkning, mulighetene for faglig fordypning, utvikling og forskning og for samarbeid og samhandling med 1.linjen.

Habilitering av barn og unge

I dag gis tjeneste til ca. 1500 barn, Behovet er 3000- 3500 (vedlegg 2). Tjenestene har i dag 60 –70 fagstillinger.

I forhold til behov mangler tjenestene ca. 60 fagstillinger. Tjenestene er ulikt utbygd i HMN, de har ikke tilstrekkelig tverrfaglighet, mobile innsatsmidler eller tilbud til barn med behov for intensiv rehabilitering.

Tiltak

- *I perioden 2005 – 2008 tilføres tjenestene ca. 60 fagstillinger*
- *I fordeling av stillingene legges til grunn likhet i kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet av basale tjenester i alle HF.*
- *Alle HF skal ha tilbud om intensiv habilitering*
- *Alle HF skal ha mobile innsatsmidler*
- *Tilsetting av leger og psykologspesialister i alle HF skal prioriteres (se også pkt.3.3)*

Habilitering av voksne

I dag gis tjenester til ca. 1000 personer i HMN. Selv om det ikke foreligger nøyaktige tall over faktiske behov, er det likevel god grunn til å anta at behovet er minst svarende til 1 % av den voksne befolkningen, dvs. mellom 4-5000 (se vedlegg2)

Voksenhabiliteringen karakteriseres videre av mangel på lege- og psykologtjenester og utilstrekkelig tverrfaglighet

Tjenestene har i dag 1 fagstilling pr. 8800 voksen. Ut ifra anslag 1 fagstilling pr. 3800 voksen, mangler voksenhabiliteringen i dag 72 fagstillinger (vedlegg 2),o innenfor denne rammen må som et minimum tilføres 9 legestillinger og 12 psykologspesialister.

Tiltak

- *I perioden 2005 – 2008 tilføres tjenestene ca. 60 fagstillinger*
- *I fordeling av stillingene legges til grunn likhet i kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet av basale tjenester i alle HF.*
- *Tilsetting av leger og psykologspesialister i alle HF skal prioriteres (se også pkt.3.3)*
- *Alle HF skal ha mobile innsatsmidler*

3.3 Tjenestene har behov for faglige løft

Rekruttering, forskning og fagutvikling

Det er i dag mangelfull rekruttering av leger og psykologer til habiliteringstjenesten (Gjelder både voksne og barn)

Innenfor rehabiliteringstjenestene er det på samme måte betydelig underskudd på legearbeidskraft. Og ved regionens private opptreningsinstitusjoner mangler den faglige tilknytningen til den spesialiserte rehab-/habiliteringstjenesten

Blant fagpersonell med 3-4 årige helsefaglige og pedagogiske utdanninger er det få som har hovedfagskompetanse. Dette har åpenbart konsekvenser for fagutvikling og forskning innenfor området og bør være en prioritert oppgave å korrigere.

Samarbeidsorganet HMN/NTNU har vedtatt at habilitering/rehabilitering skal være satsningsområder i den felles forskningsstrategiplanen. I 2003 -04 er det er bevilget 6 doktorgradstipend, og i tillegg er det for 2004 bevilget 3 mill kroner til styrkning av forskningsaktiviteten innen området.

Handlingsplan for det nye samarbeidsorganet mellom høyskolene og HMN vil også være av betydning i denne sammenheng. Som det fremgår av det som er sagt ovenfor er det utvilsomt behov for å styrke forskning og fagutvikling også blant det høyskoleutdannede personalet innenfor rehab./habilitering

Tiltak

- *Det opprettes 5 nye ass legestillinger (2 ved St.Olav, en ved hvert av de øvrige HF) i fysikalsk medisin og rehabilitering*
- *I en overgangsperiode gis rekrutteringstillegg i tjenestene*
- *Det må sikres relevant spesialistkompetanse i private opptreningsinstitusjoner som har avtale med Helse Midt-Norge RHF.*
- *I voksen habilitering opprettes og tilsettes 9 leger og 12 psykologer i regionen og fordelt mellom HFene i h.h. vedlegg 2 pkt.5.11*

Innenfor habilitering av barn og unge etableres rotasjonsordninger slik at også habilitering av barn og unge blir en del av spesialistutdannelsen i barnesykdommer. med

Det skal være minimum en – 1 stilling for overlege og to stillinger for psykolog ved habilitering av barn og unge i hvert HF

forts neste side

- *Helse Midt-Norge tar kontakt med DMF / NTNU med sikte på å etablere akademiske toppstillinger innenfor virksomhetene i planperioden:*
 - *Professor I stilling i habilitering av barn og unge*
 - *Førsteamanuensis-stillinger i habilitering av barn og unge ved samtlige HF*
 - *Professor I stilling i habilitering av voksne*
 - *Førsteamanuensis-stillinger i habilitering av voksne ved samtlige HF*
 - *Professor I-stilling i rehabilitering*
 - *Forskerstillinger (hel-/halvstillinger) ved samtlige HF innenfor fagfeltene (ref. 1 s.27 -30, ref 3)*
- *Det opprettes forskerstilling for høyskoleutdannet med mastergrad i hvert HF (skrive*
- *Det utarbeides forsknings-, kompetanse og fagutviklingsprogram innenfor virksomhetene, både på RHF- nivå og innenfor det enkelte HF. Programmene samordnes med NTNUs og høgskolenes satsning.*
- *Lærings- og mestringssentra videreutvikles som verktøy i habilitering og rehabilitering*

3.4 Kvalitetsutvikling

Det skal være systemer ved hvert helseforetak som skal bidra til kontinuerlig overvåkning og forbedring av kvalitet. Helse Midt-Norge har utarbeidet en strategiplan for kvalitetsutvikling som er gyldig for alle fagfelt (10).

Det er en særlig utfordring å etablere **kvalitetsindikatorer** og **medisinske kvalitetsregistre** i fagfeltene habilitering og rehabilitering. Dette er systemer som monitorerer egenskaper ved tjenestene. Disse data om egenskapene skal kunne brukes for sammenligning mellom tjenester som grunnlag for styring av ressurser og læring (grunnlag for forbedring). Noen indikatorer skal inngå i grunnlag for ”fritt sykehusvalg”.

Eksempler på slike i dag er

- individuell plan
- system for brukermedvirkning
- ambulante team

Sentralt i dette arbeidet vil være ICF (International Classification of Functioning) utarbeidet av WHO og oversatt til norsk av KITH i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet 2003 (11).

ICF er et verktøy for vitenskapelige undersøkelser av helse og helserelevante tilstander og et felles språk for beskrivelse av disse. ICF er særlig innrettet mot å kunne måle resultater,

livskvalitet og miljøfaktorer og da spesielt i forhold til funksjon, sysselsetting og rehabilitering

Utprøving og bruk av ICF vil være viktige tiltak av betydning for kvalitetsutvikling, fagutvikling og forskning innenfor rehabilitering og habilitering.

Sentralt i kvalitetsutviklingsarbeidet vil også være etablering av fagråd. HMN vil etablere regionale tverrfaglige fagråd både innenfor rehabilitering og habilitering i tråd med fagmiljøenes forslag (se vedlegg 1 s 23-24)

Tiltak

- *HMN vil utfordre det regionale fagråd* til å utvikle kvalitetsindikatorer spesifikt for habilitering og rehabilitering.*
- *Det regionale fagråd* bør vurdere utvikling av kvalitetsregistre i fagfeltene.*
- *Det iverksettes prosjekter med utprøving og bruk av ICF som ledd i kvalitetsutvikling, fagutvikling og forskning*

** se kapittel 3.14 om etablering av regionalt fagråd*

3.5 Informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT)

EPJ

Piener rapportens inndeling av innhold i pasientjournalen er orientert mot særfaglig dokumentasjon (12). Dette skaper i prinsippet barrierer for dokumentasjon som gjenspeiler tverrfaglig ressursinnsats. EPJ er tilpasset Piener rapporten. EPJ er dermed ikke spesielt designet for habilitering og rehabilitering. Samtidig er det utviklet samarbeidskapittel som kan benyttes til dokumentasjon av samhandlende aktivitet. Den økte tilgjengelighet til alle journalens deler understøtter også tverrfaglig kommunikasjon innefor de tilgangsrettigheter aktørene i habilitering og rehabilitering er gitt.

Det er vesentlig at fagfeltet deltar i den videre utviklingen av EPJ slik at journalen fullt ut tilpasses tverrfaglig innsats.

Tiltak

- *Habilitering og rehabilitering skal delta aktivt i den videre utvikling av EPJ for å sikre tilpasning til dokumentasjon av tverrfaglig ressursinnsats*

Integrasjon mellom IT-systemene

Integrasjon mellom EPJ, PAS og HABILDATA er mangelfull. Dette gjør at de elektroniske hjelpemidlene for dokumentasjon oppleves fragmenterte og ressurskrevende. På den ene siden er det viktig å være del av HF-enes fellessystemer, men behovene for dokumentasjon og registrering i habilitering og rehabilitering er fagfeltspesifikke slik at ingen av produktene kan erstatte hverandre.

Tiltak

- *Helse Midt-Norge skal intensivere arbeidet med integrasjon av EPJ, PAS og HABILDATA, og fagfeltet skal sikres deltakelse i videreutvikling av neste generasjons PAS.*

Individuell plan (IP)

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

Samhandlingsprosessene er i prinsippet de samme for alle fagfelt, men habilitering og rehabilitering er sammen med psykisk helsevern de største brukerne av IP. En utvalgt enhet fra habiliteringstjenester skal være med i pilottesting i 2004

Tiltak

- *Habilitering og rehabilitering skal delta aktivt i det videre utviklingsarbeidet med IP-prosessen og IP-produktene*

Kommunikasjonssystem

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.

Det er det enkelte HF som må finansiere løsninger for kommunikasjon, men løsningene skal harmoniseres i regionen

Tiltak

- *Det enkelte HF skal aktivt ta i bruk teknisk kommunikasjonssystemer slik at ressursene utnyttes optimalt. Systemutviklingen skal koordineres i regionen gjennom forankring i regional IT-strategi*

3.6 Brukermedvirkning

I dette dokumentet benyttes bruker i betegnelsen pasient og pårørende.

Generelt

Helse Midt-Norge vektlegger betydningen av brukers kompetanse. Pasientens mål og valg skal være retningsgivende for planlegging av tiltak på kort og lang sikt. Planarbeidet skal gjennomføres innenfor de regler som gjelder for samtykkekompetanse.

Utvikling av tjenestene på systemnivå skal gjøres i forståelse med brukerorganisasjonene på en systematisk måte. Et viktig organ for å ivareta brukermedvirkning er foretakenes brukerutvalg, både på RHF-nivå og HF- nivå.

Beskrivelse av dagens situasjon finnes i delplanene for habilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering (vedlegg 1-2).

Brukermedvirkning på individnivå

Brukermedvirkning på individnivå er enkeltindividets medvirkning og medbestemmelse i eget behandlingsopplegg.

Alle som har behov for langvarig og koordinert bistand, er i pasientrettighetsloven § 2-5 gitt en rett til å få utarbeidet en individuell plan, og til medvirkning i planarbeidet. Den individuelle planen skal bidra til at brukerne får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Retten til relevant bistand er ikke knyttet opp mot at brukeren har individuell plan.

Tiltak

- *Helse Midt-Norge skal sikre informasjon om rett til koordinert tjenestetilbud og individuell plan.*
- *Helse Midt-Norge skal videreutvikle IP som arbeidsverktøy.*

Brukermedvirkning på systemnivå

Det framgår av delplanene for habilitering og rehabilitering at brukermedvirkning på systemnivå praktiseres ulikt og i varierende grad.

Brukermedvirkning på systemnivå utøves gjennom representanter som er oppnevnt av brukerorganisasjoner med kompetanse på det enkelte område eller tjeneste. Brukernes erfaringskompetanse er et supplement og korrektiv ved planlegging og drift av tjenestene. Medvirkning på systemnivå kan også skje gjennom ulike former for erfaringsstilbakeføring

(spørreundersøkelser, fokusgrupper etc.), og da fra brukere/ brukerorganisasjoner som hører inn under den enkelte virksomhet.

For brukerorganisasjonene er brukermedvirkning en av flere metoder for å oppnå resultater, og organisasjonene må derfor ta stilling til hvor de har kapasitet og utbytte av å delta. Organisert brukermedvirkning etterspørres i stor grad og offentlige tilskudd til organisasjonene påvirker rammene for arbeidet.

Brukerutvalg ved helseforetak og regionalt helseforetak er lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Brukerutvalgene må sikres en bred sammensetning i forhold til brukerorganisasjoner, og oppnevning av representanter til ulike råd og utvalg må knyttes opp mot brukerutvalgene.

Brukerutvalgene må ha god oversikt og kontakt med brukerorganisasjoner som representerer ulike kompetanse. For å sikre en bred brukermedvirkning på systemnivå, må arbeidet organiseres slik at ulike grupper har anledning til å delta. Dette gjelder for eksempel valg av tidspunkt for møter og konferanser.

Brukermedvirkning i form av likemannsarbeid er et viktig element i en helhetlig re-/habiliteringsprosess. Pasient- og pårørendeopplæring er en av fire hovedområder i spesialisthelsetjenesten, og en viktig faktor med hensyn til å øke livskvalitet og for å mestre hverdagen på en bedre måte. En styrking av lærings- og mestringstiltakene vil kunne minske behovet for andre helsetjenester, som for eksempel polikliniske behandlinger og innleggelser.

Tiltak

- *Helse Midt-Norge skal videreutvikle systematisk brukermedvirkning gjennom brukerutvalg i HF, RHF og samarbeid med brukerorganisasjoner, dette siste særlig med tanke på utnyttelse av kunnskap og kompetanse*
- *Helse Midt-Norge skal sikre systematisk erfaringstilbakeføring innen den enkelte tjeneste.*
- *Helse Midt-Norge skal bidra til å sikre organisasjonenes mulighet for medvirkning gjennom økonomiske tilskudd.*

3.7 Pasient- og pårørendeopplæring – lærings- og mestringssentra

Gjennom de siste 5-10 årene har pasient- og brukeropplæring fått økende betydning innenfor rehabilitering og habilitering

I HMN har etablering av lærings- og mestringssentra ved samtlige foretak bidratt til å styrke og systematisere samarbeid og samhandling mellom helsetjenesten og pasienter, brukere og brukerorganisasjoner. Dette arbeidet må fortsette

Tiltak

- *Lærings- og mestringssentra ved samtlige HF skal ha og videreutvikle programmer for habilitering og rehabilitering.*

3.8 Samarbeid med kommunehelsetjenesten

Det er forbedringspotensiale i samarbeidet og samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten så vel innenfor habilitering som rehabilitering. Sentralt i dette arbeidet er individuell plan

Det foreslås løsninger tilsvarende psykiatrien (se *Handlingsprogram Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2003*)(13) med formalisert samarbeid mellom kommuner og foretak så vel på administrativt nivå (rådmann/direktør) som på faglig nivå.

Når det gjelder samarbeid på faglig nivå, foreslås modellen som er utviklet i Nord Trøndelag lagt til grunn. Noen hovedtrekk i denne modellen er:

- Egen samarbeidsavtale mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen om de aktuelle tjenestene
- Kommunen har definert egen koordinator for tjenestene
- Kommunen har utarbeidet egen plan for tjenestene
- Det er etablert et forum bestående av de kommunale koordinatorene, habilitering og rehabiliteringstjenesten i sykehusene, opptreningsinstitusjonene, fylkeslegen, Hjelpemiddelsentralen og brukerorganisasjonene
- Forumet møtes to ganger årlig. Agenda for møtene er faglige tema og rutiner for samhandling. Sekretariatet for forumet er lagt til Rehabiliteringsklinikken, Sykehuset Levanger.
- Det er etablert en koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten med representanter fra habiliteringstjenesten for barn, habiliteringstjenesten for voksne. Hjelpemiddelsentralen, Trøndelag Kompetansesenter og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Det arrangeres årlig en fagkonferanse om re/habilitering i fylket
- Det er gjennomført flere felles faglige kurs og møter, samt et større utviklingsprosjekt om bruk av ansvarsgrupper og individuelle planer.

Tiltak

- *På administrativt nivå samarbeider foretakene med kommunene innenfor sitt område analogt som for psykisk helsevern*
- *På faglig nivå samarbeider foretakene med kommunene i sitt område med utgangspunkt i "Nord Trøndelag" modellen.*

3.9 Samarbeid med andre spesialisthelsetjenester

Personer med kronisk sykdom eller med funksjonshemninger er avhengige av flere deltjenester innenfor spesialisthelsetjenesten. Ikke minst gjelder dette innenfor geriatrien. Hver enkelt tjeneste kan yte gode tilbud, men utfordringen er å knytte tjenestene sammen, at brukeren opplever at tjenestene er koordinerte og sammenhengende.

Brukeren må oppleve tjenestene som et sammenhengende nettverk med stor grad av fleksibilitet i forhold til den enkelte brukers behov og skiftende behov og hvor aktørene kjenner hverandres rolle, ansvar og ressurser.

Stikkord for utvikling av et slikt nettverk er:

- avklaring av ansvar for oppfølging av pasienter som krever felles innsats fra flere tjenester
- avklaring av oppgavefordeling
- systematisk bruk av individuell plan
- ryddig henvisningspraksis
- brukerengasjement
- samarbeid på tvers av forvaltningsnivå og faggrenser

Og typiske konkrete oppgaver er

- etablering av tverrfaglig ryggpoliklinikk i alle HF
- etablering av smertepoliklinikk i alle HF (jfr. St.Olavs Hospital)

Tiltak

Innenfor det enkelte HF skal tjenestene fra ulike spesialister organiseres slik at de for brukeren oppleves som en sammenhengende behandlingsskjede

Alle HF skal i løpet av planperioden ha etablert tverrfaglig rygg- og smertepoliklinikk (s epkt.3.2)

Personer med funksjonshemming, inkl. psykisk utviklingshemming, med psykiatrisk tilleggsproblematikk, skal ha samme rett til nødvendig helsehjelp fra psykiatrien som befolkningen for øvrig.

Habiliteringstjenesten skal ha hovedansvar for å ta imot henvisninger og koordinere tjenestetilbudet fra spesialisthelsetjenesten for personer med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser

3.10 Private opptreningsinstitusjoner

Private opptreningsinstitusjoner omfatter institusjoner innenfor egen helseregion, utenfor egen helseregion, og institusjoner utenfor landets grenser.

Innenfor Helse Midt-Norge omfatter slike tjenester private opptreningsinstitusjoner som HMN har inngått driftsavtale med i h.h.t. sentrale føringer, avtaler som enkeltforetak har om bruk av private institusjoner, og driftsavtaler med spesialister/institusjoner (m.a.Fysikalsk Medisin 3T AS i Sør Trøndelag)

Når det gjelder private opptreningsinstitusjoner har Helse Midt-Norge avtale om levering av rehabiliteringstjenester fra 6 private institusjoner (Kastvollen, Bjørnang, Meråker, Selli, Røros og Muritunet). Til sammen har disse institusjonene ca.340 senger og de mottar årlig 3500 - 4000 pasienter hvorav ca. 60 % er henvist fra sykehus .

I tillegg har HMN inngått intensjonsavtale om kjøp av plasser ved Høylandet rehabiliteringssenter (planlagt ferdig 2005-2006) og det samme for kreftpasienter ved Hysnes Helsefort (sammen med Rissa kommune og Den norske kreftforening)

St.Olavs Hospital har avtale om levering av rehabiliteringstjenester ved Lukas-stiftelsens institusjon Jonsborg i Malvik i Sør Trøndelag, og på Nordmøre er tidligere Aure Opptreningscenter integrert i Helse Nordmøre og Romsdal .

Opptreningsinstitusjonene representerer en betydelig ressurs så vel for 1.linjen som 2.linjen. Dette gjelder først og fremst i forhold til rehabilitering, men også i forhold til andre oppgaver (avlastning o.a.)

De private opptreningsinstitusjonene vil også kunne bli sentrale i forhold til trykdeetatens behov for rehabiliteringstjenester og tilbakeføring til arbeidslivet (se nedenfor).

Fram mot 2007 og RHF's fulle overtaking av bestiller og betalingsansvar i forhold til de private opptreningsinstitusjonene vil det kreve klare strategier for deres virksomhet i forhold til HMN's "sørge for ansvar" . .

Stikkord for dette arbeidet vil være:

- å styrke samhandlingen med de spesialiserte tjenestene på sykehusene gjennom:
- personalsamarbeid og faglig samordning
- å sikre kvaliteten på tjenestene som gis
- å utnytte mulighetene som ligger i opptreningsinstitusjonene
- å vurdere oppgave- og funksjonsfordeling mellom opptreningsinstitusjonene og mellom sykehus og opptreningsinstitusjoner
- å avklare opptreningsinstitusjonenes rolle i forhold til barn, til habiliteringstjenester, rus o.a.

Når det gjelder opptreningsinstitusjoner **utenfor** HMN vil dette særlig være aktuelt for enkeltbrukere, spesielle grupper med behov for spesielle tilbud, programmer og tjenester (sanseforstyrrelser, helsesportsentra o.a.)

En sentral utfordring knyttet til disse tjenestene er hvorvidt HMN's "sørge for ansvar" skal ivaretas gjennom ekstern kjøp eller intern produksjon.

Prinsipielt ønsker HMN så langt mulig å være "selvforsynt", dog må dette prioriteres mot aktuelle tjenestes kostnad, behov og bruk. Slike avveininger må gjøres for det enkelte tilbud, den enkelte pasientgruppe.

HMN må også vurdere tilbud utenfor landets grenser. Kan det her tilbys tjenester av samme/eller bedre/ kvalitet og til lavere kostnad enn hva som kan leveres lokalt? Og er dette tilbud i tråd med brukernes behov og ønske?

Tiltak

- *Helse Midt-Norge vil løpende vurdere sitt "sørge for ansvar" i forhold til egenproduksjon eller kjøp av tjenester*
- *Opptreningsinstitusjoner med avtale med HMN skal ha tilknyttet relevant spesialistkompetanse (se pkt. 3.3)*

3.11 Samarbeid med trygdeetat, Aetat, bedriftshelsetjenester mfl

HMN har fra våren 2002 hatt et formalisert samarbeid med trygdeetaten. Dette samarbeidet har over tid også beveget seg inn mot rehabiliteringsområdet, ikke minst i forhold til langtidssykemeldte.

HMN har her bidradd med utredningsarbeid, bl.a. ved Smerteklinikken St.Olavs Hospital, og innenfor rehabilitering har astmaskolen og likemannsarbeidet i samarbeid mellom Norges Astma og allergiforbund, Selli rehabiliteringssenter og St.Olavs Hospital vært en suksess.

Innenfor området kronikeromsorg og læring/mestring er det åpenbart behov for samarbeid og samhandling mellom HMN, trygdeetat, kommunehelsetjenesten, A-etat, bedriftshelsetjenesten o.a.

I forhold til økningen i antall uføretrygdede og sykepengeutbetaling har også spesialisthelsetjenesten et ansvar for å bidra i den løsningsorienterte dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver og funksjonsvurdering. Arbeidsgruppen vurderer disse oppgavene som vesentlig og viktig rehabilitering av stor betydning så vel for individ som samfunn.

Tiltak

- *Helse Midt-Norge vil at samarbeidet som er på gang mellom trygdeetat og Helse Midt-Norge videreutvikles (bla inkludere A-etat mv) og som ledd i dette trekker inn det enkelte HF og den enkelte institusjon, og de private opptreningsinstitusjonene.*

forts neste side

- *I dette arbeidet vil det også være naturlig å inkludere andre tiltak (Friskgården o.a.). Arbeidet fokuseres dels mot individ og dels mot utvikling av system, og i begge tilfelle*
- *med individuell plan som sentralt element og brukeren som sentral aktør.*
- *Helse Midt-Norge vil løpende vurdere sitt "sørge for ansvar" i forhold til egenproduksjon eller kjøp av tjenester*

3.12 Samarbeid med universitet og høyskoler

HMN har i h.h.t. instruks og styringsdokument etablert egne samarbeidsorgan både med universitetet/NTNU og høyskolene.

Sammen med NTNU har HMN utarbeidet en felles forskningsstrategiplan. Viktige felles satsningsområder for HMN og NTNU er rehabilitering og habilitering

Det er opprettet forskningsstipend innen rehabilitering og habilitering, det er bevilget midler for akademiske toppstillinger innen barne- og voksenhabilitering og det er lagt til rette for foretaksovergrepene prosjekter knyttet til evaluering av behandlingstiltak, klassifisering og kodeverk (m.a. ICF - se pkt. 3.4)

Samarbeidet med universitetet følger nøye tiltakene skissert under pkt. 3.3. og er i tråd med universitetets egne prioriteringer.

Når det gjelder samarbeid med høyskolene innenfor områdene, vil dette være en oppgave samarbeidsorganet HMN/høyskolene vil vurdere.

Tiltak

- *HMN vil videreføre samarbeidet med NTNU i tråd med felles strategiplan og slik det er skissert ovenfor og konkretisert i pkt.3.3*
- *HMN vil sammen med høyskolene (jfr. eget samarbeidsorgan) utarbeide plan for samarbeid og samhandling innenfor området*

3.13 Forbedringspotensiale i tjenestenes organisering

Habilitering av barn og unge er tradisjonelt faglig og organisatorisk forankret i pediatrien. Voksen-habilitering har ikke tilsvarende entydig tilknytning til noen legespesialitet, selv om storparten av pasientene har funksjonssvikt knyttet til psykiatri/ nevrologifagene. Denne forskjellen mellom barn- voksenhabilitering gjenspeiles i hvordan tjenestene er organisert, noen steder knyttet opp mot psykiatri, noen steder mot nevrologi, noen steder mot fysikalsk medisin og rehabilitering, og noen steder uten tilknytning til noen legespesialitet.

En viktig grunn for dette er selvsagt at habilitering ikke er definert som egen legespesialitet.

For samarbeid og samhandling mellom barn- og voksenhabilitering kan dette oppleves problematisk, ikke minst sett fra brukernes side i et livsløpsperspektiv. At det også har konsekvenser for rekruttering, og finansiering må heller ikke oversees. Særlig pekes her på vanskene med å rekruttere leger til voksenhabiliteringstjenestene.

I Helse Sunnmøre har man nylig samlet barn- og voksenhabiliteringen organisatorisk i en enhet som egen seksjon ved Barneavdelingen.

Tiltak

- *Helse Midt-Norge vil avvente evaluering av omorganiseringen i Helse Sunnmøre før anbefaling om samorganisering av habiliteringstjenestene for barn og voksne som generell modell i Helse Midt-Norge*

Mellom habilitering og rehabilitering registreres også betydelig ”slektskap”. Dette gjelder ikke minst på brukersiden og tiltakssiden. Likeheten er også stor når det gjelder metoder og arbeidsform. Det gjelder sentrale begrep som funksjonsevne, mestring og livskvalitet, og kanskje aller viktigst, brukeren sin helt sentrale rolle.

Tiltak

- *Helse Midt-Norge anbefaler at det enkelte HF vurderer og utprøver ulike modeller for hvordan tjenester med klart og nært slektskap kan utvikle samarbeid og samhandling*

Gjennomgående er rehabiliterings- og habiliteringstjenestene små enheter. Tettere samarbeid gjennom forpliktende faglige nettverk vil i noen grad kunne balansere dette.

Tiltak

- *Arbeidsgruppen anbefaler at nettverksbygging over foretaksgrensene gis prioritet innenfor så vel rehabilitering og habilitering*

3.14 Etablering av regionalt tverrfaglig råd

Sentralt for samordning av tjenestetilbudene er etablering av fagråd. Det opprettes fagråd i rehabilitering og i habilitering. Fagrådene må være tverrfaglig sammensatt med representanter fra foretakene samt representant fra brukerne og de kommunale tjenestene. Fagrådene skal være rådgivende organ for de regionale og de lokale foretakene.

Fagrådene tillegges følgende arbeidsoppgaver:

- vurdere behov for, tilbud om, samt kvalitet på tjenestene i regionen
- vurdere samarbeid om pasientgrupper, arbeidsdeling mellom institusjonene, nisjefunksjoner
- vurdere felles opplæring og kompetansebehov
- arrangere regionale konferanser og kurs innenfor områdene

Tiltak

- *HMN oppretter regionalt tverrfaglig råd i rehabilitering og i habilitering med mandat som beskrevet (se vedlegg 1).*

3.15 Tjenestene må samordnes gjennom oppgave- og funksjonsdeling

Oppgave og funksjonsfordeling

HMN vil at strukturen på tjenestene blir gjennomgått med sikte på å sikre balansen mellom

- vertikal og horisontal rehabilitering innenfor det enkelte HF
- profilering av tjenestene i det enkelte HF i forhold til foretakene samlet

HMN vil videre avklare hva som skal være

- basistilbud
- regionale tilbud
- flerregionale/ landsdekkende tilbud

Når det gjelder vertikal versus horisontal rehabilitering gir HMN sin tilslutning til de faglige vurderingene slik de fremkommer i vedlegg 1 (vedlegg 1 s.1-2). Det skal finnes en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i hvert HF, og det samlede omfang spesialisert rehabilitering skal ha en kapasitet sv.t. ca. 30 senger/100.000 innb.

Når det gjelder tjenestenes profil må dette være et oppdrag for HF å identifisere, etablere og bygge opp.

Basistilbud i helseforetakene

Alle HF i HMN skal kunne tilby brukerne faglig gode og koordinerte basistjenester i tråd med forskriftenes krav. I h.h.t. §13 i forskriften er dette tjenester innenfor områdene som krever spesialistkompetanse, eller slik grad av spesialisering at det ikke er hensiktsmessig å legge dem inn under det kommunale ansvaret. Dette kan gjelde tilbud som må knyttes nær opp til spesialisert medisinsk behandling eller der kravet til kompetanse overstiger det som kan forventes av kommunene. Basistilbudet omfatter følgende:

Basistilbud i rehabilitering

Alle HF skal ha enhet for fysikalsk medisin og rehabilitering med fleksible tilbud med heldøgnsopphold, dagtilbud, tverrfaglig poliklinikk og ambulante tjenester. Lærings- og mestringssenter inngår i basistilbudet.

Tilbudene inkluderer:

- medfødte funksjonshemninger
- hjerneslag
- kompleks ortopedisk rehabilitering (bl.a. amputasjoner)
- multitraume
- hjerte-/lungesykdommer
- nevrologiske lidelser med behov for rehabilitering
- smerter i bevegelsessystemet
- rygg- og nakkelidelser
- hjerneskader
- sammensatte lidelser

Basistilbud i habilitering for barn og unge og voksne

Alle HF skal tilby habiliteringstjenester for fleksible tilbud med mulighet for innleggelse, poliklinikk og ambulante tjenester. Lærings- og mestringssenter inngår i basistilbud i habilitering. For habilitering av barn skal det være mulighet for innleggelse av barnet og familien.

Tilbudene inkluderer:

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

Tiltak

- *HMN skal videreutvikle basistilbud i alle HF i tråd med forskrifter og med innhold som beskrevet i kulepunktene over*

Regionale tjenester

Utvalgte HF skal tilby rehabiliteringstjenester til hele regionen som kan yte mer enn det som kan forventes i basistilbudet

Regionale rehabiliteringstjenester

- tilbud til brukere med spesielle behov (ryggmargskader, alvorlige hjerneskader)

Regionale kompetanseknutepunkt og kompetansenettverk for habiliteringstjenesten er aktuelt for følgende områder:

- tidlig intervensjon
- autisme og sansehandikap
- ryggmargsbrokk
- nevro-ortopedi
- intensiv habilitering/trening (skrivefeil)

- utredning, diagnostikk og behandling knyttet til nevropsykiatriske tilstander
- psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser og medikasjon
- seksualitet og samliv
- funksjonell motorikk
- utfordrende adferd
- alternativ kommunikasjon (Bliss)
- utviklingshemming og aldring
- habiliteringstilbud for personer med etnisk minoritetsbakgrunn

Tiltak

- *Regionalt tverrfaglig råd rehabilitering prioritere etablering av regionale rehabiliteringstjenester*
- *Regional tverrfaglig habiliteringsråd (se pkt. 3.14) prioriterer etablering av regionale kompetanseknutepunkt.*

Flerregionale/nasjonale tjenester

Noen HF skal tilby rehabiliteringstjenester til flere regioner eller nasjonalt. Dette gjelder tilbud til brukere med sjeldne diagnoser (osteogenesis imperfecta, Ehler Danlos syndrom, dysmeli, Marfans syndrom m.v. Videre gjelder dette høyspesialisert forskning og kompetanseoppbygging innenfor feltet.

Planen omhandler ikke en oversikt over tilbudene, men peker på de tilbud i Helse Midt-Norge som er eller bør bli flerregionale eller nasjonale tjenester

Flerregionale eller nasjonale rehabiliteringstjenester

- Nasjonalt kompetansesenter for spinale lidelser ved St.Olavs Hospital.

Flerregionale eller nasjonale habiliteringstjenester

- Fagenhet Brøset gir tilbud til pasienter som ”dømmes til omsorg”. Tilbudet er etablert og under videreutvikling. Tjenesten har særskilt finansieringsordning og inngår ikke i planens tiltaksprioritering. Enheten er samtidig en viktig faglig ressurs for regionen.

Tiltak

- *HMN vil arbeide for at det i helseregionen i planperioden kan etableres en – 1 nasjonal tjeneste innenfor rehabilitering, og en nasjonal tjeneste innenfor habilitering*

3.16 De bygningsmessige rammene er ikke tilfredsstillende

Tjenestene drives i dag i bygninger og arealer med svært varierende kvalitet, fra gamle uhensiktsmessige og nedslitte bygg til oppdaterte moderne lokaler. Tjenestene opererer også dels samlet, dels spredt over store områder i mange enheter. Og for noen av tiltakene som må gjennomføres innenfor de nærmeste årene mangler i dag lokaler (jfr. sengeavdeling, rehabilitering i Helse Nordmøre og Romsdal)

De bygningsmessige rammene rundt tjenestene må gjennomgå. Her skal bare kort pekes på noen forhold:

I Helse Sunnmøre er rehabiliteringstjenestene spredt over betydelige avstander, dels i enheter utenfor sykehuset. Lokalene er gjennomgående gamle og nedslitte og uhensiktsmessige i forhold til dagens aktivitet. I plansammenheng må vurderes betydelig restaurering/ ombygging/nybygging for 20-25 senger, treningslokaler, kontorarealer, basseng etc., og det må anskaffes moderne utstyr

I Helse Nordmøre og Romsdal mangler sengeavdeling for rehabilitering, og foretaket har pt. ingen ledige lokaler for slik avdeling med tilhørende nødvendige treningsarealer og kontorer. I perioden 2005-2008 må HMN prioritere etablering av sengeavdeling for rehabilitering ved Helse Nordmøre og Romsdal.

Ved St.Olavs Hospital opererer også rehabiliteringstjenesten i gamle, nedslitte og uhensiktsmessige lokaler. Og tjenestene er i betydelig grad spredt over store geografiske avstander. Her forventes rehabiliteringstjenestene å finne sin løsning gjennom Nye St.Olavs Hospital. I denne sammenheng vil det være nødvendig å sikre både den vertikale rehabiliteringen, knyttet til den enkelte spesialitet, men også den horisontale rehabiliteringen, knyttet til fysikalsk medisin og rehabilitering. Utifra tilgjengelige normtall mangler den horisontale rehabiliteringen i dag ca. 40 senger.

I Helse Nord Trøndelag opererer rehabilitering i nye moderne lokaler

Når det gjelder habiliteringstjenestene opererer disse alle generelt i gamle, trange og uegnede lokaler. Uten betydelige oppjusteringer/nybygg vil tjenestene ikke kunne tilpasses den kapasitetsøkningen som er nødvendig (se vedlegg 2 s.25). Dette gjelder økt kapasitet innenfor eksisterende tjenestetilbud generelt, og nødvendige nye tiltak spesielt (jfr. forskriftene § 15 pkt.1-3)

Tiltak

- *Helse Midt-Norge iverksetter et planarbeid med gjennomgang av foretakenes arealer og bygg hvor det i dag utføres rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Arbeidet startes opp ultimo 2004/ primo 2005*

3.17 Nasjonal opptrappingsplan

Det er behov for en nasjonal satsning på de samlede habilitering og rehabiliteringsvirksomhetene analogt som for psykiatri (9). Satsningen må omfatte hele feltet, de kommunale tjenestetilbudene, opptreningsinstitusjonene, helsesportssentra, helseforetakene, høyskoler og universitet.

Sentrale områder for satsing for både 1. og 2. linjetjenesten må være:

- kapasitet og tilbud av tjenester
- kvalitet på tjenestene
- rekruttering, utdanning, forskning og fagutvikling
- koordinering /samhandling/samarbeid 1.-2.linjetjenesten
- finansieringsordninger som er tilpasset brukernes behov
- nasjonale helsepolitiske mål

Tiltak

- *Helse Midt-Norge i samarbeid med øvrige RHF tar initiativ overfor sykehuseier for å få satt i gang en nasjonale satsning innenfor rehabilitering og habilitering analog med den satsing som er gjort for psykiatri og kreftomsorg*

4 ØKONOMI OG FINANSIERING

4.1 Dagens finansiering av tjenestene

Finansieringsmodeller ble grundig drøftet i Hagen-utvalgets innstilling (ref.7) og seinere videreført i sentrale råd og utvalg utnevnt av sentrale helsemyndigheter

Når det gjelder rehabilitering må finansieringsordningene hensynta at tjenestene og tiltakene er tverrfaglig, med gjentatte konsultasjoner og tid for tverrfaglige drøfting, med sengebasert, poliklinisk og ambulante arbeid og brukere med kroniske sykdommer og funksjonssvikt med behov for tett oppfølging og mange tjenesteleverandører

Finansieringsordningene må hensynta disse forholdene gjennom bl.a.

- Større andel sengebaserte opphold klassifiseres som ”kompleks rehabilitering” i HMN. Dette pga. regionens klare underdekning på institusjonsplasser
- Konkrete forslag til endring av bruk dagens takster 102,103, 105a, 201b og 101.
- Takstsystemet må endres slik at gis honorarer for vurdering av andre faggrupper enn leger, bl.a. psykologer.

Når det gjelder habiliteringstjenestene vurderes i dag rammebudsjett som den finansieringsform som gir best mulighet for tilrettelegging og utvikling av tilbudene ut ifra gjeldende forskrift

Rammefinansiering vil kunne gi mulighet for å videreutvikle tjenesten 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.

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

- finansiering som sikrer rammebetingelsene for tverrfaglig arbeid
- spesialistkompetanse i habilitering med hovedvekt på eksternt arbeid
- finansiering som sikrer god kvalitet på tjenestene ut fra Forskrift om habilitering og rehabilitering

Tiltak

- *Helse Midt-Norge vil følge opp utfordringene knyttet til finansiering av kompleks rehabilitering og bruk av takster (se ovenfor)*
- *Habiliteringstjenestene rammefinansieres i egne budsjetter*

4.2 Handlingsprogrammets kostnader og finansiering

De økonomiske utfordringene innenfor spesialisthelsetjenesten knyttet til rehabilitering og habilitering kan grovt inndeles i to tiltak:

- a. Å tilføre tjenestene fagpersonell
- b. Å utbedre tjenestenes rammebetingelser

Slik beskrevet i kap.3 og dokumentert i vedlegg 1-2 har rehabiliterings- og habiliteringstjenestene vært nedprioritert i forhold til andre helsetjenester i en årrekke (jfr. reduserte budsjetter for habiliteringstjenestene utover i 90-årene), og dette gjelder samtidig som tilstrømningen av brukere har økt

For virksomhetene fremover er derfor den uten videre viktigste utfordringen å sikre ressurstilførsel som muliggjør at tjenestene har nødvendig fagpersonell for å kunne bygge ut kapasitet og kvalitet på tilbudene slik redegjort for (se vedlegg 1-2). Dette gjelder alle tjenestene og innenfor alle tilbuds nivå (institusjonsplasser, polikliniske tjenester , ambulante tjenester). Det gjelder tjenestenes kvalitet (faglig bredde i de tverrfaglige team, bredde i tilbud (mange brukergrupper mangler/ har mangelfulle tilbud i dag (se ref.1-2)), mulighet for samarbeid og oppfølging i forhold til 1.linjen og i forhold til private opptreningsinstitusjoner). Og det gjelder mulighetene for faglig utvikling, kompetanseoppbygging og forskning.

Den andre hovedutfordringen, sett i et økonomisk perspektiv, gjelder tjenestenes rammebetingelser. Store deler av tjenestene utøves i dag fra gamle, trange og uhensiktsmessige arealer spredt over til dels store områder og med åpenbare konsekvenser for kostnadseffektiv drift og muligheter for å endre kapasitet og kvalitet. Tilsvarende gjelder utstyr, ikke minst implementering og bruk av IKT.

Viktige rammebetingelser i et forbedringsarbeid fremover er også utvikling og ubruktaking av egnede kodeverk for tjenestene (jfr. ICF og rehabilitering) som muliggjør nødvendig evaluering av tjenestene samt egnede finansieringsordninger (se kap.4,1).

Det er i dette dokumentet ikke foretatt noen detaljert analyse av bygningsmassen og heller Ingen vurdering av omfang rehabilitering / nybygg.. Fra fagmiljøene pekes på en rekke åpenbare mangler og uhensiktsmessigheter (kap.3.7 og vedlegg 1-2)

HMN vil følge dette opp i en egen utredning.

Når det gjelder øvrige forhold som er nevnt ovenfor, skisseres følgende rammer for opptrapping 2005 -2008:

Drift

(økning pr. 2008 i forhold til dagens kostnader i mill kr)

Tiltak	Kostnad i mill kr
Økning i antall institusjonsplasser	40
Ambulante tjenestetilbud/ samarbeid med 1.linjen/veiledning må styrkes.	35
Den polikliniske virksomheten må styrkes	25
Det må bygges opp tverrfaglige team med tilstrekkelig faglig bredde	15
Tjenestetilbudene må bygges ut til brukere som i dag ikke får tilbud (intensiv trening , læring og mestring)	20
Faglig opprustning	20
Forskning	15
Kjøp av tjenester	10
SUM	180

Investeringer

Når det gjelder investeringer (bygninger, utstyr o.a.) må dette avklares i en egen utredning. HMN vil iversette slikt utredningsarbeid h.2004/v.2005.

Inntekter knyttet til opptrappingen

Opptrapping slik beskrevet i Handlingsprogrammet har også en inntektsside, innenfor rehabilitering etter dagens takstsystem , antydningvis 10-15 mill på årsbasis ved full utbygging.

Innenfor habilitering, og med dagens takstsystem er inntektsanslagene langt lavere, neppe vesentlig utover 1-2 mill kroner.

5 Prioritering, fremdrift og tempoplan

Strategiplanen har tidshorisont 2005 – 2008

Hovedoppgavene i denne perioden vil være å sikre rammebetingelser og oppbygging av tjenestetilbudene i alle foretakene Dette inkluderer oppbygging av system og strukturer, utvikle samhandling med 1.linjetjenesten, styrke brukervedvirkningen, legge til rette for faglig utvikling og kompetanseutvikling, og tilgang på nødvendig verktøy

HMN legger til grunn øremerkede tilskudd for opptrapping drift etter følgende plan:

2005	-	30	mill kroner
2006	-	70	”
2007	-	120	”
2008	-	180	”

HMN vil utarbeide egen plan for investering (bygg, utstyr o.a.) innen utgangen av 2005

Tiltak HMN vil iverksette tidlig i perioden er:

- arbeide for en nasjonal satsning på virksomhetene
- bringe tjenestene i samsvar med lov og forskrifter
- iverksette planarbeid bygg og arealer
- opprette nye fagstillinger (jfr. vedlegg 1-2) og derigjennom øke tjenestenes kapasitet og kvalitet.
- videreføre den faglige og den akademiske oppbyggingen av virksomhetene
- styrke brukervedvirkning, arbeid med individuell plan og samarbeid med 1.linjen (jfr. Nord Trøndelag modellen).
- styrke det faglige samarbeidet med de private opptreningsinstitusjonene

6 Referanser

1. St.meld. nr. 41 (1988-889)
2. St.meld. nr. 35 (1994-95)
3. St.meld. nr. 21(1998-99)
4. St.meld. nr.40 (2002-03)
5. Strategiplan Habilitering av barn (H.dep. mars 2004)
6. NOU (2003:1) Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.
- 7, Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004 -2010, Helse Nord 2004.
8. Prosjekt 2003, delprosjekt 20 – habilitering og rehabilitering, Rett pasient på rett sted til rett tid, Helse Øst 2003.
- 9, St.meld. nr.25 (1996-97)
10. Kvalitetsstrategi i Helse Midt-Norge 2004.
- 11 ICF, internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse, WHO, KITH, SDDir. 2003.
- 12 Statens Helsetilsyns utredningsserie 1994:3 IK -2451
- 13 Handlingsprogram Psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2003.
14. Generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering, 2004.

7 Vedlegg

- 1. Fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Midt-Norge, rapport 2004**
- 2. Habilitering i Helse-Midt-Norge, rapport 2004**