



Regional plan for utvikling av  
habiliteringstjenestene i Helse Midt-Norge  
2014 – 2020

<b><u>1</u></b>	<b><u>INNLEDNING</u></b> .....	<b>3</b>
<b><u>2</u></b>	<b><u>NASJONALE OG REGIONALE FØRINGER</u></b> .....	<b>3</b>
2.1	NASJONALE FØRINGER .....	3
2.2	STRATEGI 2020 .....	4
<b><u>3</u></b>	<b><u>STATUS</u></b> .....	<b>4</b>
3.1	ORGANISERING .....	5
3.2	BEHOV, TILGJENGELIGHET OG KAPASITET .....	5
3.3	ULIKE TJENESTETILBUD .....	7
3.4	TJENESTETILBUD HOS PRIVATE .....	9
3.5	BRUKERMEDVIRKNING .....	9
<b><u>4</u></b>	<b><u>SAMHANDLING</u></b> .....	<b>10</b>
4.1	SAMHANDLINGSREFORMEN .....	10
4.2	INTERNT SAMARBEID I SPESIALISTHELSETJENESTEN .....	11
4.3	EKSTERNE SAMARBEIDSPARTNERE .....	12
<b><u>5</u></b>	<b><u>FORSKNING, FAGUTVIKLING OG KOMPETANSE</u></b> .....	<b>13</b>
5.1	FORSKNING.....	13
5.2	KOMPETANSE .....	14
<b><u>6</u></b>	<b><u>MÅLBILDE FOR REGIONAL STRATEGI FOR HABILITERING</u></b> .....	<b>14</b>
6.1	TJENESTETILBUDET TIL PASIENT OG PÅRØRENDE .....	14
6.2	SAMARBEID.....	15
6.3	FORSKNING, FAGUTVIKLING OG KOMPETANSE .....	15
<b><u>7</u></b>	<b><u>UTVIKLINGSTILTAK</u></b> .....	<b>16</b>
7.1	ØKE TJENESTENES TILGJENGELIGHET FOR Å SIKRE LIKEVERDIGE TJENESTER.....	16
7.2	STANDARDISERE.....	17
7.3	TA I BRUK PASIENTENS EGNE RESSURSER .....	18
7.4	SIKRE BÆREKRAFTIG FAGMILJØ BÅDE REGIONALT OG LOKALT.....	18
7.5	VRI RESSURSBRUKEN FRA DRIFT TIL INVESTERING, FORSKNING OG UTVIKLING .....	19
7.6	SAMHANDLING .....	19

## 1 Innledning

Regional plan for habilitering i Helse Midt-Norge skal gi strategiske føringer for utviklingen av habiliteringstjenestene for barn og unge (HABU) og habiliteringstjenestene for voksne (HAVO) i regionen.

Helseforetakene skal på bakgrunn av denne regionale planen utarbeide handlingsplaner i samarbeid med kommuner og brukere. HMN har fokus på spesialisthelsetjenestens rolle i dette dokumentet. Det videre arbeidet i helseforetakene må skje i samarbeid med kommunene gjennom bruk av kliniske samarbeidsutvalg, administrative samarbeidsutvalg, gjennom avtaler inngått i forbindelse med Samhandlingsreformen og ved å utarbeide standardiserte pasientforløp. Erfaringer fra arbeid med pasientforløp over forvaltningsgrenser blir viktige for å finne ansvars- og rollefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Helseforetakene skal ha utarbeidet handlingsplaner innen utgangen av 2014. Den videre planprosessen involverer mange aktører, både interne og eksterne, og det er viktig at arbeidet er forankret i ledelsen.

Regional plan for habilitering er forankret i Helse Midt-Norges visjon, verdigrunnlag og Strategi 2020.

## 2 Nasjonale og regionale føringer

Utvikling av habiliteringsfeltet er påvirket av nasjonale og regionale planer, nasjonale utredninger, veiledere og faglig utvikling. Samhandlingsreformen er like viktig for målgruppene til HAVO/HABU som for alle andre pasientgrupper.

### 2.1 Nasjonale føringer

Viktige dokumenter som strategien bygger på:

- Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (Rapport IS-1947, Helsedirektoratet 2012).
- Habiliteringstjenesten for voksne – i spesialisthelsetjenesten (Veileder IS-1739, Helsedirektoratet 2009)
- Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten (Prioriteringsveileder, IS-1823, Helsedirektoratet 2010)
- Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten (Prioriteringsveileder, IS-1822, Helsedirektoratet 2010)
- Habilitering av barn og unge (Handlingsplan IS-1692, Helsedirektoratet 2009)
- Oppdragsdokumenter
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (HOD 2007/2008)
- Helse - og omsorgstjenesteloven
- Spesialisthelsetjenesteloven
- Psykisk helsevernloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven

- Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (heretter kalt forskriften)

I henhold til forskriften har HMN RHF og helseforetakene etablert koordinerende enheter (KE). KE skal ha oversikt over re-/ habiliteringstilbudene og være pådriver for samarbeid på systemnivå med kommuner og andre samarbeidspartnere.

Krav til HAVO/HABU i helselovgivning med forskrifter omfatter utredning, behandling, tilrettelegging, opplæring av pasienter og pårørende, koordinator, individuell plan, ambulante tjenester og intensive behandlingstilbud. De fleste habiliteringspasienter har behov for langsiktige, helhetlige og koordinerte tjenester, dette krever at habiliteringstjenestene utfører sine pålagte oppgaver med råd, veiledning og samarbeid med kommuner og andre samarbeidspartnere over tid.

## **2.2 Strategi 2020**

Helse Midt-Norges strategiske mål fram mot 2020 er;

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisasjon som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

De strategiske grepene er;

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftig fagmiljø både regionalt og lokalt
- Vri ressursbruken fra drift til investering, forskning og utvikling.

Videre er det lagt til grunn at samhandling med kommuner og andre samarbeidspartnere, en bred satsing på IKT og fokus på innovasjon vil være grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene.

## **3 Status**

Definisjon av habilitering

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

Familieperspektivet, livsløpsperspektivet og prinsippene om aktiv brukermedvirkning ligger som faglige fundament for tjenesteytingen.

### **3.1 Organisering**

I Helse Møre og Romsdal HF (HMR) finnes 2 HAVO-enheter (Ålesund og Molde) og 2 HABU-enheter (Ålesund og Kristiansund). St.Olavs Hospital HF har en HABU (Tronsletten) og en HAVO (Brøset), i tillegg finnes det en egen enhet for tverrfaglige tjenester på Barneklubben. I Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) finnes en HAVO og en HABU, begge med administrativ plassering i Levanger. Et HABU-team er plassert i Namsos.

HABU i alle helseforetak er organisert sammen med barneavdelingene. I HNT har BUP også vært samorganisert med barnefagene siden ca 1995. HMR har fra 2012 samme organisering. Ved St.Olavs Hospital er BUP fremdeles organisert innen psykisk helsevern. I Handlingsplan for habilitering av barn og unge legges det vekt på at barnefagene må jobbe tett sammen og helst være innen samme klinikk/seksjon.

HAVO i alle helseforetak i Midt-Norge er organisert innen psykisk helsevern. Innen fagfeltet anses dette i stor grad å være hensiktsmessig, de fleste pasienter innen målgruppen har stor forekomst av psykiske vansker/lidelser og det er nødvendig med et nært samarbeid med psykisk helsevern. Samtidig betyr det at psykisk helsevern i regionen har ansvar for å yte somatiske tjenester. *Helsedirektoratet vurderer HAVO til å være en del av den somatiske spesialisthelsetjenesten, noe som bør legges til grunn uavhengig av organisering* (Veileder for voksenhabilitering, Hdir 2009).

### **3.2 Behov, tilgjengelighet og kapasitet**

Definisjon av funksjonshemming

*Funksjonshemming oppstår når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utforming og krav til funksjon. Funksjonsnedsettelse kan oppstå som følge av ulike tilstander, skader eller sykdommer, men er ingen sykdom i seg selv.*

Målgruppe for HAVO/HABU er pasienter med medfødte eller tidlige ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter, som har behov for spesialisthelsetjenester. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelse. Med tidlig ervervet funksjonsnedsettelse menes her at tilstanden er ervervet før 18 år.

Pasienter med medfødt eller tidlig ervervet kognitiv funksjonsnedsettelse og/eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser vil utgjøre en stor andel av de pasientene som får tilbud.

International Classification of Functioning gir en bredere definisjon av funksjonshemming. De bruker begrepene funksjonsnedsettelse, aktivitetsbegrensning og deltakelsesbegrensning.

De siste 10 år har det vært opp mot 20% økning i antall henvisninger, men det er stor variasjon mellom helseforetak.

Som en følge av økt levealder i alle diagnosegruppene, øker forekomsten av demens. Det er stor grad av komorbiditet i gruppen og ”bidiagnoser” kan gi større funksjonsvanske enn en hoveddiagnose. Syns- og hørselsvansker er blant de funksjonsvansker som både opptrer alene og samtidig med andre diagnoser. Det har blitt større mulighet for og krav til utredning og større krav til findiagnostisering. Både HABU og HAVO har opplevd stor økning i antall henvisninger med mistanke om autismespekterforstyrrelser. Gruppen lett, eller ned mot lett, utviklingshemning har også økt. Utredning og behandling for disse gruppene krever store ressurser.

Flere innen målgruppen er avhengig av at andre ser deres behov for helsetjenester og melder fra om behov. Behov for utredning, utvikling av nye tiltak eller behov for intensiv innsats kan være vanskelig å identifisere. Rehenvisninger bør være vanlig fordi nye behov oppstår. Det er et fåtall ganger at det skjer akutte endringer som må henvises. Det er mer vanlig at behov for ny utredning og nye tiltak kommer snikende og at det ventes for lenge med å henvises.

Det er i Oppdragsdokumentet for 2012 satt som hovedmål for habilitering og rehabilitering at tjenestene skal være relevante og tilstrekkelige. Som mål på “tilstrekkelig” kan ventetid og fristbrudd være viktige indikatorer. Vektlegging av null fristbrudd er vanskelig for habiliteringstjenestene for det fører til at utredning av nye startes opp, mens utvikling av tiltak og oppfølging av de som er ferdig utredet blir prioritert vekk. Problemstillingene i henvisninger forteller hvilken kompetanse som kreves for å yte relevante tjenester. I tillegg må helseforetakene innhente brukernes synspunkter på de tjenestene de har mottatt.

1,19% av barnebefolkningen får tilbud om spesialisert habilitering i Helse Midt-Norge. Det er til dels stor forskjell mellom helseforetakene. Det er også forskjell på hvilke målgrupper de ulike helseforetak dekker. Handlingsplan for habilitering av barn og unge (Hdir 2009) anslår at ca 10% av barnebefolkningen vil ha behov for spesialisert habilitering på et eller annet tidspunkt. Habilitering av barn (HOD 2004) anslår at rundt 2 – 2,5% av befolkningen 0 – 18 år har behov for habilitering på spesialisthelsetjenestenivå til enhver tid.

Det er også stor forskjell på kapasiteten innen HAVO i helseforetakene. Blant innbyggere over 18 år er det 0,24% av befolkningen som får tilbud. Veilederen for voksenhabilitering (Hdir 2009) sier ingenting om hvilken bemanning man bør ha for HAVO.

Både fra brukerorganisasjoner og fra HAVO/HABU rapporteres at det blir brukt tid på utredning og at behandling og oppfølging sammen med kommunene blir nedprioritert.

Aktiviteten innen HAVO/HABU har hatt vanskelig for å kunne registreres innen de vanlige registreringssystemene. Dette har gjort det vanskelig for sykehusledelse å skaffe seg oversikt over habiliteringsfeltet. NCMP’s prosedyrekoder for habilitering er tatt godt imot, siste versjon av prosedyrekodeverk er innført fra 1.januar 2013.

Sammenligninger av tallmateriale fra spesialistert habilitering gir utfordringer fordi man har for dårlige tall, målgruppe er ikke sammenfallende i alle avdelinger og innslaget av spesialtilbud utenom spesialisthelsetjenesten er ulikt fordelt. I tett befolkede områder finnes spesialskoler og kompetanseinstitusjoner som utfører deler av habiliteringsarbeidet, både utredning, behandling og oppfølging. Dette finnes ikke i Midt-Norge.

### **3.3 Ulike tjenestetilbud**

Det meste av pasienttilbudet utføres gjennom faste tverrfaglige team. I tillegg settes det sammen tilpassede team for hver enkelt pasient etter behovet for kompetanse. Kompetanse blir også innhentet fra alle andre fagområder innen spesialisthelsetjenesten, det krever stor grad av fleksibilitet. Tjenestetilbudet gis oftest poliklinisk eller ambulant.

I §15 i forskriften heter det: *Habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon.*

Mange utrednings- og behandlingstiltak bør gjøres i kontekst for å bli utført godt nok og for å tolkes riktig eller få best mulig effekt. Det betyr at svært mye arbeid bør gjøres ute og på pasientens ulike oppholdsarenaer. I samarbeid med kommunene er det HABU og HAVO sitt ansvar å avgjøre hvilken arena de må jobbe på for å komme fram til en korrekt diagnose/funksjonskartlegging og for at tiltak som utvikles virker der pasienten oppholder seg til daglig. Videre er det nyttig for samarbeidet med kommunene at spesialisthelsetjenesten treffer de riktige fagpersonene i kommunen og at læring foregår der pasienten er og der det skal fungere. Dette er en tidkrevende form for tjenesteyting.

Spesialisthelsetjenesten har rådgivnings- og veiledningsplikt overfor kommunene. Rådgivning og veiledning kan være arena-uavhengig, men bør alltid skje direkte til det kommunale personellet som har oppfølgings- og behandlingsansvar. Dette vil si at mye av veiledning og samarbeid skjer med barnehager, skoler, PPT og ulike botilbud. Samarbeid med Statped midt, NAV, voksenopplæring og bedrifter er nødvendig for å kunne gi utfyllende tjenester til alle pasientgrupper.

God pasient- og pårørendeopplæring har stor betydning. LMS-sentrene i helseforetakene har ansvar for utvikling av helsepedagogisk kompetanse, tilrettelegging for brukermedvirkning og evaluering av opplæringstiltak. Fagavdelingene har ansvar for å gjennomføre opplæringstiltak for sine målgrupper. Tilbudene fra HABU/HAVO har variert mellom å være gjentakende tilbud med en viss regelmessighet og enkeltstående tilbud som er planlagt fra gang til gang. Pasient og pårørendes behov for opplæring vil komme i ulike faser gjennom livet. Alle livsfaseoverganger, særlig overgangen ved 18 år, betyr vansker for mange og krever spesiell opplæring.

For å oppnå mål om deltakelse sosialt og i samfunnet, samt god livskvalitet, kreves en større vektlegging av fritidsaktiviteter og sosiale arenaer. Det er behov for utredning, utprøving og tilrettelegging for at mennesker med ulike typer funksjonsvansker skal få tilgang til tilpasset fysisk aktivitet og sosiale arenaer på linje med andre mennesker. Fysisk aktivitet og deltakelse sosialt og i samfunnet gir helsefremmende effekt på fysisk og mental helse for alle mennesker.

For enkelte pasientgrupper er det definert regionale funksjoner/delfunksjoner. Begrunnelser for å opprette regional funksjon kan være et spesifikt utstyrsbehov, spesifikt kompetansebehov, behov for å samle erfaring til ett sted og et eventuelt behov for kompetanse fra flere spesialiteter samtidig.

I § 13 i forskriften heter det i underpunkt b): det regionale helseforetaket skal videre sørge for tilbud om *Intensiv trening som inngår i individuell habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig spesialisert tilbud etter behandling.*

Innen rehabiliteringsfeltet utføres «Intensiv trening» oftest ved en innleggelse i sykehus eller i privat rehabiliteringsinstitusjon. Om innleggelse ikke er nødvendig eller ønskelig for HAVO/HABU sine målgrupper, må det likevel sikres at behandlingstilbudene finnes. Tilbudet bør skje gjennom samarbeid med kommunene og ved ambulant virksomhet.

Uten et betydelig samarbeid med kommunene vil det være vanskelig å oppnå tilstrekkelig intensitet. Gjennom samarbeid på lokal arena rundt intensiv trening skjer det viktig læring for kommunene. Kompetansen brukes i videre oppfølging av pasienten og kan overføres til andre. Det er ofte slik at kompetansen i spesialisthelsetjenesten er nødvendig for å se behov for og initiere en periode med intensiv innsats.

Det skal tilbys intensive tiltak innen flere funksjonsområder: mobilitet/grovmotorikk, aktivitet for daglig liv, kommunikasjon/samspill, finmotorikk, sansemotorikk, renslighet, seksualitet, atferd, spisetrening og postoperativ intensiv trening. I tillegg til nevnte felt, må HAVO kunne gå intensivt inn i en bolig, et dagtilbud eller en arbeidsplass for utredning og behandling ved endret atferd eller atferdsvansker.

I Midt-Norge har det delvis utviklet seg en ansvarsfordeling av arbeidet rundt autismedgruppen. Noen helseforetak har skriftlige avtaler på samarbeid rundt målgruppen, andre har et mer uformelt samarbeid. Alle HABU/HAVO-avdelingene tar imot og diagnostiserer autismespekterforstyrrelser. Psykisk helsevern tar ofte imot utredning og behandling av mennesker med høytfungerende autisme - både voksne og barn.

30 – 70% av mennesker med autismespekterforstyrrelser får psykiske lidelser i tillegg til sin autisme. Psykisk helsevern sin kompetanse på psykiske lidelser er av stor betydning for å møte målgruppen's behov og må gå hånd i hånd med annen kompetanse. Det er nødvendig med god kompetanse på autismespekterforstyrrelser både innen habilitering og psykisk helsevern for å kunne ha gjenkjenningskompetanse, utredningskompetanse, kompetanse for å se mulige differensialdiagnoser og komorbiditet, samt behandlingskompetanse.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9 *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemning*, legger noen arbeidsoppgaver til spesialisthelsetjenesten. Kommunene har etter § 9 – 9 *Krav til gjennomføring og evaluering*, plikt til å henvise til spesialisthelsetjenesten for bistand. Helseforetakene plikter å sørge for den kompetansen og kapasiteten som er nødvendig for å yte forsvarlig bistand til kommunene. I all oppfølging av pasienter med utviklingshemning skal spesialisthelsetjenesten bidra med veiledning for å forebygge og begrense bruk av tvang og makt. Mellom 10 og 20% av alle henvisninger til HAVO omhandler rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt.

Nasjonale kompetansesentre innen spesialisthelsetjenesten og innen Statped er av vesentlig betydning for å kunne yte tjenester med god kompetanse til enkelte pasienter. Prevalensen av enkelte tilstander er lav og det er ikke mulig å få bred nok erfaring eller kompetanse på de mest sjeldne tilstander. Det er viktig med samarbeid, fordeling av ansvar og roller.



### **3.4 Tjenestetilbud hos private**

Behov for intensive opptreningsperioder og bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner er tilstede også for pasienter med medfødte og tidlig ervervede sykdommer. Tjenestetilbudet er egnet for barn hvis foreldre kan oppholde seg på institusjonen. Tilbudene må være uavhengig av bistandsbehov.

Det er i løpet av de siste tre år utviklet et regionalt habiliteringstilbud ved Meråker kurbad for noen av habiliteringstjenestenes målgrupper. Tilbudet er en del av det tilbudet som Helse Midt-Norge kjøper fra private rehabiliteringsinstitusjoner. Tilbudet evalueres høsten 2013. Også andre private rehabiliteringsinstitusjoner skreddersyr enkelttilbud til målgruppen.

For å oppnå målsetting om deltakelse sosialt og i samfunnet er behovet for utredning, utprøving og tilrettelegging for egenerfaring på fritid stort. Beitostølen og Valnesfjord helsesportssenter har god kompetanse på området, og tilbyr verdifulle tjenester til befolkningen i Midt-Norge. Begrenset kapasitet, lange avstander og behov for samarbeid med lokale hjelpeinstanser tilsier imidlertid at noe av dette behovet bør dekkes i Midt-Norge.

Private treningssentre kan også gi gode bidrag til egentrening og trening med veiledning for ungdommer og voksne.

Midt-Norge bruker tjenester ved PTØ (Pedagogisk Trening og Øving)-senteret på Hamar/Trondheim. Disse tjenestene er til dels brukt fordi spesialisthelsetjenesten ikke har kunnet bidra til intensive treningsperioder.

Det er politisk vedtatt nasjonalt at foreldre med barn med funksjonsnedsettelse skal kunne søke om økonomisk støtte for å gjennomføre alternative, utenlandske behandlingstilbud for sine barn. En delvis begrunnelse for dette er igjen at spesialisthelsetjenesten ikke har kunnet tilby tjenester etter forventningene. Behandlingsoppleggene krever ofte at det brukes mange timer daglig på trening.

Kunnskapssenteret har utarbeidet rapporten *Intensiv trening /habilitering til barn med medfødt og ervervet hjerneskade* (2009), det ble ikke funnet oversikter eller studier som viste effekt av utenlandske programmer.

Det er utført en internasjonal studie (Norge og Danmark) om effekten av Domanmetoden og FHC, *Effekt av intensiv habilitering basert på Domanprogrammene* (2012). Studien viser små forskjeller mellom gruppen med Doman-behandling og gruppen med standard offentlig norsk tilbud. Forskjellene går i favør/disfavør av begge grupper. Foreldrene er likevel godt fornøyd med programmene, både fordi de føler at det blir gjort mer for barnet og fordi de selv føler seg bedre ivaretatt. Foreldres muligheter for valg er viktig.

### **3.5 Brukermedvirkning**

Pasienter og pårørende skal alltid informeres grundig og taes med på råd i forhold til behandling, utredning og videre oppfølging. Å ta brukermedvirkning på alvor kan forenkle og effektivisere habiliteringsprosessen. Brukermedvirkning rundt den enkelte

habiliteringsprosess må alltid aktualiseres i hjelpeapparatet, pasientens og pårørendes behov må ses i sammenheng.

Pasienter og pårørende har behov for tilgang på informasjon og opplæring for å kunne ta vare på egen helse og bli kvalifiserte medspillere i egen utredning og behandling. Pasienter, pårørende og samarbeidspartnere har behov for lett tilgang til informasjon.

I Helse Midt-Norge finnes brukerutvalg regionalt og i alle helseforetak. Det skal sikre at brukernes erfaring og kunnskap om å være tjenestemottaker systematisk blir brukt i tjenesteutforming. Helse Midt-Norge RHF legger vekt på at pasient og pårørendes erfaringer med tjenestetilbudet blir systematisk innhentet.

## 4 Samhandling

HAVO/HABU har i stor grad arbeidet etter intensjonene til det som nå er samhandlingsreformen siden oppstarten i 1991. Mange tjenester er utført ute i kommunene, veiledning til kommunalt personale har vært vanlig arbeidsmåte og HABU/HAVO har deltatt i arbeidsprosessene rundt IP. Forskriften tydeliggjør ansvaret rundt IP og brukerens krav på å få oppnevnt koordinator på begge tjenestenivåene er forsterket. Ansvaret til koordinerende enhet og brukerens individuelle koordinator er også bedre beskrevet.

### 4.1 Samhandlingsreformen

I samhandlingsreformen heter det “mer habilitering og rehabilitering skal over på kommunene”. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for at dette skjer i forsvarlig tempo. Erfaring viser at på grunn av stor variasjon i målgruppen og mange sjeldne tilstander, så er spesialkompetanse innen habilitering vanskelig å bygge opp og vedlikeholde i kommunene. Kommunene har likevel god oversikten over tilbud og muligheter lokalt.

Rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* (IS 1947, Hdir 2012) tar i bruk en modell for fordeling av ansvar mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjeneste der kompetansebehov, kompleksiteten i diagnose/ funksjonsvanske/ behandlingstilbud og et eventuelt behov for intensiv behandling skal defineres.

Lærings- og mestringsaktivitet skal kommunene ta deler av etterhvert. Spesialisthelsetjeneste og kommuner må avklare arbeidsfordeling og samarbeide om tiltakene.

For barn/unge/voksne med funksjonshemninger er det viktig at samarbeidspartnere utenom helsetjenesten deltar for å oppnå god helse, utvikling, deltakelse og livskvalitet. Personell innen boliger, barnehager, skoler, videregående skoler og PPT, både kommunal og fylkeskommunal, er viktig. For voksne med funksjonshemninger kan personell i boliger og ulike dagtilbud eller bedrifter være de viktigste samarbeidspartnere. Spesifikke tiltak i forhold til funksjonshemningen og god tilrettelegging bidrar til å skape god trivsel. Dette er helsefremmende og forebyggende arbeid direkte inn mot pasientens helse og utvikling.

Det er viktig at samarbeidet på systemnivå, mellom koordinerende enhet i kommuner, i helseforetak og RHF fungerer godt. De fleste pasientene i denne målgruppen har krav på og behov for en koordinator, både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg har de behov for IP. Å finne praktiske og fornyede former for samarbeid og effektiv kommunikasjon mellom tjenestenivåene er en utfordring.

Tverrfaglig dokumentasjon og kommunikasjon over tjenestenivåene og gjennom felles journal er viktig. Utvikling av ”en journal” skal sikre en tverrfaglig dokumentasjons- og samarbeidsplattform.

Veiledning til kommunene gjennom nyere IKT-muligheter kan spare mye tid. Habiliteringsfeltet er velegnet for utprøving av slik teknikk.

Tjenesteavtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste etablert innen samhandlingsreformen er godt utgangspunkt for å arbeide videre med pasientforløp for pasientgruppene innen HAVO/HABU. Spesielle utfordringer og løsninger kan identifiseres gjennom prosjekter som har pågått sammen med kommunene allerede fra 2012.

## **4.2 Internt samarbeid i spesialisthelsetjenesten**

I grenseland habilitering/rehabilitering/nevrologi er det pasientgrupper hvor det oppleves at ansvaret for tjenestetilbudet kan være uklart definert, at spesialisttilbudet som gis ikke er dekkende nok og hvor det er stor variasjon i tilbudet sykehusområdene imellom.

Psykiske lidelser hos HAVO/HABU's målgruppe krever ofte nært samarbeid med psykisk helsevern. Målgruppen er mer utsatt for å få psykiske lidelser enn resten av befolkningen. I enkelte situasjoner har psykisk helsevern ikke hatt muligheter for innleggelse i avdeling for denne målgruppen. En regional utredning i forhold til behovet for innleggelsesplasser har vært etterspurt. Noen i målgruppen har rusproblemer og her kreves nært samarbeid med avdelinger/institusjoner med ruskompetanse. Helse Midt-Norge RHF gjennomfører nå, på oppdrag fra Helsedirektoratet, et prosjekt om standardisert pasientforløp for gruppen mennesker med moderat til dyp utviklingshemning og psykiske lidelser. Det blir viktig at endringer i oppfølging med bakgrunn i dette prosjektet blir fulgt opp både fra kommuner, psykisk helsevern og habilitering. HAVO mottar også henvisninger der HAVO's tverrfaglige, utadrettede/ambulante arbeidsmetode spesielt etterspørres.

Samarbeid rundt pasienten ved overgangen til voksenlivet ved 18 år og skifte av behandlingsansvar fra barneavdelinger til voksenavdelinger må ivaretas gjennom standardiserte pasientforløp, samarbeidsavtaler og ikke minst gjennom IP.

Helsedirektoratet definerer habilitering som en somatisk helsetjeneste. Dette er en utfordring for dokumentasjon i journal for HAVO. Det er i dag et tydelig skille mellom journal for somatisk sykdom og journal for psykisk helsevern. Det må tas hensyn til behandlingmessige behov og behov for informasjon i akutte situasjoner.

HAVO's målgrupper må ha tilgang på kompetanse som finnes innen somatiske avdelinger når dette er pasientens behov.

Noen pasienter trenger narkose for å få utført undersøkelser/behandlinger /tannbehandling som vanligvis gjøres uten narkose. Flere undersøkelser/behandlinger kan gjøres under samme narkose. Det er nødvendig å få samordnet dette slik at de unngår å bli lagt i narkose unødige mange ganger.

### **4.3 Eksterne samarbeidspartnere**

Barn/unge/voksne med en omsorgssituasjon der helse og utvikling ikke blir ivaretatt er overrepresentert som brukere av helsetjenester, både somatiske og psykiatriske. Barn/unge / voksne med funksjonsvansker har økt risiko for å oppleve omsorgssvikt og overgrep. Bufetat og kommunenes barnevernstjenester er viktige samarbeidspartnere.

Statped midt dekker fra 2013 samme område som Helse Midt-Norge. De har spesialkompetanse innen syn, hørsel, lærevansker og kommunikasjon. Fra 2013 skal de bygge opp kompetanse på ervervede hjerneskader. Statped dekker alle aldersgrupper med sine tilbud. Helse Midt-Norge RHF har samarbeidsavtale med Statped på overordnet nivå. Videre arbeid må bestå i å etablere samarbeidsavtaler på klinisk nivå i helseforetakene.

Ungdom og voksne med funksjonshemninger har i økende grad vansker med å komme inn i arbeidslivet. NAV og kommunene har sentrale oppgaver for at samfunnet kan lykkes med å snu dette, men de er også ofte avhengig av et samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Anskaffelse av nye hjelpemidler krever kompetanse og samarbeid. Det må etableres fast samarbeid med NAV Hjelpemiddelsentral rundt formidling av hjelpemidler.

De frivillige organisasjonene gjennomfører mye verdifullt arbeid også for habiliteringstjenestenes målgrupper, de driver opplæring og jobber som likemenn. De skaper mange treffpunkter der folk kan møte andre i samme situasjon og med de samme utfordringer. Dette er verdifulle tilbud som spesialisthelsetjeneste og kommuner ikke alltid har mulighet for eller kompetanse til å drive. Pasienters oppmerksom bør i økende grad rettes mot brukerorganisasjoners nettsted for informasjon og muligheter for å komme i kontakt med likemenn. Spesialisthelsetjenesten har behov for å trekke inn erfarne brukerrepresentanter i arbeidet med å utvikle lærings- og mestringstiltak. Brukerutvalg i helseforetak og på regionnivå er viktige samarbeidsorganer.

Fylkesmannen er sentral samarbeidspartner rundt HOT-lovens kap.9. De har god kompetanse på begrensning av bruk av tvang og makt overfor mennesker med utviklingshemning og kan bidra til kompetanseheving og gi veiledning.

Det finnes flere nasjonale kompetansesentre med spesialkompetanse på svært sjeldne funksjonshemninger. Det er viktig at lokalt hjelpeapparat og spesialisthelsetjenesten sørger for at pasient og pårørende får tilgang til nødvendig kompetanse.

## 5 Forskning, fagutvikling og kompetanse

Helsefaglig forskning er en av de fire lovpålagte hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten. I Helse-Midt-Norge er det en målsetting å bruke 3% av totale driftsmidler til forskning og utviklingsarbeid. Helseforetakene har ansvar for å drive klinisk pasientrettet forskning som utvikles i nærhet til pasientens problemstillinger og avdelingens drift. Systematisk forskning og fagutvikling innen et fagområde danner grunnlaget for kvalitetsutvikling, utvikling av spesifikke kvalitetsindikatorer og for innføring av kunnskapsbasert praksis.

### 5.1 Forskning

Habilitering som tjenesteområde for spesialisthelsetjenesten oppsto i forbindelse med Ansvarsreformen (1991) og er dermed et ungt fagfelt. I Norge har forskning og tjenesteutvikling innen dette fagområdet stått svakt. Habilitering har vært prioritert område for tildeling av forskningsstipendier fra Samarbeidsorganet NTNU/Helse Midt-Norge RHF. I Midt-Norge har St.Olavs Hospital HF utført flere forskningsprosjekter. Noe forsknings- og utviklingsarbeid innen spesialisert habilitering er utført også i de andre helseforetakene. Faglig utvikling har vært god, mest med bakgrunn i erfaringer.

I Veileder for habilitering av voksne legges stor vekt på etablering av forskning og fagutvikling i helseregionene. Det må være tett samarbeid om forskning og fagutvikling mellom HAVO og tilgrensende fagområder som barnehabilitering, nevrologi, psykisk helsevern og rehabilitering.

Handlingsplan for habilitering av barn og unge (Hdir 2009) ser behovet for å styrke forsknings- og fagutviklingsinnsatsen knyttet til habilitering av barn og unge. De anbefaler opprettelse av en regional enhet for forskning innen spesialisert habilitering.

Forskning og fagutvikling vil bidra til bedre rekruttering av leger og psykologer. Med større vekt på forskning i fagfeltet vil det kunne utvikles flere og bedre kvalitetsindikatorer. Fra 2013 er registrering av reviderte prosedyrekoder startet innen habilitering og rehabilitering. Noen koder kan egne seg som indikatorer på kvalitet.

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU) i Midt-Norge er eget senter under Det medisinske fakultet ved NTNU. RKBU's overordnede mål er å utvikle, kvalitetssikre og forvalte vitenskapelig og klinisk tverrfaglig kunnskap og kompetanse innen alle sentrale områder i arbeid med barn og unges psykiske helse samt barnevern. De har jobbet målrettet for å få på plass en god infrastruktur for forskning.

Regionalt ledernetverk for Habilitering i Midt-Norge mener at forskningsmiljøene for barn/unge og voksne bør holdes samlet og at RKBU har en faglig basis og en infrastruktur som kan være tilpasset habiliteringsfeltet.

Brukernes medvirkning og kompetanse bør også komme inn i forskningen, slik kan de få innflytelse på område for forskning og forskningsprosessen.

## **5.2 Kompetanse**

Tverrfagligheten innen spesialisert habilitering er bred, med blant annet fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere, pedagoger, og vernepleiere, leger og psykologer. På grunn av stor tverrfaglighet kreves ekstra omtanke og ressurser for å holde kompetansen ved like og fornye den. Endring kan skje i kompetansebehov sett i en 5-årsperiode. Habiliteringen innen spesialisthelsetjenesten kan bli mer rettet mot utredning og kortere og mer intensive intervensjoner.

Rekruttering av psykologer innen spesialisert habilitering har vært vanskelig, særlig utenom Trondheim. HABU har hatt stabil tilgang på barneleger ansatt i nærmeste barneavdeling. Det er økende behov for kompetanse på barne- og ungdomspsykiatri innen HABU. Innen HAVO har rekruttering av leger vært mangelfull. Det er behov for faste psykiatere og nevrologer for å kunne dekke de vanligste medisinske behov innen målgruppen. HAVO har dessuten behov for et forutsigbart og avtalefestet samarbeid med flere andre legespesialiteter. Det er nødvendig at det tas et overordnet ledelsesansvar for legedekningen til habiliteringens målgrupper.

Ingen grunnutdanninger innbefatter spesiell opplæring innen spesialisert habilitering, de fleste gruppene må tilegne seg mer kunnskap gjennom videreutdanninger, kurs og ikke minst gjennom erfaring og samarbeid.

Alle personellgrupper har behov for kurs innen spesiell utredningsteknikk/-redskap og innen spesielle behandlingsmetoder/-standarder. Det er også behov for å øke kompetansen om fremmedkulturelle. Det må etableres nasjonalt eller inter-regionalt samarbeid for å bygge nødvendig spisskompetanse.

## **6 Målbilde for utvikling av spesialisert habilitering**

Mål for utviklingen av habiliteringstilbudet i Midt-Norge er satt innen tre områder:

- Tjenestetilbudet til pasient og pårørende
- Samarbeid og koordinering
- Forskning og utvikling av tjenestetilbudet

### **6.1 Tjenestetilbudet til pasient og pårørende**

- Familieperspektivet, livsløpsperspektivet og prinsippene om aktiv brukermedvirkning ligger som faglige fundament for tjenesteytingen.
- Likeverdig tilbud til både voksne, ungdom og barn i hele regionen - lik tilgjengelighet, kapasitet, kompetanse og likhet i prioriteringer.
- Både pasient og pårørende opplever at de får hjelp til å oppnå god livskvalitet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

- Både pasient og pårørende blir møtt med respekt, respekt for privatliv og god fagetikk
- Det er samarbeid med både pasient og pårørende om hvilket tjenestetilbud som er hensiktsmessig og dekkende ut fra pasientens behov, pasientens mål og lokalt miljø
- Utvikling av nye behandlingstiltak oppleves som gjennomførbart og støttende for pasient og pårørende
- Byråkratiske og organisatoriske stengsler er ikke et hinder for å finne gode løsninger.
- Private tjenestetilbud innen regionen benyttes til pasientens beste
- Spesialisthelsetjenester er gitt lokalt/ambulant når dette samlet sett gir best effekt
- Spesialisthelsetjenesten bistår slik at pasienten får tilgang til nødvendig kompetanse fra andre samarbeidspartnere på en smidig og effektiv måte
- Rapporter/oppsummeringer/epikriser fra spesialisthelsetjenesten er forståelig for pasient og pårørende, omfatter konklusjoner om videre oppfølging og eventuelt kriterier for rehenvisning

## **6.2 Samarbeid og koordinering**

- Innholdet i inngåtte avtaler mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste om ansvars- og oppgavefordeling blir realisert
- Det er utarbeidet standardiserte pasientforløp sammen med kommunene som dekker de vanligste tilstander
- Spesialisthelsetjenesten bistår kommunene med opplæring og informasjon slik at behovet i befolkningen blir erkjent
- Innovativ tenkning brukes for å utvikle et fleksibelt og effektivt tjenestetilbud
- Det legges vekt på et nært og utfyllende samarbeid med regionale og nasjonale kompetansemiljøer der dette er aktuelt for å møte pasientens behov
- Det er inngått samarbeidsavtaler med Statped som er dekkende for samarbeidet innen Statpeds kompetanseområder
- Samarbeid med flere aktuelle etater sikrer at riktige og nødvendige tiltak for funksjonshemmede blir iverksatt med mål om økt deltakelse i arbeidslivet

## **6.3 Forskning, fagutvikling og kompetanse**

Etiske og faglige retningslinjer styrer forskning og utviklingsarbeid

Rett kompetanse er sikret gjennom målrettet arbeid med kompetanse og rekruttering

Eget forskningsmiljø for habilitering er etablert innen 2015 med samarbeid mellom helseforetak, med universitet og høyskoler og nettverk for forskning innen spesialisert habilitering

Utvikling av kompetanse og kvalitet i tjenestetilbudet står sentralt i helseforetakenes planlegging av habiliteringstilbud

Det er gjennomført brukermedvirkning i forskningsprosessen

Studenter innen aktuelle fagområder har muligheter for praksisplasser innen habilitering

Samarbeide med fagskoler, høyskoler og universitet sikrer utdanninger med relevant innhold for habilitering

Samarbeid mellom regioner sikrer relevante kurs og videreutdanninger for personell innen habilitering

## 7 Utviklingstiltak

RHF og HF skal gjennomføre tiltak i samsvar med nasjonale og regionale føringer for å bedre tjenestetilbudet til mennesker med medfødt eller tidlig ervervet sykdom eller skade.

Tjenestetilbudet skal utvikles i nært samarbeid med kommunene. De utviklingstiltak som skal gjennomføres innen spesialisert habilitering følger de samme strategier som andre fagområder for å underbygge Strategi 2020. Bakgrunnen for utviklingstiltakene er beskrevet i kapittel 3 om status, kapittel 4 om samhandling og i kapittel 5 om forskning, fagutvikling og kompetanse.

### **7.1 Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester**

Med likeverdige tjenester menes at pasienter, uavhengig av diagnose, bosted og alder, skal ha lik tilgang til kompetente, effektive og pasientopplevd gode tjenester, tilpasset sitt behov. Likeverdighetsprinsippet knyttes til at tilbudet til den enkelte pasient ikke skal avvike i kvalitet på en slik måte at helsetilbudet forringes, selv om måten helsetilbudet gis på kan variere mellom ulike sykehus. Økt tilgjengelighet kan reguleres gjennom både økt kapasitet og endret lokalisering. Kapasitet kan økes gjennom mer effektive arbeidsprosesser, effektiviserende utstyr, annen oppgavedeling eller flere ansatte.

- I alle helseforetak skal HABU og HAVO gi tilbud til målgruppe definert i nasjonale styrende dokumenter og ha tydelig “dør inn”
- Helseforetakene skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og relevant kompetanse for å dekke målgruppens behov for spesialisthelsetjenester i hht forskrift og i henhold til henvisningsmengde

Herunder:

- tilbud om intensiv habilitering/trening av ulik type til hele målgruppen ved behov
- tjenester i fht Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, kapittel 9
- høy lederforankring i ansvar for å dekke de medisinskfaglige behovene til målgruppene innen habiliteringstjenestene
- sammen med kommunene må spesialisthelsetjenesten utvikle tjenester med større vekt på fritid, aktivitet, deltakelse sosialt og i samfunnet
- Prioriteringsveilederne skal benyttes som beslutningsstøtte for å fastsette rettighet og frist for start helsehjelp
- Det skal gjennomføres tiltak, både på systemnivå og individnivå, som sammen med kommunene sikrer at behov for spesialisthelsetjeneste blir oppdaget og meldt. Det



oppfordres til å arbeide innovativt og i tråd med samhandlingsreformen for å sikre dette

- Pasient og pårørende får tilgang til tilstrekkelig og relevant tjenestetilbud og kompetanse uavhengig av organisatorisk tilknytning for HABU/HAVO. Ansvar og roller skal til enhver tid være avklart.
- HABU/HAVO skal bistå med veiledning til andre deler av spesialisthelsetjenesten der det er behov for tverrfaglige og utadrettede tjenestetilbud og miljøtiltak
- Informasjon om habiliteringstilbudet i regionen og i hvert enkelt helseforetak skal bedres. Helseforetakenes hjemmesider bør benyttes bedre
- Pasient- og pårørendeopplæring skal bedres og standardiseres blant annet gjennom regionalt samarbeid

Herunder:

- Tilrettelegging for LMS-tiltak for fremmedspråklige
- Opplæringsansvarlig innen alle HAVO/HABU-enheter
- Samarbeid med kommunene om lærings- og mestringstiltak
- Bruk av nyere IKT-muligheter
- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at tilbudet innen private opptreningsinstitusjoner tilpasses behovet innen målgruppen for spesialisert habilitering. Helseforetakene skal samarbeide med private tilbydere og kommunene om å videreutvikle innholdet i tjenestetilbudet
- Helseforetakene tar ansvar for å få på plass en meldingsadresse ved behov for undersøkelser/behandling i narkose
- Helse Midt-Norge gir i oppdrag til fagledernetverk å definere og eventuelt planlegge regionale funksjoner sammen med Regionalt ledernetverk Habilitering.

## **7.2 Standardisere**

Standardisering er viktig arbeid for å sikre effektiv og kunnskapsbasert praksis.

Kunnskapsbasert standardisering av pasientbehandling kan redusere uønsket variasjon i klinisk praksis og er et nødvendig fundament for gode, likeverdige og framtidsrettede tjenester.

- Gjennom regionalt samarbeid skal det utvikles standardiserte opplæringstilbud til pasienter og pårørende som gis regelmessig. Helseforetakene skal samarbeide om eventuell regional oppgavefordeling og om regionalt opplæringsprogram for målgruppen.
- Gjennom regionalt samarbeid skal det utvikles standardiserte opplæringstilbud til samarbeidspartnere i kommunene som gis fast og forutsigbart. Helseforetakene bør samarbeide om eventuell regional oppgavefordeling. Noe av denne opplæringen bør skje i samarbeid med Statped.
- Det etableres en arbeidsgruppe på regionalt nivå som utreder arbeidet rundt voksne med CP
  - Avklaring av ansvar for CP-gruppen
  - Utviklingsarbeid for systematisk oppfølging/pasientforløp for voksne med CP.
  - Utvikle tilbud til gruppen i private opptreningsinstitusjoner og private treningsentre som en del av pasientforløpet i samarbeid med kommunene.

Dette gis i oppdrag til fagledernetverk fra Helse Midt-Norge RHF

- Foreldre som søker om økonomisk støtte til alternativ behandling i utlandet skal som en standard ha tilbud om samtaler med spesialisthelsetjenesten og personell fra bostedskommune. Mulige måter å bygge et tilfredsstillende tilbud fra kommuner og spesialisthelsetjeneste skal drøftes med dem og tilbys som et alternativ
- Å utarbeide faglige standarder, standardiserte pasientforløp og utvikling av regionale funksjoner skal starte i et regionalt samarbeid. Arbeidet skal videreføres i hvert helseforetak i samarbeid med kommunene
- Beskrivelse av kompetansebehov skal være en integrert del av standardiserte pasientforløp og sikre at pasientene får tilgang til den kompetansen de har behov for, også fra samarbeidspartnere utenom helsetjenesten
- Helse Midt-Norge RHF sørger for at det lages regionale retningslinjer for dokumentasjon i elektronisk pasientjournal (EPJ) for HAVO. Dette gis i oppdrag til fagledernetverk fra Helse Midt-Norge RHF
- Bruken av ambulante tjenester bør skje ut fra pasientens behov og etter kriterier utarbeidet sammen med kommunene

### **7.3 Ta i bruk pasientens egne ressurser**

Pasienter, pårørende og deres organisasjoner representerer unike kunnskapskilder som skal benyttes både i utvikling av tjenestetilbudet og i møtet med den enkelte pasient.

Pasientkunnskap er vesentlig for å styrke kunnskapsbasert praksis. Feil og manglende helhetlig tenkning kan bedres ved brukermedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter, pårørende og helse- og omsorgspersonell.

- Helseforetakene skal gjennomføre brukermedvirkning på individnivå og systemnivå
- Brukerundersøkelser gjennomføres hvert 3 år. Det skal oppnås enighet regionalt om hvilket kartleggingsredskap som benyttes.
- Brukermedvirkning sikres i forskningsprosjekter
- Helseforetakene skal ta i bruk IKT-verktøy som gir pasienten bedre tilgjengelighet til opplysninger og som letter samarbeid og kommunikasjon, eksempel: IKT-støttet verktøy for individuell plan
- Helseforetakene gjennomfører årlige møter med frivillige organisasjoner for å bidra til samarbeid og informasjonsutveksling.

### **7.4 Sikre bærekraftig fagmiljø både regionalt og lokalt**

Å sikre bærekraftige fagmiljø er et viktig tiltak for å kunne tilby habiliteringstjenester. De fleste tilbud er lite avhengig av utstyr, men er helt avhengig av kompetanse. Planlegging og utvikling av kompetanse må være i tråd med enhetenes kortsiktige og langsiktige mål basert på regional plan og i samsvar med ønsket utviklingen i samhandlingsreformen. Forskning og fagutvikling er viktig i arbeidet med å rekruttere fagpersonell.

- Alle HABU/HAVO-seksjoner i regionen skal ha løpende oversikt over enhetens behov for kompetanse på kort og på lang sikt

- Helseforetakene skal ha egen plan for å rekruttere og beholde leger og psykologer innen habilitering. Ansvar for dette må forankres på ledernivå
- Muligheter for forskning og fagutvikling må tilbys i alle enheter som ledd i å sikre motivasjon og rekruttering
- Helse Midt-Norge RHF og helseforetak skal samarbeide med andre regioner, fagskoler, høyskoler og universiteter for å utvikle kompetanse innen spesialisert habilitering

### **7.5 Vri ressursbruken fra drift til investering, forskning og utvikling**

Helse Midt-Norge har behov for omstilling og tiltak for å kunne vri ressursbruken fra drift til investeringer, forskning og utvikling. Med kapasitetsmangel og nesten alle driftsmidler knyttet til lønnsmidler og nødvendig kompetanse, så er det ikke aktuelt å vri ressurser fra drift. Midler til dette bør sikres gjennom intern prioritering, og ved å søke eksterne utviklings- og forskningsmidler. Spesialisert habilitering som fagområde er forskningssvakt, men erfaringssterkt.

- Helse Midt-Norge RHF skal initiere et samarbeid med RKBU med mål om å ha forskning og fagutviklingsaktivitet for spesialisert habilitering innen RKBU's portefølje fra 2014
- Helse Midt-Norge RHF må gjennom Samarbeidsorganet NTNU/HMN ha spesialisert habilitering blant de prioriterte fagområdene ved tildeling av prosjektmidler
- Helseforetakene skal delta i arbeidet for å finne gode kvalitetsindikatorer og kunnskapsbasert utvikling innen spesialisert habilitering gjennom en økt satsing på evaluering og forskning
- De enkelte HABU/HAVO-enheter skal arbeide for at prosedyrekoding blir gjennomført med god kvalitet slik at datagrunnlaget kan brukes til utvikling av tjenestetilbudet

### **7.6 Samhandling**

Oppgavedeling, arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner er i stadig endring. Dette gjelder både på tvers av fag, enheter, nivåer og etater. Samhandling med kommunene skal være grunnpilaren i utviklingen av tilbudet til barn/unge/voksne med funksjonshemninger. Samhandlingen skal møte pasientens behov for helhetlige og koordinerte tilbud. I tillegg er pasientene avhengig av samarbeid med ulike instanser ut fra behov for spesiell kompetanse. Helhetlige pasientforløp, som dekker habiliteringspasienters behov for samhandling og kompetanse over lang tid, vil ha størst betydning for pasientens opplevelse av tilpassede tjenester av god kvalitet.

- Alle helseforetak etablerer kliniske samarbeidsutvalg for HABU og HAVO sammen med kommunene. For HABU anbefales at dette skjer sammen med de andre barnefagene og for HAVO sammen med psykisk helsevern og/eller rehabilitering. Helseforetakene skal bidra til å understøtte interkommunalt samarbeid

- Samarbeid, samarbeidsavtaler og pasientforløp utarbeidet i Helse Midt-Norge skal bygge på samhandlingsmodellen i IS-1947 (Hdir 2012)
- Standardiserte pasientforløp skal utarbeides sammen med kommunene, ha livsløpsperspektiv og legge til rette for brukervedvirkning på en god måte
- HABU/HAVO, psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og andre aktuelle fagområder/avdelinger må dokumentere samarbeid rundt flere diagnosegrupper og undergrupper gjennom standardiserte pasientforløp. Aktuelle diagnosegrupper: autisme, ADHD, utviklingshemning, demens, nevrologiske tilstander, nevrologiske sykdommer. Flere grupper må føyes til ut fra lokale behov
- Behovet for regionale funksjoner må gjennomgås ved å bruke standardiserte pasientforløp som arbeidsmetode. Hele eller deler av et pasientforløp kan regionaliseres. En regional funksjon kan i prinsippet legges til hvilket som helst av foretakene i regionen. Helse Midt-Norge RHF gir dette i oppdrag til fagledernetverk.
- Helseforetakene utarbeider samarbeidsavtaler med eksterne samarbeidspartnere
- Helseforetakene tar ansvar for årlige samarbeidsmøter mellom habiliteringspersonalet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner.
- HABU/HAVO tar ansvar for årlige samarbeidsmøter med aktuelle internt i spesialisthelsetjenesten
- HAVO og HABU i alle helseforetak gjennomfører årlige møter med NAV med mål om bedre og mer forutsigbart samarbeid
- Spesialisthelsetjenesten (HAVO/HABU/evt.flere), kommuner, NAV Hjelpemiddelsentral, Statped midt lager samarbeidsavtaler rundt formidling, opplæring, oppfølging og evaluering ved anskaffelse av hjelpemidler. Helseforetakene tar initiativ til dette
- Innovativ bruk av aktuelle IKT-verktøy for å bedre samhandling med pasient/pårørende og samarbeidspartnere

## På lag med deg for din helse