

Områdeplan habilitering av barn og voksne
og rehabilitering av barn
i Vestre Viken helseområde

2012 - 2022

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Bakgrunn og overordnede føringer	5
2.1 Mandat for "Områdeplan habilitering av barn/voksne og rehabilitering av barn i Vestre Viken helseområde"	5
2.2 Områdeplanens plass i "Strategi Vestre Viken HF 2025"	6
2.3 Samhandlingsreformen	6
3. Habilitering	6
3.1 Brukermedvirkning	7
4. Planprosess	8
4.1 Medvirkning og forankring	8
4.2 Prosjektgruppe og arbeidsform	8
5. Målgruppe og tjenestetilbud	9
5.1 Befolkningen i Vestre Viken helseområde	9
5.2 Demografisk og epidemiologisk utvikling og utfordringer	9
5.3 Statusbeskrivelse habiliteringstilbudet i Vestre Viken helseområde	10
5.3.1 Regionale habiliteringstilbud	10
5.3.2 Vestre Viken HF	10
5.3.3 Kommunene	11
6. Utviklingsområder	11
6.1 Oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten	11
6.2 Samhandlingsarenaer	14
6.2.1 Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten	14
6.2.2 Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten	15
6.2.3 Samhandling Spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner	16
6.2.4 Koordinerende enhet	16
6.3 Kompetanse	17
6.3.1 Kompetanseutvikling, kompetansebygging, kompetanseutveksling	17
6.3.2 Forskning	18
6.4 Teknologisk utvikling	19
6.5 Utvikling av habiliteringstilbudet	20
7. Rehabilitering av barn	21
8. Konklusjon	22
Referanseliste	23
Vedlegg	24

1. Sammendrag

Områdeplan habilitering av barn og voksne og rehabilitering av barn for Vestre Viken helseområde har blitt til gjennom et samarbeid mellom helseforetaket, kommuner og brukere. Bakgrunnen for utarbeidelse av områdeplan habilitering er en bestilling fra Helse Sør-Øst og et ønske om et sømløst og godt koordinert habiliteringstilbud på alle nivåer. Prosjektet ble derfor gitt et mandat hvor det skulle utarbeides områdeplan i et tiårs-perspektiv, med fokus på samhandling og oppgavefordeling, kompetanse og utvikling av habiliteringstilbudet. Rehabilitering er en av samhandlingsreformens hovedsatsningsområder hvor det også legges vekt på god sammenheng og kontinuitet i tilbudet til pasienter. Det legges også vekt på at det som kan gjøres i kommunene skal gjøres der, og at brukermedvirkning på alle nivåer er nødvendig for å utarbeide gode habiliteringstilbud.

Områdeplanen legger til grunn *Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, 16.12.11, §2* hvor habilitering forstås som en prosess som omfatter flere tjenester som til sammen utgjør et helhetlig pasientforløp. Planen konsentrerer seg om barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse og/eller utviklingsforstyrrelse som har behov for omfattende og sammensatte habiliteringstjenester og rehabilitering av barn.

Prosjektgruppa har vært bredt sammensatt, med representanter fra Vestre Viken HF, kommunene, brukerne og arbeidstakerne.

Vestre Viken helseområde dekker et stort geografisk område, med 26 kommuner av ulik størrelse, med ulike forutsetninger for å kunne levere habiliteringstjenester og ulike måter å organisere tilbudene. På spesialisthelsetjenestnivå er det Habiliteringssenteret lokalisert ved Drammen sykehus som har områdefunksjon for habilitering innen helseforetaket. Det forventes en befolkningsvekst omtrent som landsgjennomsnittet i planperioden, men med en større økning enn landsgjennomsnittet i antall eldre. Levealder for pasienter med behov for habiliteringstjenester vil også øke, samtidig som flere barn med en funksjonsnedsettelse vil leve opp. Pasienter/familier med en annen kulturell bakgrunn og en annen forståelse av helse, sykdom og funksjonsnedsettelse kan medføre ekstra utfordringer.

Planen tar for seg flere utviklingsområder i planperioden. Det er sett på oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten hvor modell for ansvarsfordeling utarbeidet av Helsedirektoratet er lagt til grunn. Det er sett på samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten. Gode samhandlingsarenaer og utvikling av behandlingslinjer/pasientforløp er vesentlig for å kunne tilby koordinerte tjenester. Kompetanseutvikling og kompetanseutveksling når helsetjenester flyttes mellom nivåer blir viktig for å levere tjenester av god kvalitet. Satsing på forskning innenfor habiliteringsfeltet er nødvendig for å sikre at tiltakene som iverksettes er riktige. Den teknologiske utviklingen vil prege samarbeidet innenfor habiliteringsfeltet både med pasienter og mellom de ulike nivåene. For å oppnå god og effektiv samhandling må mulighetene her utnyttes til beste for både tjenestemottakere og tjenesteytere.

Utviklingen innenfor habiliteringsfeltet i planperioden vil bli påvirket av den medisinske utviklingen og muligheten for å oppdage og utrede funksjonsnedsettelse tidligere. Dette kan få betydning for

utviklingen av tjenesten og hvor man vil ha fokuset. Utredninger vil kreve høy faglig kompetanse. Man kan se for seg større behov for tidligintervensjon og at flere grupper bør få tilbud om intensiv trening. Overgangsfaser, spesielt ungdomsfasen er viktig å ivareta. Problematikk knyttet til aldring må ha fokus ut fra forventninger om økt levealder også for denne pasientgruppen. Prioriteringene vil være avhengig av tilgjengelige ressurser.

Rehabilitering av barn vil i utgangspunktet ikke arte seg vesentlig forskjellig fra habilitering. Det vil være naturlig å benytte kompetanse som finnes i habiliteringstjenestene både kommunalt og innenfor spesialisthelsetjensten også overfor denne gruppen.

Planen anbefaler en rekke tiltak innenfor de ulike utviklingsområdene. Hovedmomentene i anbefalingene gjengis under. Tiltakene er nærmere beskrevet under de ulike kapitlene.

Det anbefales:

- forpliktende avtaler mellom berørte instanser som ledd i å få til en sømløs pasientbehandling
- faste samarbeidsmøter mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten
- igangsatt prosjekt for utarbeidelse av behandlingslinje rundt personer med autismediagnose
- utredet samarbeidstilbud for de sykeste barna i kommunal barnebolig for å hindre innleggelse i sykehus
- opprettet koordinerende enhet ved helseforetaket snarest
- at samhandlingsarenaer opprettes og tydeliggjøres både mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten
- utarbeidet rutiner som ivaretar prinsippet om "en dør inn" i Helseforetaket
- faste samarbeidsmøter mellom Habiliteringssenteret og Barneavdelingen
- at det i størst mulig grad utvikles behandlingslinjer/pasientforløp
- at det opprettholdes fast kontakt mellom brukerorganisasjonene og Habiliteringssenteret
- utarbeidet plan for kompetanseoverføring, system for opplæring og fagutveksling
- at det legges til rette for møteplasser for videreutvikling av habiliteringskompetanse
- opprettet en fagbase/nettbasert fagnettverk
- at det legges til rette for hospiteringsordninger på tvers av nivåene
- opprettelse av LMS-tilbud i kommunene
- forskningsprosjekter i samarbeid med høyskole/universitet
- å vurdere mulighet for egen stipendiatstilling
- at spesialisthelsetjenesten har fokus på aktuell forskning og implementering av denne
- å videreutvikle bruk av video-/telemedisin
- at det arbeides for løsninger som kan sikre større grad av elektronisk informasjonsutveksling
- videre drøftinger når det gjelder særskilte problemstillinger knyttet til rehabilitering av barn
- en avklaring i forhold til statped-senterne
- dialog om kompetanseoppbygging knyttet til rehabilitering av barn
- vurdert interkommunale tiltak knyttet til rehabilitering av barn
- opprettet interkommunalt korttidslager for hjelpemidler til barn som er i en rehabiliteringsprosess

2. Bakgrunn og overordnede føringer.

Helse Sør-Øst (HSØ) har gjennom styrevedtak i sak 108/2008 vedtatt at sykehusområdene skal utarbeide områdeplaner for behandlingstilbudet i eget område sammen med kommunene. Styresak 045/2010 gir føringer for helseforetakenes arbeid med områdeplaner. I oppdragsdokument for 2010 til Vestre Viken HF fra HSØ er krav om utarbeidelse av områdeplan for habiliteringsområdet beskrevet. En rekke lover, forskrifter, dokumenter og styrevedtak gir føringer for områdeplanens innhold og er lagt til grunn i arbeidet med utarbeidelsen av områdeplanen (se referanseliste).

Habilitering utføres av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, jfr. Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hovedansvaret for tjenester innen habilitering er kommunalt, men spesialisthelsetjenesten har ansvar for å bidra når det kreves spesiell kompetanse. En områdeplan skal bidra til at tjenestene og utviklingen av disse blir koordinert på systemnivå mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og mellom ulike aktører innen helseforetaket. En områdeplan skal også bidra til riktig prioritering av tjenestetilbudet til pasienter innenfor helseforetakets samlede habiliteringsressurser.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) poengterer at habilitering og rehabilitering må bli riktig prioritert innad i de ulike tjenesteområdene i kommune og spesialisthelsetjeneste.

2.1 Mandat for "Områdeplan habilitering av barn/voksne og rehabilitering av barn i Vestre Viken helseområde"

Mandatet beskriver at det skal utarbeides områdeplan i et 10-års perspektiv fram til 2022 for habilitering. Planen skal inneholde framtidig oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten i området. Kompetanseutvikling og forskning skal inngå som en del av planen.

- *Arbeidet skal resultere i en forpliktende plan for helseområdet, som er forankret i kommunen og i Vestre Viken HF*
- *Planen skal inneholde vurderinger og anbefalinger i forhold til:*
 - *Fremtidig oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten*
 - *Utvikling av habiliteringstilbudet*
 - *Samhandling mellom kommunene i området og spesialisthelsetjenesten og internt i spesialisthelsetjenesten*
 - *Kompetanseutvikling, kompetansebygging, kompetanseutveksling og forskning*

Målgruppen for områdeplanen vil være barn, ungdom og voksne med medfødt eller tidlig ervervet sammensatte funksjonsnedsettelse med behov for habilitering. Etter en ansvarsavklaring mellom områdeplan rehabilitering og områdeplan habilitering ble målgruppen utvidet til også å gjelde rehabilitering av barn. Planen skal ikke omfatte habilitering innen psykisk helsevern og rusproblematikk, men eventuelle felles kontaktflater med disse områdene skal beskrives og tiltak anbefales. Planen avgrensnes også mot regionale tjenester, både innenfor helsesektoren og det statlige spesialpedagogiske støttesystemet.

Det er i mandatet bedt om at det has et spesielt fokus på gråsoner i ansvarsområdet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

2.2 Områdeplanens plass i "Strategi Vestre Viken HF 2025"

Strategi Vestre Viken HF 2025 fremholder at kommunene skal ha et større ansvar for helsetjenesten til blant annet eldre og kronisk syke med sammensatte sykdomsbilder. Dette vil derfor berøre habiliteringspasientene. Spesialisthelsetjenesten vil ha en viktig oppgave i å veilede og bidra med spesialistkompetanse overfor kommunene. Samtidig understrekes det at kompetanseutveksling skal være gjensidig og bygge på at Vestre Viken HF og kommunene er likeverdige samarbeidspartnere. Områdeplanen vil gjøre nødvendige avklaringer innenfor dette fagområdet med tanke på strategiske tiltak og konkrete samarbeidsavtaler. Gode systemer, forutsigbarhet og langsiktig prioritering av forskning, utdanning og kompetanseutvikling opp mot foretakets strategiske mål er av stor betydning for å møte morgendagens behov for helsetjenester.

2.3 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen legger viktige føringer for områdeplanen. I St.m 47 (2008/2009) omtales habilitering som et av reformens hovedsatsingsområder. Målet med samhandlingsreformen er å forebygge mer, behandle tidligere og samhandle bedre. En større del av helsetjenesten skal leveres i kommunene enn før. Pasienten skal få tidlig og god hjelp nærmest der de bor. De skal få rett behandling til rett tid på rett sted gjennom et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud. Det legges stor vekt på at det skal være god sammenheng og kontinuitet i tilbudet til pasienter. Dette gjelder både mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og innad i avdelinger i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det er/skal utarbeides samarbeidsavtaler, og områdeplanen skal også være et verktøy for å sikre kontinuitet og bedre oppfølging for pasienter i og mellom tjenestene.

3. Habilitering

Planen legger til grunn definisjonen av habilitering slik denne er beskrevet i *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 16.12.2011, § 2: "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."*

Det er en forutsetning at pasienten deltar aktivt i individuelle habiliteringsprosesser.

Denne planen konsentrerer seg om barn, unge og voksne med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse og/eller utviklingsforstyrrelse som har behov for omfattende og sammensatte habiliteringstjenester. I tillegg omfatter planen rehabilitering av barn.

Det foreligger to Prioriteringsveiledere for habilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilstandsgruppene som henvises til habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten konkretiseres for barn og ungdom med påvist eller dokumentert mistanke om:

Motorisk utviklingsforstyrrelse

- Forstyrrelse av kognitive funksjoner/psykisk utviklingshemning
- Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse/autismevarianter
- Ervervet hjerneskade
- Misdannelser og medfødte skader i nervesystemet
- Syndromer som påvirker nevrologisk/kognitiv funksjon og utvikling
- Progredierende sykdommer (nervesystem, muskulatur)

Videre er det beskrevet spesielle problemstillinger i målgruppene som fordrer bidrag fra spesialisthelsetjenesten:

- Omfattende kommunikasjons- og språkvansker
- Omfattende vansker med pubertet, seksualitet og identitet
- Omfattende atferdsvansker
- ADHD som komorbid tilstand

Prioriteringsveilederen for habilitering av voksne beskriver tilsvarende tilstandsgrupper.

I tillegg kommer følgende vanlige problemstillinger som skal henvises til spesialisthelsetjeneste:

- Mistanke om demens i målgruppen
- Følgetilstander av skader/sykdommer i nervesystemet og muskelsykdommer i målgruppen
- Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen (moderat og alvorlig)
- Mistanke om psykiske lidelser hos personer med alvorlig til moderat psykisk utviklingshemning

3.1 Brukermedvirkning

Habilitering skal fremme personlig ansvar og mestringfølelse, og det er avgjørende at brukerne av tjenestene har en aktiv rolle på flere nivåer for å oppnå dette. Brukermedvirkning kan skje på tre nivåer; individ-, system- og politisk nivå. Medvirkning på individnivå omfatter informasjon, valg blant tilgjengelige tjenester, planlegging av innhold, valg av mål, gjennomføring og evaluering av tjenesten/måloppnåelse. Dette bidrar til økt autonomi for bruker/pasient. Den enkelte kan være med på å påvirke forhold som påvirker en selv direkte, og det er et grunnleggende prinsipp at den som tilbys tjenester skal ha mulighet til selv å vurdere tilbudet og spille hovedrollen i eget liv og ta ansvar i eget liv. Begrepet brukermedvirkning innbefatter også et pårørendeperspektiv. Pasientens pårørende vil i mange tilfelle være pasientens stemme i en habiliteringsprosess. De er viktige bidragsyttere samtidig som pasientens juridiske rett til selvbestemmelse må ivaretas.

For helsetjenesten forutsetter brukermedvirkning en holdning til pasienten der lydhørhet og respekt for pasientens valg står sentralt.

Medvirkning på systemnivå innebærer at pasient/brukerorganisasjoner deltar som parter i tjenesteplanlegging, - utforming og evaluering. Dette fordrer at synspunktene kan fanges opp gjennom brukerundersøkelser og medvirkning i råd og utvalg.

4. Planprosess

4.1 Medvirkning og forankring

Områdeplanen er utarbeidet i samarbeid med brukerrepresentanter og kommuner i Vestre Viken helseområde. Vestre Viken HF har valgt prosjektmedarbeidere fra Habiliteringssenteret og kommunehelsesamarbeidet har innhentet representanter fra kommunene.

Mandatet er utarbeidet av ledergruppen i Habiliteringssenteret i samarbeid med prosjektleder i Vestregionsamarbeidet (Kommunehelsesamarbeidet). Mandatet er godkjent av Overordnet samarbeidsutvalg (OSU) for Vestre Viken helseområde.

4.2 Prosjektgruppe og arbeidsform

En prosjektgruppe bestående av representanter fra Vestre Viken HF, kommunene og brukerrepresentanter har hatt ansvar for prosessen. Medlemmene i prosjektgruppa er:

Navn	Rolle
May-Britt Bunes, Habiliteringssenteret, Vestre Viken HF	Prosjektgruppens leder
Kari Krum Bang, Habiliteringssenteret, VVHF	Enhetsleder Habiliteringssenteret
Marit-Helen Tollefsen, Habiliteringssenteret, VVHF	Sekretær
Wenche Egseth Jakobsen, FO	Representant fra plasstillitsvalgte, Habiliteringssenteret, VVHF
Tone Finvold	Representant Lærings- og mestringssenteret
Lillemor Sandberg	Representant fra Brukerutvalget VVHF
Dordi Smiseth Strand	Representant fra Kommunehelsesamarbeidets brukerreferansegruppe
Arbeidstakerrepresentant (Denne ble ikke oppnevnt, og har ikke deltatt)	Kommunehelsesamarbeidets arbeidstaker referansegruppe, event. representanter fra Spekter og KS
Janne Olaussen, Hurum kommune	Kommunerepresentant
Nina Sjøia, Kongsberg kommune	Kommunerepresentant
Elin Kroken Finseth, Bærum kommune	Kommunerepresentant
Gondola Guttormsen, Ringerike kommune	Kommunerepresentant
Merethe Taang Larsen, Drammen kommune	Kommunerepresentant
Torgeir Hauge-Iversen	Praksiskonsulent - PKO

Prosjektgruppa har hatt 3 samlinger. Prosjektgruppa har i tillegg organisert seg i fire arbeidsgrupper med spesielt ansvar for å se på:

1. Oppgavefordeling mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten
2. Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten + kompetanseutvikling, kompetansebygging, kompetanseutveksling og forskning
3. Oppgavefordeling og samhandling internt i spesialisthelsetjenesten.
4. Rehabilitering av barn

Arbeidsgruppene har levert innspill som er innarbeidet i planen, men det er ikke utarbeidet egne rapporter fra dette arbeidet.

5. Målgruppe og tjenestetilbud

5.1 Befolkningen i Vestre Viken helseområde

Vestre Viken HF leverer spesialisthelsetjenester til ca. 450 000 mennesker, fordelt på 4 fylker og 26 kommuner. 16 av disse kommunene har under 10 000 innbyggere, 11 av disse har under 5 000 innbyggere. Samtidig bor 64 % av innbyggerne i kommuner med over 20 000 innbyggere. Asker, Bærum og Drammen er de mest folkerike kommunene og utgjør om lag halvparten av innbyggerne i Vestre Viken helseområde.



5.2 Demografisk og epidemiologisk utvikling og utfordringer

Befolkningen i Vestre Vikens opptaksområde vil øke og bli eldre fram mot 2025. Estimerer tilsier at Vestre Viken helseområde får 72 000 nye innbyggere innen 2025. Dette tilsier en befolkningsvekst omtrent på landsgjennomsnittet. I befolkningsgruppen eldre over 60 år vil derimot de aller fleste kommunene i Vestre Viken helseområde ha en vesentlig sterkere vekst enn landsgjennomsnittet og en nedgang i aldersgruppen 40 – 49 år. Når det gjelder den delen av befolkningen som har en medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse vil også disses levealder øke. Flere barn med en funksjonsnedsettelse lever opp og gjennomsnittlig levealder for disse øker.

Antallet innvandrere og norskfødte barn av innvandrere vil øke i planperioden. I deler av Vestre Viken helseområde utgjør denne befolkningsgruppen en betydelig andel, og dette må ivaretas i utviklingen av tjenestene innefor helseområdet. For Drammen med et innbyggertall på ca. 65 000 utgjør andel innbyggere med innvandrerbakgrunn 23,6 %, og 140 land er representert.

Det kan medføre ekstra utfordringer å samarbeide med pasienter/familier med en annen kulturell bakgrunn og en annen forståelse av helse, sykdom og funksjonsnedsettelse. Det vil kreve en flerkulturell kompetanse for å styrke handlingsberedskap og handlingskompetanse i møtet med mennesker med ulik kulturell, etnisk, språklig og religiøs bakgrunn.

5.3 Statusbeskrivelse habiliteringstilbudet i Vestre Viken helseområde

Habilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tiltak og tjenester satt i system, og om samarbeid mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål.

5.3.1 Regionale habiliteringstilbud

Mange pasienter har behov for ulike spesialiserte tjenester. For pasienter med sjeldne tilstander kan det være nødvendig å søke støtte fra mer spesialiserte tjenester i eller utenfor egen helseregion. Pasienter henvises til Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet og Spesialsykehuset for Epilepsi, for supplerende utredning og/eller second opinion.

Fordi habilitering handler om tjenester og tiltak satt i system, og målet er deltakelse og mestring er det også behov for samarbeid på områder der helse- og omsorgstjenesten ikke har et selvstendig ansvar, for eksempel i skole/utdanning og arbeidsliv.

For enkelte pasienter vil det være behov for å innhente kompetanse og samarbeide med kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Det er 16 slike kompetansesentra i Norge som gir tilbud til over 300 sjeldne tilstander. Oversikt over disse finnes på Helsedirektoratets nettside. Habiliteringssenteret har samarbeid med bla. Frambu og henviser til/informerer om relevante kurs og samlinger der, i tillegg til at deres fagfolk bidrar med kompetanse på kurs som arrangeres ved Habiliteringssenteret.

Det er også samarbeid med statlige spesialpedagogiske kompetansesentra. Til nå har Vestre Viken HF hatt samarbeidsavtale med Øverby kompetansesenter, Gjøvik. Statped er imidlertid under omstilling og planen er at 11 tidligere kompetansesentra fra 01.01.2013 skal organiseres i fire regioner som vil følge helseregionene. Det nye Statped har seks definerte kjerneområder: hørselshemming, synshemming, døvblindhet, språk- og talevansker, lærevansker og ervervede hjerneskader. Henvisning til statped skal som hovedregel komme fra PPT (pedagogisk/psykologisk tjeneste) lokalt.

5.3.2 Vestre Viken HF

Habiliteringssenteret har områdeansvar for habilitering i Vestre Viken HF. Det utføres også habilitering ved andre avdelinger og seksjoner, men ansvaret for habilitering av barn, unge, voksne med medfødt og/eller tidlig ervervet nevrologisk funksjonsnedsettelse og/eller utviklingsforstyrrelse med behov for tverrfaglige, spesialiserte tjenester er lagt til Habiliteringssenteret.

Habiliteringssenteret har bred faglig kompetanse, til sammen 11 ulike faggrupper er ansatt.

Habiliteringssenteret legger et livsløpsperspektiv til grunn, men er internt organisert i en barneenhet og en ungdom-/voksenenhet. Overføring fra barn til ungdom-/voksen skjer som hovedregel ved 15 år ut fra en tanke om at planlegging av voksentilværelsen starter ved overgang til videregående skole.

De største endringene ved overgang fra barn til voksen skjer ved 18 års alder. Ved å overføre oppfølgingen fra barn- til ungdom/voksenseksjonen tidligere kan man forebygge vansker i denne overgangen. At Habiliteringssenteret er organisert som én seksjon betyr at overgangen kan skje uten avbrudd i tilbudet fra spesialisthelsetjenesten og uten nye søkeprosesser. Selv om definisjonen sier at

habilitering er tidsbegrensede prosesser, vil det for enkelte grupper vil det være behov for langvarig bistand fra Habiliteringssenteret. Et eksempel på dette er CPOP (Cerebral Parese Oppfølgingsprogram) som forutsetter årlige eller halvårslige kontroller i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom som har cerebral parese.

Hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten er utredning og diagnostisering, funksjonskartlegging, opplæring og veiledning både til pasient, pårørende og samarbeidende instanser. I tillegg tilbys intensiv trening til barn med Cerebral Parese (BIP) og førskolebarn med autisme (TIOBA). Arbeidet utføres poliklinisk og ambulant. Habiliteringssenteret har også to døgnseger til bruk for langtidsregistrering EEG med video og søvnregistrering.

Habiliteringssenteret har som spesialisthelsetjeneste et lovpålagt ansvar for vurdering og oppfølging av Helse- og omsorgstjenestelovens kap.9 om bruk av tvang og makt. Dette er ressurskrevende oppgaver fordi det krever høy faglig kompetanse, samt inngående kjennskap til boform og tiltak kommunen har organisert rundt den enkelte pasient. Det er Fylkesmannen som godkjenner vedtak om bruk av tvang og makt. I Vestre Viken helseområde må Habiliteringssenteret nå forholde seg til fire ulike Fylkesmannsembeter i dette arbeidet.

5.3.3 Kommunene

Kommunen har ansvar for all habilitering som ikke forutsetter spesialistkompetanse. Kommunens habiliteringstiltak er i hovedsak organisert slik at de tilbys på, eller i nærheten av, de arenaer der den enkelte lever livet sitt. For barn betyr dette at tilbudet i barnehage og skole ofte vil være en viktig del av habiliteringsprosessen.

Ansvar for utarbeidelse av Individuell Plan (IP) settes oftest i gang etter behandling i koordinerende enhet, og koordinator for denne kan i utgangspunktet være alle som yter tjenester til brukeren. Habiliteringstjenestene for voksne i kommunene skal dekke tjenester til brukere med et bredt spekter av diagnoser og funksjonsnivå.

De 26 kommunene i Vestre Viken helseområde har ulike måter å organiseres habiliteringstilbudet på. Kommunens størrelse, befolkningsgrunnlag, økonomi og tilgang på kompetanse vil i stor grad være førende for hvilke tilbud den enkelte kommune har innenfor habiliteringsområdet. Enkelte kommuner har alene eller i samarbeid med andre kommuner bygget opp egne tiltak for barn og unge innenfor målgruppen som spesialbarnehage og spesialskoler, eksempelvis Haug skole i Bærum og Frydenhaug i Drammen. I andre kommuner organiseres opplæringstiltakene innenfor det ordinære barnehage og skoletilbudet. Kommunene tilrettelegger for egnede bo- og avlastningstiltak både for barn og voksne med omfattende omsorgsbehov.

6. Utviklingsområder

6.1 Oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Oppgavefordeling mellom de ulike forvaltningsnivåene er spesifisert i lov og forskrift; jfr. Lov om spesialisthelsetjenester, Lov om kommunale helse og omsorgstjenester, Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Habilitering er et område hvor det stilles store krav til samarbeid mellom de ulike tjenesteyterne, uansett forvaltningsnivå. De ulike forvaltningsnivåene og alle tjenesteyterne må spesifisere rutiner og


systemer for samarbeid. Dette må nedfelles i samarbeidsavtaler på individ og systemnivå mellom spesialisthelsetjenesten og den enkelte kommunen.

Et bærende prinsipp er at det som kan gjøres i kommunen skal gjøres der, mens spesialisthelsetjenesten skal ha hovedfokus på oppgaver som forutsetter spesialistkompetanse. Pasientene skal ha et tilbud som er tilpasset den enkeltes funksjonsnivå, jfr. BEON prinsippet (beste effektive omsorgsnivå). Spesialisthelsetjenesten skal i større grad fokusere på utredning og kartlegging samt igangsetting av komplekse og intensive tilbud. Kommunene skal i større grad følge opp det kontinuerlige arbeidet.

Fordelingen av arbeidsoppgaver mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene vil variere med stedlig kompetanse og ressurstilgang. Den praktiske organiseringen må gi nødvendig mulighet for fleksibilitet for å fremme de beste effektive løsningene til pasientens beste. Systemet må derfor gi rom for lokale tilpasninger. Kommunene må vurdere om de er i stand til å levere tjenestene på egenhånd eller i samarbeid med andre kommuner.

I henhold til forskrift innebærer spesialisthelsetjenestens "sørge for" ansvar at det finnes tilbud som krever spesialisert undersøkelse/utredning, intensiv trening og tilrettelegging av opplæring og rammebetingelser. Dette innebærer også samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten i forhold til diagnostisering, funksjonsutredning, behandling og oppfølging. Det skal sørges for samarbeid med, og opplæring av kommunen, omkring enkeltpasienter og generelt. De sentrale faktorer som må vurderes i forhold til på hvilket nivå tjenesten skal gis vil ut fra dette være: behov for spisskompetanse/spesialisering, kompleksitet og behov for intensitet.

Helsedirektoratet har utarbeidet en modell som kan brukes som et verktøy for å klargjøre oppgavefordelingen mellom de ulike partene i helsetjenesten:

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

Fordelingsmodellen kan gi en retning mellom tjenestenivåene ved å sette brukers mål i sentrum. Fokusområdene som trekker i retning av hhv kommune eller spesialisthelsetjeneste fremheves. Selve vekten veier disse elementene opp mot brukers mål, slik at man kan få en indikasjon på hvilket tjenestenivå som best kan ivareta brukerens/pasientens behov. Ut fra denne modellen må kommunene ha oversikt over egen kompetanse og vite hvor henvisninger bør stiles i spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må i samarbeid med kommunene vite hva det er behov for av kunnskap. Samarbeidet forutsetter et godt kjenskap til hvem som vet og gjør hva. Modellen kan bidra til å definere brukerens/pasientens behov for innsats og på den måten hindre at det oppstår en "gråsoner" hvor ingen tar ansvar. Koordinerende enhet er på plass i de fleste kommunene, men det kan allikevel være vanskelig både for pasienter og samarbeidspartnere å finne fram til riktig instans. I spesialisthelsetjenesten er koordinerende enhet foreløpig ikke i funksjon.

Innenfor habilitering er det ønskelig å prøve ut ulike samhandlingsformer. Helsehuset i Drammen har vist seg å kunne være en god modell for samarbeid. Et tilsvarende tilbud kan tenkes spesielt for multifunksjonshemmede pasienter som får tilbud i kommunal barnebolig/omsorgsbolig. I enkelte faser vil disse pasientene ha behov for behandling og tiltak som burde tilsi innleggelse i sykehus eller intensiv innsats fra spesialisthelsetjenesten. For å unngå flytting av pasientene kan et samarbeidsprosjekt med spesialistene ut i institusjonene bidra til stabilitet og forutsigbarhet. Pasienten befinner seg litt "i begge leire" – ikke utskrivningsklare, men oppholder seg i for eksempel barnebolig med bistand fra spesialisthelsetjenesten. Klare rammer med forpliktende avtaler og tilgjengelighet er en forutsetning. Modellen forutsetter avklaring av økonomiske forhold og ansvar.

For å sikre at pasientens behov settes i sentrum og at utredning, behandling og oppfølging oppleves "sømløst" er det behov for å beskrive pasientforløp i samarbeid mellom de ulike aktørene. Dette vil være tidkrevende prosesser, men slike forløp vil kunne avklare ansvarsfordeling for en del større pasientgrupper. Det vil også gi økt forutsigbarhet selv om det må være rom for lokale tilpasninger. For enkeltpasienter vil utarbeidelse og aktiv bruk av Individuell plan kunne ha samme funksjon. Bruk av elektronisk kommunikasjon er i dag mulig innad i spesialisthelsetjenesten, men det er behov for at dette også skal kunne brukes mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten og mellom helsetjenesten og brukerne.

Spesialisthelsetjenesten har en opplærings- og veilederrolle i forhold til kommunene. Det vil derfor være spesialisthelsetjenestens ansvar og til en hver tid være oppdatert på aktuell forskning, og bidra til å endre praksis/klinikk i forhold til den nye kunnskapen. Habiliteringsfaget har ikke vært preget av mye forskning i forhold til årsak eller behandlingsmetoder, men det er signaler som tyder på at det kan komme en endring, for eksempel gjennom etablering av RHABU (Regional Habilitering Barn/Unge), tilsvarende RHAVO for voksne og CHARM (Research Centre for Habilitation and Rehabilitation Models and Services). Derfor blir det ekstra viktig å ha fokus på dette i framtida. Dette vil innebære en ny stor oppgave som spesialisthelsetjenesten ikke vil kunne ta uten ytterligere ressurstilførsel.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator står det at habiliteringstjenester skal gis ambulant dersom det ikke er mest hensiktsmessig at de gis i institusjon. I samarbeidsavtale som er utarbeidet av Vestre Viken HF og den enkelte kommune beskrives at partene forplikter seg til å legge til rette for ambulant virksomhet der dette innebærer god pasientbehandling og hensiktsmessig ressursbruk. I en kartleggingsfase vil ambulant arbeid med

observasjon i pasientens nærmiljø kunne være nyttig, men gode lokale observasjoner fra fagpersoner som kjenner pasienten godt kan være like verdifulle. Med tanke på hvor stort geografisk område Vestre Viken helseområde dekker, vil økt ambulant virksomhet kreve store ressurser. Ved Habiliteringssenteret legges det også vekt på den tverrfaglige kompetansen som kan bidra ved utredninger. Det er derfor en aktiv prioritering at utredninger foregår ved Habiliteringssenteret hvor alle faggrupper og testutstyr er tilgjengelig. Det vil i mange tilfelle være uhensiktsmessig ressursbruk at dette skal foregå ambulant. Samtidig må en del informasjonshenting foregå ambulant.

Miljøterapeutiske tiltak bør forankres i kommunale tjenester mens spesialisthelsetjenestens viktigste bidrag blir å veilede lokalt personale med fagkompetanse. Veiledning kan for eksempel foregå ved videokonferanse og økt bruk av telemedisinske hjelpemidler kan erstatte en del av tidskrevende reisevirksomhet i et stort område.

Anbefalinger:

- Det anbefales utarbeidet forpliktende avtaler mellom berørte instanser som ledd i å få til en sømløs pasientbehandling. Dette innebærer bla. tydelige avtaler ved avslutning av saker i spesialisthelsetjenesten. Hensikten er å få til gode overganger mellom nivåene. Et virkemiddel kan være utarbeidelse av sjekklister for de ulike tilstandene som kan fungere som en anbefalt oppfølgingsplan for primærhelsetjenesten, hva skal fastlege følge opp osv.
- Det anbefales faste samarbeidsmøter mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Dette er ment som møter hvor fagpersoner kan drøfte kliniske problemstillinger de står overfor og hvor pasientsaker kan drøftes anonymt for å sikre best mulig effektive tiltak
- Det anbefales igangsatt et prosjekt for å utarbeide en behandlingslinje som omfatter pasientgruppens ulike arenaer uavhengig av nivå. Sett i forhold til kompleksiteten og mange uavklarte spørsmål foreslås det at dette samarbeidet etableres rundt personer med autismediagnose. Dette vil være ressurskrevende og anbefales derfor organisert som et prosjekt.
- Det anbefales utredning av samhandlingstilbud hvor spesialisthelsetjenesten forplikter seg til et løpende samarbeid i forhold til veiledning, oppfølging, legetjenester selv om pasienten ikke overflyttes til sykehuset. Et slikt tilbud kan være aktuelt bl.a. for de sykeste barna i kommunale barneboliger for å hindre flytting i kritiske perioder. Det kan være hensiktsmessig i første omgang å prøve dette ut i 1- 2 kommunale/interkommunale barneboliger.

6.2 Samhandlingsarenaer

6.2.1 Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Samhandling er avgjørende for å nå målet om sømløse pasientforløp av god kvalitet.

På systemnivå har VVHF og de 26 kommunene lagt struktur og avtaleverk på plass for gode samhandlingsarenaer. En overordnet samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunene er utarbeidet.

Samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skjer ofte omkring enkeltpasienter og gjennom veiledning og kursing i forhold til aktuell problematikk. Utgangspunktet for denne samhandlingen er da en følge av behov for tjenester og kompetanse som avdekkes under utredning i spesialisthelsetjenesten eller som defineres av kommunene i forhold til oppstått problematikk. Det er

behov for en mer systematisk samhandling og utveksling/overføring av kompetanse sett ut fra et forebyggingsperspektiv.

Det er både i kommunene og spesialisthelsetjenesten behov for tydeligere avklaring i forhold til hvem som har ansvar for hva i pasientbehandlingen. Aktiv bruk av IP og tydeliggjøring av koordinator på de ulike nivåene kan bidra til dette. Det samme vil utvikling av behandlingslinjer som beskriver pasientforløpet på flere ulike nivå. Innenfor habiliteringsfeltet vil behandlingslinjer måtte utvikles i et livsløpsperspektiv og derfor involvere ulike kommunale instanser.

Behandlingslinjer er en dokumentert beskrivelse av et forventet pasientforløp for en definert diagnosegruppe, forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater. Det vil si at det er en detaljert plan for hvem som skal gjøre hva, på hvilket tidspunkt, for en bestemt tilstand eller diagnose. Ved å benytte behandlingslinjer vil pasienten oppleve at tilbudet er preget av kontinuitet og samhandling.

Lærings- og mestringssenteret (LMS) tilbyr kurs som en del av spesialisthelsetjenestens tilbud. Det er ønskelig både å styrke og utvikle samarbeidet mellom LMS og Habiliteringssenteret omkring pasientopplæring.

Det er også føringer fra Helsedirektoratet om LMS-tilbud på kommunalt nivå. Det vil være potensiale for å benytte dette tilbudet for styrking av det forbyggende perspektivet som er et viktig element i samhandlingsreformen.

6.2.2 Samhandling innad i spesialisthelsetjenesten

Innad i spesialisthelsetjenesten vil samhandling være aktuelt når pasientens problematikk gir behov for utredning eller oppfølging fra flere avdelinger/seksjoner. Det kan også gjelde pasienter hvor det ikke er klart hvilken avdeling i sykehuset som skal foreta utredning. Habiliteringspasienter skal i utgangspunktet ha samme tilgang til spesialiserte tjenester innenfor sykehuset som andre pasienter. For noen pasienter vil det allikevel være slik at Habiliteringssenterets fagpersoner utfører utredninger/oppdrag som kunne vært gjort av andre. En avklaring av ansvar er nødvendig både for pasienten selv, pårørende og kommune.

Et prinsipp bør være at pasienter som tilhører Habiliteringssenterets målgruppe skal ha tilgang til annen spesialisthelsetjeneste på lik linje med andre. Som eksempel kan nevnes at psykisk utviklingshemmede med psykiske vansker skal kunne få tilbud innenfor psykiatrien dersom dette er hensiktsmessig. Det henvises til at det i Prioriteringsveileder for Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten er anført at det ved mistanke om psykiske lidelser hos personer med lett psykisk utviklingshemning, forsettes at henvisning og den aktuelle helsehjelpen i hovedsak vil være innenfor psykisk helsevern sitt ansvarsområde. Selv om Habiliteringssenteret har en bredt sammensatt tverrfaglig kompetanse skal det ikke utvikles til en særomsorg for målgruppen. Det er en samlet vurdering av medisinske og sosialmedisinske aspekter som tilsier om pasienten skal følges ved Habiliteringssenteret eller ved andre avdelinger i helseforetaket.

Det er mellom ulike klinikker, avdelinger og seksjoner behov for dialog omkring hvor habiliteringspasientene vil få det beste faglige tilbudet ut fra diagnose og problematikk. Det er i dag et formalisert samarbeid med Regionalt senter for utviklingshemmede, Lier. Henvisninger drøftes og fordeles ut fra problematikk og kompetanse. I forhold til psykiatrisk klinikk for øvrig (BUPA, DPS) er samarbeidet ikke formalisert. Det vil her være spesialisthelsetjenestens oppgave å hindre at pasienter blir sendt unødige mellom de ulike avdelingene eller havner i "gråsonen" mellom dem.

Helseforetaket må framstå som en enhet utad mot kommunene. Dette vil også gjelde for nye henvisninger hvor kommunene i stor grad etterlyser ”en dør inn”. For pasienter som ut fra en vurdering av kompetanse og problematikk ikke får et tilbud der de er henvist bør da henvisningen videresendes internt, og ikke tilbake til kommunen for ny henvisning til annen avdeling. Dette forutsetter at det vurderes å være behov for ytelser fra spesialisthelsetjenesten.

Innen spesialisthelsetjenesten er det i dag tettest kontakt mellom Habiliteringssenteret og barneavdelingen og mellom Habiliteringssenteret og nevrologisk seksjon. Det er behov for et formalisert samarbeid spesielt mellom barneavdelingen og Habiliteringssenteret. Familier med barn med funksjonsnedsettelse kan oppleve å ha kontakt med barneleger fra ulike seksjoner i forhold til ulike problemstillinger. Dersom det ikke er klargjort hvem som gjør hva, kan dette føre til dårlig utnyttelse av ressursene både for sykehuset og de berørte familiene, og vanskeliggjøre en helhetlig pasientbehandling.

Det er også et ønske om bedre samarbeid med andre deler av spesialisthelsetjenesten som for eksempel OUS – Rikshospitalet.

6.2.3 Samhandling Spesialisthelsetjeneste og brukerorganisasjoner

Habiliteringssenteret har et ønske om samarbeid med brukerorganisasjonene som representerer pasienter som har et tilbud ved Habiliteringssenteret. Det har gjennom flere år vært arrangert møter hvor aktuelle problemstillinger har vært drøftet med brukerrepresentanter. Dette fungerer som et brukerutvalg og kommer i tillegg til helseforetakets brukerråd. Det har vært en viktig kilde til informasjon om forventninger til spesialisthelsetjenestens habiliteringstilbud og hvordan dette tilbudet oppleves. Denne kontakten har vært med på å utforme tilbudet. Det er ønskelig at denne samhandlingen fortsetter.

6.2.4 Koordinerende enhet

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i alle kommuner og helseforetak er lovfestet. Koordinerende enhet skal ha et koordineringsansvar på systemnivå som skal bidra til at den enkelte pasient får et helhetlig og koordinert tilbud. Forskriften sier at koordinerende enhet i kommunene skal ha et overordnet ansvar for arbeidet med Individuell plan. I spesialisthelsetjenesten skal koordinerende enhet ha oversikt over og nødvendig kontakt med (re)habiliteringsvirksomheten i området. Det kommunale helsetilbudet og tilbudet i spesialisthelsetjenesten kan være vanskelig å finne fram i for både pasienter og fagpersoner. For pasienten er det viktige å motta tjenester i forhold til behov, ikke hvem som har ansvaret. Koordinerende enhet kan bidra til å sikre overganger mellom de ulike nivåene og tydeliggjøre ansvar og tilbud. Kommunenes organisering og drifting av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er ulik og vil ikke bli nærmere beskrevet i planen.

Når det gjelder koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetaket er det behov for en styrking og tydeligere organisering. Funksjonen bør ivaretas av en sentral stabsenhet. Det faglige og koordinerende ansvar for utredning og oppfølging vil fortsatt være de kliniske avdelingenes ansvar. Det er arbeid i gang for å få til denne funksjonen i helseforetaket.

Anbefalinger:

- Det anbefales at koordinerende enhet i Vestre Viken HF opprettes. Det må utarbeides funksjonsbeskrivelse for enheten og øremerkes ressurser til oppgaven.
- Det anbefales årlige koordinatorsamlinger for de koordinerende enhetene i Vestre Viken helseområde.
- Det anbefales at samhandlingsarenaer opprettes og tydeliggjøres. Dette gjelder mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og innad i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være møter for drøftinger, men det kan også være rutiner for løpende kontakt for å sikre at pasientene blir ivaretatt på rett sted.
- Det anbefales utarbeidet interne rutiner som sikrer at Helseforetaket framstår som en enhet med "en dør inn" og slik at henvisninger behandles ved riktig avdeling uten unødig opphold.
- Det anbefales faste samarbeidsmøter mellom Habiliteringssenteret og Barneavdelingen fordi mange pasienter har behov for tiltak fra begge avdelinger og dermed en tydelig ansvarsavklaring.
- Det anbefales at det i størst mulig grad utvikles behandlingslinjer / pasientforløp. Dette vil sikre forutsigbarhet og lik behandling for pasienter og ulike instanser.
- Det anbefales at etablert kontakt mellom Habiliteringssenteret og brukerorganisasjonene i området opprettholdes

6.3 Kompetanse

6.3.1 Kompetanseutvikling, kompetansebygging, kompetanseutveksling

Kompetanse knyttet til veiledning, samhandling og brukermedvirkning blir avgjørende for å fylle nye roller innenfor helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten vil preges av ytterligere spesialisering, kommunene vil måtte bygge kompetanse innenfor de områder hvor de tilbyr tiltak i henhold til ny kommunerolle. Utfordringen som må belyses etter hvert som man ser konsekvensen av samhandlingsreformen, er hvor spesialisert den skal være.

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å systematisere kunnskap slik at kommunen kan dra nytte av denne og dermed minske behovet for tjenester fra spesialisthelsetjenesten. Dette kan bety behov for mer planmessighet i opplæringen som tilbys, ikke bare enkeltstående kurs. For å få til en effektiv og varig kompetanseoverføring er det behov for at spesialisthelsetjenesten møter personalet i kommunen med tilstrekkelig utdannings- og erfaringsbakgrunn til å kunne videreformidle til de ulike miljøene i kommunen.

Behovet for veiledning og opplæring vil variere i kommunene. Kommunene forventes å foreta en del utredning og testing selv. En del av kommunene i helseområdet har relativt små og sårbare fagmiljøer for ivaretagelse av personer med habiliteringsbehov. Et samarbeid mellom kommunene vil kunne bidra til større og mer robuste fagmiljøer for å håndtere krevende, men ikke spesialiserte oppgaver. Nettverkstreff og "Workshops" kan brukes til erfaringsutveksling og kompetansebygging mellom kommunene og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen handler mye om kommunikasjon og tilrettelegging for å kunne spille hverandre gode.

Felles kompetansebygging på tvers av nivåene vil også være et alternativ. Dette kan skje i samarbeid med høyskolene og ved å benytte allerede eksisterende utdanningstilbud.

I tillegg til kompetanseoverføring til kommunene har spesialisthelsetjenesten også et selvstendig ansvar for pasientopplæring. Dette skjer i enkeltsaker, men også gruppevis. Det arrangeres foreldreskole for foresatte til barn med autisme, AKTIV-kurs i forhold til ASK (alternativ/supplerende kommunikasjon) osv. Dette arbeidet er viktig å videreføre både som samlinger og ved bruk av informasjonsteknologi, veivisere på internett osv.

6.3.2 Forskning

Habiliteringsfeltet er tradisjonelt et forskningssvakt felt. Kunnskaps- og datagrunnlaget er mangelfullt og det foreligger svært lite sikker forskning på nytte/effekt av de ulike tiltakene. Vestre Viken helseområde har et befolkningsgrunnlag som bør ligge til rette for en større forskningsaktivitet enn i dag. Innenfor habiliteringsfeltet vil et forskningssamarbeid på tvers av ulike virksomheter og nivåer være svært relevant. Et konkret eksempel kan være forskning omkring pasientens opplevelse av samhandling og "sømløshet" innenfor helseregionen. Felles prosjekter for forskning og fagutvikling må satses på i samarbeid mellom klinikere, forskningsmiljøene og høyskoler/universitet. Habiliteringssenteret har ikke ressurser til selvstendig forskning. Forskning vil forutsette tilførte forskningsmidler i form av økonomi for frikjøp av fagpersoner eller opprettelse av stipendiatstilling. Spesialisthelsetjenesten vil ha ansvar for å holde seg oppdatert i forhold til forskning som berører feltet. Det må være tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å kunne vurdere aktuell forskning og til implementering av nye metoder og kunnskap i det kliniske arbeidet.

Anbefalinger:

- Det anbefales utarbeidet plan for kompetanseoverføring, system for opplæring og fagutveksling. Spesialisthelsetjenesten må forventes å gi de involverte den kunnskap som er nødvendig for å kunne bidra til en god habiliteringsprosess. Systematisk opplæring knyttet til pasient, men også kompetanseoverføring knyttet til fagtema. Det må være opplæring som er forutsigbar og valg av tema skjer etter det som anses som behov i primærhelsetjenesten.
- Det anbefales at det legges til rette for møteplasser for videreutvikling av habiliteringskompetanse med en klar struktur, for eksempel årlige konferanser og workshops. Kompetanseutveksling skal være gjensidig og bygge på at kommunene og spesialisthelsetjenesten er likeverdige samarbeidspartnere.
- Det anbefales opprettet en fagbase/nettbasert fagnettverk som treffpunkt for utveksling av kunnskap og erfaring. Dette vil være en "kompetansebank" hvor kommunene kan dra nytte av hverandres erfaringer og kunnskap.
- Det anbefales at det legges til rette for hospiteringsordninger på tvers av nivåene.
- Det anbefales opprettelse av LMS (lærings- og mestringscenter)tilbud i kommunene slik samhandlingsreformen legger opp til.

Fortsetter neste side

Anbefalinger fortsatt:

- Det anbefales forskningsprosjekter i samarbeid med høyskole/universitet. Forskningen bør involvere både kommune og spesialisthelsetjeneste. Forskning er ressurskrevende og vil i de fleste tilfeller være avhengig av tilførte midler.
- Det anbefales å vurdere muligheten for en egen stipendiatstilling.
- Det anbefales at spesialisthelsetjenesten får en spesiell oppgave med å holde seg oppdatert om aktuell forskning innenfor feltet og implementere denne i driften når det er hensiktsmessig.

6.4 Teknologisk utvikling

Utvikling innen informasjonsteknologi (IT) vil i stor grad prege utviklingen av helsetjenester i framtiden. Pasienter og brukere stiller i økende grad klare forventninger til hvordan vi som leverandører av helsetjenester tar i bruk moderne teknologi som gir bedre pasientservice, økt pasientinnvolvering og bedre kvalitet og tilgjengelighet. Den teknologiske utviklingen som påvirker helsesektoren er svært omfattende og for å skape sømløse og koordinerte tjenester for pasienter og brukere vil utviklingen innenfor informasjonsteknologi og bruken av denne, prege utviklingen av helsetjenester i årene framover.

Elektronisk samhandling er ulikt utbygd og implementert i Vestre Viken helseområde. Ikke alle kommuner er knyttet til Nasjonalt Helsenett. I Strategi 2025 har Vestre Viken Hf vedtatt en strategi for IKT og telemedisin. Her tydeliggjøres bl.a. en satsing på at journalsystemer i foretak og kommuner skal kunne kommunisere med hverandre.

Bruk av telemedisin og videokonferanser er en metode for å tilby helsehjelp der pasienten er.

Habiliteringssenteret har god erfaring med å ta i bruk slikt utstyr. Vestre Viken helseområde er et stort geografisk område som skal dekkes av et relativt lite antall fagpersoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Kommunikasjon via skjerm mellom pasient og helsepersonell, eller mellom helsepersonell vil kunne redusere både belastning og kostnader forbundet med reise.

IKTverktøy kan benyttes både i den direkte oppfølgingen av pasienten ved at man har konsultasjon via skjerm i eget hjem og til veiledning og opplæring. Spesielt for små pasientgrupper hvor flere må reise langt for å ha et tilgjengelig tilbud, kan både undervisning og trening foregå via skjerm.

Det er viktig at det fremover arbeides med å videreutvikle eksisterende systemer og verktøy for bruk innen habiliteringsfeltet.

Det er også behov for samarbeid og utvikling av systemer for informasjonsutveksling mellom pasient og ulike tjenestenivåer ved utarbeidelse og oppfølging av Individuell plan.

Anbefalinger:

- Det anbefales at det arbeides for å videreutvikle bruk av video-/telemedisin. Det betyr at alle parter må arbeide for å ha videokonferanseutstyr eller tilsvarende lett tilgjengelig og holde seg oppdatert når det gjelder den tekniske utviklingen slik at samhandling kan skje på den mest effektive måten.
- Det anbefales at det arbeides for å finne løsninger som kan sikre større grad av sikker elektronisk informasjonsutveksling. Det bør arbeides for at pasientopplysninger, rapporter osv . kan sendes elektronisk mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.
- Det anbefales utvikling av elektroniske plattformer til bruk ved utarbeiding og oppdatering av IP (individuell plan) som tilfredsstillende krav til sikkerhet og tilgjengelighet for alle instanser. På den måten kan IP fungere som et levende dokument og sikre tydelighet i oppgavefordelingen på individplan.

6.5 Utvikling av habiliteringstilbudet

Punktene 6.1 – 6.4 er ment å beskrive en forventet utvikling og satsingsområder innenfor habilitering i planperioden. På bakgrunn av at habilitering er et felt som påvirkes sterkt både av medisinske nyvinninger og samhandlingsreformen vil vi ta med et punkt som ikke lar seg oppsummere i konkrete anbefalinger, men som peker på utfordringer som må møtes det nærmeste tiåret.

Den medisinske/teknologiske utviklingen tilsier at flere barn som fødes med en funksjonsnedsettelse overlever og vokser opp. Flere, både barn og voksne overlever akutt og alvorlig skade og sykdom, og mange mennesker med nedsatt funksjonsevne har nå tilnærmet forventet levealder som resten av befolkningen. Dette gir utfordringer på flere plan. Noen pasienter er avhengig av omfattende og kompetansekrevene oppfølging hvor det kan være uklart om kommunen eller spesialisthelsetjenesten skal følge opp. Dette må tjenestenivåene avklare seg imellom. Små og store kommuner har også ulikt utgangspunkt, og noen ganger vil interkommunalt samarbeid være en god løsning for å kunne yte gode, helhetlige tjenester. Økt levealder gir også utfordringer i forhold til helseoppfølging og gode tiltak i voksenalder, og problematikk knyttet til aldring for disse gruppene.

Den medisinske utviklingen har ført til at det er større sjanse for å finne årsak til en funksjonsnedsettelse. For pasienter med funksjonsdiagnose psykisk utviklingshemning har det ofte vært vanskelig å finne en årsaksdiagnose. Bedre testmetoder har endret dette. Det kan være aktuelt å gi voksne med denne diagnosen tilbud om ny årsaksutredning, en oppgave som vil tillegges spesialisthelsetjenesten.

Det kan ha stor betydning for familier at genetikk oftere blir tatt med som en årsak ved flere funksjonsnedsettelse, og man ser for seg at spesialisthelsetjenesten vil få nye oppgaver her.

I og med at funksjonsnedsettelse kan oppdages tidligere er det også mulig å iverksette tiltak tidligere. Man kan da se for seg at habiliteringstjenestene i større grad rettes inn mot tidligintervensjon selv om diagnose ikke er satt. Samtidig som tilbudet tidligintervensjon er viktig å ivareta, er det også i styrende dokumenter lagt vekt på ivaretagelse av overganger, hvor særlig

ungdomsfasen framheves som en fase det bør settes ekstra fokus på. Hva som prioriteres vil være et valg som habiliteringstjenesten må ta, og er avhengig av ressurser som er tilgjengelig.

Habiliteringstjenesten er pålagt å ha tilbud om intensiv trening. Det er i helseforetaket iverksatt intensiv trening for små barn med autismspekterforstyrrelser – TIOBA, og for barn med CP gjennom BIP. Det finnes i dag lite forskning på dokumentert effekt av disse tiltakene. Dersom slik effekt kan påvises ser man for seg at flere grupper bør få et slikt tilbud.

7. Rehabilitering av barn

Forskrift for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, definerer både habilitering og rehabilitering som: *”tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.”*

Rehabiliteringsbegrepet brukes på hjelpeapparatets bistand til å gjenoppbygge tidligere mestrede funksjoner hos mennesker med ervervede funksjonshemminger.

Handlingsplan Habilitering av barn og unge utgitt av Helsedirektoratet(2009) sier følgende: *”Habiliteringsbegrepet knyttes vanligvis til personer med tidlig ervervede eller medfødte funksjonsnedsettelse, men brukes i denne sammenheng også om hjelpetiltak til barn og unge uavhengig av om funksjonsnedsettelsen er medfødt eller ervervet seinere i barne- og ungdomsalderen”*

Med bakgrunn i denne definering av habilitering og rehabilitering når det gjelder barn og unge, vil det være få spørsmål knyttet til ansvarsfordeling og tjenesteutvikling som fraviker fra de store linjer som er lagt i forhold til habilitering av barn.

Helsetjenestene for barn og unge er på en del områder vesentlig forskjellig fra helsetjenestene til voksne. Organiseringen av det norske habiliteringsapparatet baserer seg på den grunnleggende forutsetningen at barn og unge i størst mulig grad skal bo hjemme og få nødvendige tilbud i sitt vante miljø. Så sant det ikke er helt nødvendig skal man unngå innleggelse i helseinstitusjoner.

Tilbudet etter den akuttmedisinske behandlingen vil være vesentlig forskjellig for barn og voksne. Voksenpasienten vil sannsynligvis få et lengre opphold i institusjon som er spesialisert for dette behandlingsformålet/rehabilitering, mens barnepasienten vil få et habiliteringstilbud med utgangspunkt i at barnet bor hjemme og får både trening og andre tilbud i hjemmet og i barnehage/skole. Tjenestene og tilbudene til barn med behov for rehabilitering vil derfor ikke avvike i særlig grad fra det som tilbys barn med behov for habilitering. Det vil være naturlig å benytte kompetansen som finnes i habiliteringstjenestene både kommunalt og i spesialisthelsetjenesten også overfor denne gruppen.

Helse Sør-Øst er i ferd med å utarbeide en behandlingslinje for barn med traumatiske hodeskaller. Sunnaas sykehus er her tenkt å ha ansvar for den første aktive rehabiliteringsfasen etter den akuttmedisinske fasen. Det er foreløpig ikke klart om det skal bygges opp et regionalt tilbud i etterkant av oppholdet ved Sunnaas sykehus, eller om dette bør legges til de enkelte helseforetakene. Forslaget til behandlingslinje vil bli sendt på høring til helseforetakene og blir derfor ikke ytterligere omtalt her.

I tillegg til helsetjenesten har også Statped ved Øverby kompetansesenter i dag et tilbud til personer med ervervet hjerneskade.

På bakgrunn av at det fortsatt er uavklart hva som vil bli anbefalt regionalt fra Helse Sør-Øst, blir det i områdeplanen ikke foreslått nye tiltak knyttet til institusjonalisert habilitering. Tilbudene og anbefalingene som er beskrevet for habilitering vil gjelde også for denne gruppen. I tillegg fremmes det noen egne anbefalinger.

Anbefalinger:

- Det anbefales videre drøftinger mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i forhold til ansvarsfordeling og kompetansebygging når det gjelder særskilte problemstillinger knyttet til rehabilitering etter at behandlingslinje *rehabilitering av barn* fra Helse Sør Øst er sluttført. Denne vil danne grunnlaget for drøftingene
- Det anbefales at det avklares med Statped-sentrene hva som vil være deres bidrag inn i det helhetlige tilbudet til barn og familien.
- Det anbefales tett dialog mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om ytterligere kompetansebygging i forhold til denne pasientgruppen
- Det anbefales vurdert interkommunale tiltak knyttet til pasientgruppen
- Det anbefales opprettet et interkommunalt korttidslager for hjelpemidler til barn som det er behov for i en rehabiliteringsprosess.

8. Konklusjon

Innenfor habilitering er det mange grenseoppganger mellom ulike nivåer og fagfelt som er nødvendig å tydeliggjøre for å sikre en god koordinert pasientbehandling.

Prosjektgruppa har lagt vekt på å sikre samhandling for at pasientene skal kunne oppleve en "sømløs" habiliteringstjeneste hvor både kommune og spesialisthelsetjeneste kjenner sitt ansvar og sine oppgaver.

Arbeidet med prioritering og gjennomføring av anbefalinger til tiltak må skje i et samarbeid mellom kommunene og helseforetaket. Planen inneholder ikke tilrådinger om organisering eller ressurser. Dette må evt. avklares i forbindelse med gjennomføring av tiltak.

På bakgrunn av at effekten av samhandlingsreformen vil komme tydeligere fram etter hvert, ønsker gruppa at OSU tar initiativ til revidering/rullering av planen hvert 4. år.

For å kunne få et inntrykk av om pasienter og brukere opplever det som er målet med planen – en helhetlig, koordinert tjeneste – anbefales det gjennomført brukerundersøkelser i planperioden. Kommuner og spesialisthelsetjeneste bør samarbeide om slike undersøkelser.

Det er i høringsvar etterlyst konkrete beskrivelser av hvordan tiltak som er beskrevet i planen skal gjennomføres. En slik operasjonalisering av tiltak vil være et naturlig neste steg etter at planen er vedtatt. Ansvar for å videreføre arbeidet gjennom operasjonalisering og å ta initiativ til samarbeid, vil i hovedsak ligge hos spesialisthelsetjenesten.

Referanseliste

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

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Meld. St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011.html?id=639794>

St.meld. nr 34 (1996-1997) Det er bruk for alle <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-18/10/5.html?id=350198>

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

2008 – 2011 <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/SHA/S%3%A6rtrykk%20av%20St.prp.nr.1%20kapittel%209.pdf>

St.prp. nr. 1 (2000-2001) http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/regpubl/stprp/20002001/st-prp-nr-1_2000-2001.html?id=203718

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/20010628-0765.html>

IS-1947 – Rapport: Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet

<http://www.helsedirektoratet.no/Om/nyheter/Sider/avklaring-av-ansvars--og-oppgavefordeling-pa-rehabiliteringsområdet.aspx>

Datagrunnlaget - Strategi 2025 i Vestre Viken HF

<http://www.vestreviken.no/OMOSS/STRATEGIER/Sider/side.aspx>

LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

<http://www.lovdato.no/all/hl-20110624-029.html>

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

<http://www.lovdato.no/all/nl-20110624-030.html>

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

<http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-061.html>

Områdeplan: Habilitering og rehabilitering - Sykehuset Innlandet, desember 2011

<http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss/avdelinger/divisjon-habilitering-og-rehabilitering/Documents/Omr%3%A5deplan%20habilitering%20og%20rehabilitering%20Innlandet%2001.12.11%20hefte.pdf>

NoU 2005:3 - Fra stykkevis til helt. En sammenhengende helsetjeneste

<http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/003/PDFS/NOU200520050003000DDPDFS.pdf>

NoU 2001:22 – Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-40-2002-2003-/2/1.html?id=329428>

Områdeplan rehabilitering – Vestre Viken HF, juni 2012

http://www.vestreviken.no/SiteCollectionDocuments/Nyheter/Områdeplan_rehabilitering_-_høringsrapport.pdf **IS-1739**

–Veileder. Habiliteringstjenesten for voksne – i spesialisthelsetjenesten

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/habiliteringstjenesten-for-voksne-i-spesialisthelsetjenesten-/Sider/default.aspx>

Sak 045-2010. Helse Sør-Øst. Regionale utviklingsområder – habilitering

<http://www.helse-sorost.no/omoss/styret/Documents/Styremøter/2010/9.%20juni/045-2010%20Saksframlegg%20-%20Regionale%20utviklingsområder%20-%20Habilitering.pdf>

Områdeplan 2012 – 2016 Habilitering av barn og unge – Akershus universitetssykehus, juni 2012

<http://www.ahus.no/omoss/styret/Documents/Styredokumenter%202012/2012-06-20/Sak%2059-12%20Vedlegg%204%20Omr%3%A5deplan%20habilitering%20barn%20og%20ungdom.pdf>

IS-1820- Veileder. Prioriteringsveileder Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder-habilitering-av-barn-og-unge-i-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>

IS-1821- Veileder. Prioriteringsveileder Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/prioriteringsveileder---habilitering-av-voksne-i-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>

IS-1692 – Handlingsplan for habilitering av barn og unge (2009)

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-for-habilitering-av-barn-og-unge/Sider/default.aspx>

Områdeplan Habilitering av voksne- Akershus universitetssykehus, juli 2012

<http://www.ahus.no/omoss/styret/Documents/Styredokumenter%202012/2012-06-20/Sak%2059-12%20Vedlegg%203%20Omr%3%A5deplan%20voksenhabilitering.pdf>

Vedlegg:

Prosjektmandat: Områdeplan habilitering av barn/voksne og rehabilitering av barn i Vestre Viken helseområde