

**AVTALE OM KJØP AV
SPESIALISERT REHABILITERING
I SPESIALISTHELSETJENESTEN**

mellom

private rehabiliteringsinstitusjoner

og

HELSE VEST RHF

1 Partene

Avtaleparter er:

Helse Vest RHF
Org.nr. 983 658 725
Nådlandskroken 11, 4034 Stavanger
Postboks 303, 4066 Stavanger

heretter omtalt som Helse Vest eller oppdragsgiveren

og

.....

heretter omtalt som eller institusjonen.

2 Formål

Formålet med avtalen er å regulere kontraktsforholdet mellom Helse Vest og institusjonen i forbindelse med levering av spesialisert rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten.

3 Bakgrunn

Helse Vest RHF har i henhold til spesialisthelsetjenesten § 2-1a ansvar for å yte spesialisthelsetjeneste til befolkningen i Helseregionen Vest. Dette omfatter også ansvar for at det tilbys og ytes nødvendig spesialisert rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten. For å oppfylle denne delen av ”sørge for” ansvaret inngår Helse Vest også avtale med private leverandører av tjenester innenfor rehabilitering som supplement til rehabiliteringstjenesten i helseforetakene.

4 Avtalens struktur

Følgende dokumenter regulerer avtaleforholdet mellom oppdragsgiver og leverandør:

- denne avtale med vedlegg 1 og 2
- konkurransegrunnlaget, med vedlegg¹
- leverandørens tilbud

¹ Vedlegg 3 til konkurransegrunnlaget, Kravspesifikasjon, følger vedlagt.

I den grad det skulle være motstrid mellom denne avtale og bestemmelser angitt i vedlegg til avtalen eller tilleggsavtaler mellom partene, skal avtalens bestemmelser ha forrang med mindre annet er uttrykkelig avtalt mellom partene.

5 Varighet

Avtalen gjelder f.o.m. 1.1. 2015 til 31.12. 2020.

6 Ytelsens/tjenestens art

6.1 Definisjoner

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 deltagelse sosialt og i samfunnet.

Opptrening forstås som en del av rehabiliteringsprosessen.

6.2 Ytelsens/tjenestens omfang og innhold

Institusjonen har etter denne avtalen med vedlegg plikt til å levere rehabiliteringstjenester på vegne av Helse Vest innenfor en økonomisk ramme på kr pr år. Avtalen er begrenset til å gjelde de tjenester som er beskrevet i vedlegg 1 til avtalen.

Nærmere beskrivelse av institusjonens tjenestetilbud pr pasientgruppe er angitt i vedlegg 1.

6.3 Kvalitet

Tjenesten skal utføres i henhold til den til enhver tid gjeldende lovgivning, forskrifter, retningslinjer og veiledere til spesialisthelsetjenesten, Tjenesten skal ytes ut fra et brukerperspektiv og tilpasses pasientens individuelle behov og mål.

Institusjonen skal ha et internkontrollsystem, jf. forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Det skal til enhver tid kunne dokumenteres at systemet er i aktiv bruk. Helse Vest har krav på innsyn i internkontrollsystemet.

Institusjonen plikter å ha kvalitetsutvalg, jf. lov om spesialisthelsetjenesten § 3-4.

Institusjonen skal til enhver tid ha personell som er tilpasset oppdraget og som innehar de formelle og faglige kvalifikasjoner som framgår av tilbudet, herunder vedlegg 1 til avtalen og bemanningsskjema vedlegg 2

Vesentlig endring av personalets samlede faglige kvalifikasjoner som framgår av tilbudet og som er angitt i vedlegg 2 til avtalen forutsetter Helse Vest sitt skriftlige forhåndssamtykke.

Det skal vises respekt for pasientenes personlige integritet, herunder religiøse og politiske syn.

Institusjonen skal være tilknyttet til Norsk Helsenett.

6.4 Henvisning og inntak

Pasienter henvises fra fastlege eller legespesialist via den regionale vurderingsenheten til institusjonen eller pasienten kan bli henvist direkte fra lege i sykehus til institusjon.

Helse Vest RHF har etablert en regional vurderingsenhet for inntak av pasienter til private rehabiliteringsinstitusjoner. Enheten skal sikre at vurdering og prioritering av pasientene skjer i tråd med pasientrettighetslovens bestemmelser samt prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederen. Enheten sikrer at pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste blir vurdert likeverdig. Ordningen har også som formål å bidra til samordning av tjenestene. Enheten er lokalisert til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Bergen.

Vurderingsenheten skal vurdere henvisninger fra fastleger og privatpraktiserende legespesialister. Henvisninger fra sykehus går direkte til institusjonen. Det kan i avtaleperioden skje endringer i henvisningspraksis fra sykehus.

Henvisninger for pasienter med sykkelig overvekt går ikke via vurderingsenheten, men via poliklinikkene for sykkelig overvekt i hvert helseforetak.

Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal prioriteres ved inntak.

Pasienter skal kunne overføres fra sykehus så snart de er medisinsk stabile og rehabilitering kan iverksettes, også i helgen.

Henvisninger blir vurdert i henhold til pasientrettighetsloven. Vurderingen av pasientens rettighet er enten foretatt av den regionale vurderingsenheten eller fra det enkelte sykehus pasienten kommer fra.

Det forventes at institusjonen samarbeider med vurderingsenheten og tilpasser praksis/prosedyrer for henvisning og inntak til rutiner som er/blir etablert.

Institusjoner som har tilbud til pasienter med sykkelig overvekt må samarbeide med poliklinikkene for sykkelig overvekt i helseforetakene i forbindelse med inntak.

Institusjonen skal sørge for at vurderingsenheten har tilstrekkelig informasjon til å vurdere om institusjonens tilbud kan gi resultater i forhold til pasientens behov, eller om den rehabilitering som kreves ligger utenfor institusjonens kompetanse.

Institusjonen må ha en ordning for mottak av henvisninger fra sykehus og henvisninger overført fra vurderingsenheten. Ordningen må sikre at oppholdet legges opp i tråd med pasientens behov, jf. pkt 6.5.

Pasienten skal være tilstrekkelig utredet fra henvisende instans. Ved utilstrekkelig opplyste henvisninger skal vurderingsenheten eller henvisende sykehus kontaktes for utfyllende opplysninger. Nye opplysninger skal dokumenteres.

Pasienter fra andre regioner skal tas inn etter de samme inntakskriterier som gjelder for pasienter fra Helseregion Vest. Det er gjestepasientoppgjør for pasienter som kommer fra andre regioner enn Helseregion Vest.

6.5 Behandlingen

Pasienten skal ha et helhetlig rehabiliteringstilbud bestående av faglig vurdering ved ankomst, behandling, rehabilitering og angivelse av nødvendig oppfølging etter opphold. Institusjonene skal gjennom internkontrollsystemet kunne dokumentere sine prosedyrer og disse skal være i samsvar med allment aksepterte faglige normer, jf krav til bruk av kunnskapsbaserte metoder og beste praksis. Tjenestene skal være tverrfaglige og bygge på kunnskapsbaserte metoder der slike finnes.

Behandlingen skal utføres faglig forsvarlig av kvalifisert personell.

Det skal generelt for alle pasienter kunne ytes enklere hjelp og assistanse ved behov. I tillegg skal det gis tilbud til pasienter med større bistandsbehov, dvs. døgnkontinuerlig assistanse og tilrettelegging i forbindelse med f.eks. personlig stell, inkl. toalettbesøk, påkledning, forflytning, måltider, og/eller som følge av lettere kognitive vansker. For noen tjenester er det definert en Barthel ADL-indeks som angir forventninger til grad av hjelpebehov som fortrinnsvis skal kunne dekkes, jf. vedlegg 1.

Alle pasienter skal ha en individuell vurdering og tilpasset rehabilitering i forhold til individuelle mål. Tjenestene kan ytes individuelt og/eller i grupper. Tilbud i gruppe kan inngå som del av det individuelle tilbudet.

Behandlingen skal utføres slik det fremgår av pasientens behandlingsplan, som kan være en del av individuell plan (IP). Planen skal utarbeides i samråd med pasienten, og eventuelt med henvisende instans. Institusjonen skal stille krav til pasientens egeninnsats for å nå mål for oppholdet og skal i samråd med pasienten legge opp fritiden som en integrert del av behandlingen for å stimulere pasientens egne ressurser og fremme egenaktivitet.

Institusjonen plikter å avklare pasientens individuelle mål for oppholdet, og å samarbeide aktivt med den enkelte pasient i planleggingen, gjennomføringen og evalueringen av pasientens tilbud på institusjonen. For å sikre helhet og kontinuitet i rehabiliteringskjeden, skal institusjonen, når pasienten gir sitt samtykke, samarbeide med relevante aktører i behandlingskjeden, som for eksempel henvisende lege/sykehus, kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten, NAV m.v. og gi anbefaling om den videre oppfølging av pasienten.

For pasienter i yrkesaktiv alder skal det fokuseres på pasientens muligheter og ressurser med hensyn til å komme tilbake i arbeid eller utdanning. Det skal ved behov og etter avtale med pasienten opprettes kontakt med NAV/arbeidsgiver for å avtale lokal oppfølging.

Når institusjonen håndterer legemidler skal det sikres at dette gjøres på en forsvarlig måte og i samsvar anbefalte rutiner for sikker legemiddelhåndtering (forskrift om legemiddelhåndtering og rundskriv IS-9 2008).

6.6 Oppholdstid

Oppholdstiden skal være tilpasset individuelle behov, dvs. at lengden på oppholdet for den enkelte pasient skal bestemmes ut fra mål for oppholdet og være basert på faglige vurderinger. Institusjonen skal legge til rette for kortere oppholdstider og økt gjennomstrømning av pasienter. Tett og tidlig samhandling med pasientens hjemkommune er viktig i denne sammenheng.

6.7 Individuell plan og koordinator

Institusjonen skal følge opp lov- og forskriftskrav knyttet til koordinerende enheter (KE) i kommuner og i spesialisthelsetjenesten, individuell plan og koordinator. Pasienter med behov for langvarige og koordinerte helsetjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Når institusjonen avdekker at pasienten har behov for individuell plan, skal institusjonen informere pasienten om retten til og hensikten med individuell plan, melde fra til koordinerende enhet, KE, i kommunen om behov for individuell plan, og bidra i utarbeidelsen av den i perioden hvor pasienten er innlagt i institusjonen.

Tjenestene i rehabiliteringsinstitusjonene skal for disse pasientene være et ledd i den individuelle planen, hvor pasienten også blir fulgt opp lokalt etter oppholdet. Institusjonen må derfor ha rutiner for å følge opp pasientens individuelle plan.

Under oppholdet i rehabiliteringsinstitusjonen skal det for hver pasient tilbys koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og samordning av tjenestetilbudet. Institusjonen skal samarbeide med allerede oppnevnte koordinatorene i spesialisthelsetjeneste og/eller kommune.

6.8 Samarbeid

Tjenestene ved rehabiliteringsinstitusjonene skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Det skal inngås samarbeidsavtaler med helseforetak/sykehus som ofte henviser pasienter til rehabilitering i institusjonen. Institusjonene skal samhandle med dette/disse helseforetak om fag- og tjenesteutvikling. Samhandling med lærings- og mestringssentrene er en del av dette. Det stilles krav om at institusjonen samarbeider med henvisende enhet på sykehus om å etablere forpliktende rutiner for pasientforløpet, både i tidlig og sen fase av et forløp.

Institusjonen skal følge opp samhandlingsrutiner, rapportering av ventetider mm opp mot Regional vurderingsenhet.

Institusjonene skal arbeide for å innrette sine tjenester i samsvar med innholdet i samarbeidsavtalene (gjelder særlig delavtale/tjenesteavtale 2, 5 og 6) mellom kommuner og helseforetak. Avtalene er å finne på helseforetakenes nettsider om samhandling.

Institusjonen skal bidra til veiledning av personell i kommunene som ledd i kompetanseoverføring knyttet til oppfølging av enkeltpasienter, jf. veiledningsplikten som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og rundskriv I-3/2013 om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

6.9 Epikrise til henvisende instans

Institusjonen skal innen 7 dager etter utskrivning, sende epikrise til henvisende instans, fastlege og andre relevante samarbeidsparter etter avtale med pasienten. Det er ønskelig at epikrisen følger pasienten ved utskrivning. Så langt det er mulig skal standardiserte og anbefalte måleverktøy benyttes for dokumentasjon og formidling til samarbeidspartnere.

Epikrise eller hovedtrekk i denne skal gjennomgå med pasienten i forbindelse med utskrivningssamtale. Pasienten skal få tilbud om å få kopi

6.10 Reopphold

Det kan tilbys reopphold. Det innebærer at pasienten etter en periode hjemme med avtalt egentrening og egen utprøving av anbefalte tiltak, kan tilbys nytt opphold ved institusjonen. Det er et krav at reoppholdet ansees som formålstjenlig for at pasienten skal nå sitt rehabiliteringsmål, og at det er mer sannsynlig at pasienten når sitt rehabiliteringsmål med videre oppfølging i rehabiliteringsinstitusjonen framfor gjennom oppfølging i hjemkommunen. En begrunnelse og et mål for reoppholdet må framgå av epikrisen, og Vurderingsenheten gjør en vurdering på grunnlag av tidligere og nye opplysninger.

6.11 Akutte komplikasjoner

Dersom det oppstår akutte komplikasjoner eller situasjoner som krever en mer omfattende behandling enn det institusjonen kan gi, skal pasienten henvises til offentlig sykehus. Dersom pasienten er henvist etter operasjon hos privat sykehus betalt av Helse Vest, kan pasienten dersom han/hun ønsker det henvises til samme sykehus. I slikt tilfelle må institusjonen i forkant avklare hvorvidt reinnleggelsen medfører kostnader for pasienten og orientere pasienten om dette.

Institusjonen skal til enhver tid og på kort varsel kunne skaffe legetilsyn, enten gjennom egne ansatte/innleide leger eller ved offentlig legesenter.

7. Tilrettelegging

7.1 Transport

Institusjonen skal samarbeide med helseforetakenes pasientreisekontor ved eventuelt bestilling og koordinering av transport av pasienter. Nærmere informasjon finnes på nettsidene: www.pasientreiser.no.

7.2 Ledsager

Institusjonen skal dekke behov pasienten har for å kunne gjennomføre oppholdet/behandlingen. Hovedregelen er at institusjonen skal ha tilstrekkelig bemanning til å gi pasientene forsvarlig helsehjelp herunder også nødvendig assistanse.

I situasjoner der pasienten er avhengig av særskilt oppfølging eller assistanse av pårørende/ledsager, og hvor bistanden ikke kan ytes av personalet ved institusjonen kan det være aktuelt at pasienten har egen ledsager (ansatt eller pårørende). Dette gjelder blant annet bistand til medisinske prosedyrer der ledsager/pårørende assisterer i det daglige og dette ikke hensiktsmessig kan utføres av annet hjelpepersonell. Andre eksempler på assistanse kan være kommunikasjonsvansker etter hjerneslag eller skade, eller ved

autismespekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming. Hjelpebehovet skal beskrives i henvisningen og vurderes av vurderingsenheten eller av henvisende sykehus/HF. Rehabiliteringsinstitusjonen dekker kostnaden.

Dersom pasienten selv og pårørende ønsker at pårørende kan være med under oppholdet, kan institusjonen legge til rette for dette. Institusjonen kan da la pasient/pårørende selv betale institusjonen for oppholdet. Institusjonens pris for slike opphold skal likevel oppgis i tilbudet.

7.3 Tolk

Institusjonen har plikt til å dekke behov for tolk der det er nødvendig for å kunne gjennomføre oppholdet og dekker kostnadene ved dette.

7.4 Fysiske utforming og tilrettelegging

Institusjonen skal være tilrettelagt og tilgjengelig for syns-, hørsels- og bevegelseshemmede, fortrinnsvis universelt utformet.

Institusjonen skal i rimelig grad tilrettelegge tilbudet sitt for pasienter med minoritetsbakgrunn/ fremmedkulturell bakgrunn.

8 Rapportering – dokumentasjon - oppfølging

8.1 Pasienterfaringer og kvalitetsdata

Institusjonen skal gjennomføre jevnlige brukererfaringsundersøkelser ved bruk av spørreskjema og metode utviklet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Resultater skal brukes i eget forbedringsarbeid og rapporteres til Helse Vest RHF.

8.2 Pasientskader, klagesaker, tilsynsrapporter

Institusjonen skal melde om betydelig personskade på pasient og hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade til Nasjonalt kunnskapssenter i tråd med spesialisthelsetjenesten § 3-3.

Ved alvorlige hendelser skal Statens helsetilsyn varsles, jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a. Kopi av denne melding skal gå til Helse Vest RHF.

Institusjonen skal hvert tertial oversende Helse Vest en kortfattet oversikt over eventuelle pasientskader, dødsfall m.v.

Kopi av dokumentene i eventuelle klagesaker fra pasienter eller pårørende skal i anonymisert form uoppfordret sendes Helse Vest.

Ved myndighetstilsyn skal tilsynsrapporter sendes uoppfordret til Helse Vest.

8.3 Aktivitet

Institusjonen skal for hvert tertial rapportere aktivitet til Norsk pasientregister (NPR) etter nærmere spesifikasjoner fra NPR. Dette inkluderer registrering og rapportering av prosedyrekoder etter spesifisering fra NPR.

Årsrapport med regnskap sendes Helse Vest RHF i 2 eks. så snart dette er styregodkjent.

Helse Vest RHF kan også ved behov kreve særskilt rapportering.

8.4 Oppfølging

Oppdragsgiver og leverandør har et felles ansvar for å bidra til aktivt samarbeid med sikte på å oppnå større effektivitet i alle ledd i avtaleforholdet. Etter gjennomgang av tertialrapportene, kan partene møtes for å evaluere avtalen og praksis.

Partene skal møtes for å evaluere avtalen og praksis dersom en av partene finner det nødvendig. Det skal i avtaleperioden avholdes minst ett årlig møte.

Helse Vest har, i avtaleperioden, rett til å foreta revisjon av Leverandørens systemer, rutiner og aktiviteter som er forbundet med leveransen. Ved revisjon skal leverandøren vederlagsfritt yte rimelig assistanse.

9 Forskning og etterutdanning

Institusjonen erkjenner sitt ansvar når det gjelder å bidra til etter- og videreutdanning av helsepersonell samt forskning, evaluering og erfaringsutveksling, og er positive til at man i avtaleperioden kan drøfte muligheten av ordninger på dette området enten mot et enkelt helseforetak eller mot Helse Vest.

Institusjonen skal ha en plan for fagutvikling, kompetansevedlikehold og kompetanseheving. Fagpersonellet skal være oppdatert på ny forskning, kunnskap og praksis relevant for pasienttilbudene ved institusjonen.

10 Brukermedvirkning og informasjon

10.1 Brukermedvirkning

Institusjonen skal praktisere brukermedvirkning på både individnivå og systemnivå i tråd med ”Mål og strategi for brukermedvirkning i Helse Vest” (jf. styresak 130/12). Dette innebærer bl.a. at institusjonen skal:

- samarbeide aktivt med den enkelte pasient for å avklare pasientens individuelle mål for oppholdet, planlegge, gjennomføre og evaluere pasientens tilbud på institusjonen
- ha brukerutvalg, eller tilsvarende fast organ for medvirkning på systemnivå, med representanter oppnevnt av brukerorganisasjoner.

10.2 Informasjon om tilbudet

Institusjonen skal også gi nødvendig informasjon om institusjonens tilbud til publikum, helsetjeneste og øvrige relevante offentlige og private tjenesteytere

10.3 Informasjon om ventetid

Institusjonen skal holde den regionale vurderingsenheten og samarbeidende helseforetak oppdatert på ventetider.

10.4 Informasjon om egenandeler og ekstra kostnader

Institusjonen skal forsikre seg om at pasienten er orientert om egenandeler og andre utgifter som ikke betales av Helse Vest.

11 Pasientbetaling

11.1 Egenandeler

Pasienten skal betale de egenandeler som fastsettes av Helse- og omsorgsdepartementet.

11.2 Fritak for egenandel ved krigs- og yrkesskade

Det skal ikke kreves egenandel av pasienter der behovet for opphold skyldes yrkesskade eller krigsskade, jf. forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner. Institusjonen skal dekke kostnaden.

11.3 Øvrige pasientbetalte tjenester

Institusjonen kan motta selvbetalende brukere/gjester eller inngå avtaler om behandling av pasienter med kommuner, NAV eller andre, når dette ikke fortrenger tilbud som er regulert i denne avtalen.

Institusjonen kan også yte tilleggstjenester som finansieres av pasienten når dette ikke fortrenger tilbud som er regulert i denne avtalen.

12 Finansiering

12.1 Utbetaling

Kontraktssummen er rammefinansiert, i henhold til vedlegg 1 til denne avtale og utbetales forskuddsvis i 12 like månedlige rater innen den 12. i hver måned.

12.2 Avregning - rammefinansiering

Ved lavere belegg og/eller produksjon enn 90 prosent av avtalt kapasitet i gjennomsnitt i løpet av ett kalenderår kan Helse Vest gjøre trekk i betalingen. Institusjonen skal varsle Helse Vest straks det foreligger grunn til å tro at det vil bli lavere belegg enn 90 prosent.

Beleggsprosenten beregnes ut fra antall faktiske oppholdsdøgn/-dager, jf NPR rapporter og antall døgn-/dagplasser stilt til disposisjon for Helse Vest, jf. vedlegg 1 til denne avtale.

12.3 Forsinket betaling

Ved forsinket betaling svarer Helse Vest forsinkelsesrente i henhold til lov om renter ved forsinket betaling m.v. av 17. desember 1976 nr 100.

13 Forsikring

13.1 Pasientskadeforsikring

Pasienter som ytes spesialisthelsetjeneste under avtalen med Helse Vest, er sikret gjennom NPE (Norsk Pasientskadeerstatning). Ved skadetilfeller betaler leverandøren egenandel etter samme satser som helseforetakene er pålagt.

13.2 Ansvarsforsikringer

Institusjonen har selv ansvar å sikre at institusjonen, deres ansatte og innleid arbeidskraft til enhver tid har de nødvendige forsikringer.

14 Krav til lønns- og arbeidsvilkår

Institusjonen og deres underleverandører plikter å gi sine ansatte lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av gjeldende landsomfattende tariffavtale for den aktuelle bransje.

Med lønns- og arbeidsvilkår menes i denne sammenheng bestemmelser om minste arbeidstid, lønn, herunder overtidstillegg, skift- og turnustillegg og ulempetillegg, og dekning av utgifter til reise, kost og losji, i den grad slike bestemmelser følger av tariffavtalen.

Institusjonen og deres underleverandører må på forespørsel opplyse om hvilken landsomfattende tariffavtale de legger til grunn overfor sine ansatte, samt fremlegge et eksemplar av denne tariffavtalen ved kontroll..

Helse Vest har rett til innsyn i dokumenter og rett til å foreta andre undersøkelser som gjør det mulig for oppdragsgiver å gjennomføre nødvendig kontroll med at kravet til lønns- og arbeidsvilkår overholdes.

Institusjonen plikter å ha tilsvarende kontraktsbestemmelse i sine kontrakter med underleverandører og skal gjennomføre nødvendig kontroll hos sine underleverandører for å påse at plikten overholdes.

Dersom leverandøren ikke etterlever klausulen, har oppdragsgiveren rett til å holde tilbake vederlag til det er dokumentert at forholdet er i orden.

15 Etikk

15.1 Krav til menneskerettigheter

Leverandøren skal respektere grunnleggende krav til menneskerettigheter. Leverandøren skal forsikre seg om at leverandøren selv og leverandørens avtalepartnere etterlever kravene som er angitt nedenfor.(15.2- 15.4). Kravene bygger på sentrale FN-konvensjoner og ILO-konvensjoner.

Kravene angir minimumsstandarder. Der hvor konvensjoner og nasjonale lover og reguleringer omhandler samme tema, skal den høyeste standarden alltid gjelde. Dersom leverandøren bruker underleverandører for å oppfylle denne avtalen, er leverandøren forpliktet til å videreføre og bidra til etterlevelse av kravene hos sine avtaleleverandører.

15.2 Forbud nr 138 og 182) mot barnarbeid (FNs barnekonvensjon artikkel 32, ILO-konvensjon

Barn har rett til å bli beskyttet mot økonomisk utnyttning i arbeid, og mot å utføre arbeid som kan svekke utdannings- og utviklingsmuligheter.

Minstealderen må ikke i noe tilfelle være under 15 år (14 eller 16 år i visse land).

Barn under 18 år skal ikke utføre arbeid som setter helse eller sikkerhet i fare, inkludert - nattarbeid.

Dersom det foregår slikt barnarbeid, skal det arbeides for snarlig utfasing. Det skal samtidig legges til rette for at barna gis mulighet til livsopphold og utdanning inntil barnet ikke lenger er i skolepliktig alder.

15.3 Forbud mot tvangsarbeid/slavearbeid (ILO-konvensjon nr 29 og 105)

Det skal ikke foregå noen form for tvangsarbeid, slavearbeid eller ufrivillig arbeid.

Arbeiderne må ikke levere depositum eller identitetspapirer til arbeidsgiver, og skal være fri til og avslutte arbeidsforholdet med rimelig oppsigelsestid.

15.4 Forbud mot diskriminering (ILO-konvensjon nr. 100 og 111)

Det skal ikke foregå noen diskriminering i arbeidslivet basert på etnisk tilhørighet, religion, alder, uførhet, kjønn, ekteskapsstatus, seksuell orientering, fagforeningsmedlemskap eller politisk tilhørighet.

16 Miljø

Leverandøren skal i avtaleperioden oppfylle avtalens miljøkrav og gjeldende miljølovgivning. Leverandøren skal aktivt arbeide for å minske miljøbelastningen. Leverandøren forplikter seg til enhver tid å ha returordninger i henhold til gjeldende offentlige bestemmelser og forskrifter.

17 Force Majeure

Dersom avtalens gjennomføring helt eller delvis hindres, eller i vesentlig grad vanskeliggjøres av forhold som ligger utenfor partenes kontroll og som de ikke burde ha forutsett ved avtalens inngåelse, suspenderes partenes plikter for så lang tid som forholdet varer. Slike

forhold inkluderer forhold som etter norsk rett blir betraktet som force majeure. Som force majeure regnes også streik og lockout.

Bestemmelsen gjelder ikke dersom den rammede part uten urimelig kostnad og ulempe kan overvinne følgene av de uforutsette hindringene.

Den rammede part plikter å varsle den annen part straks dersom slike hindringer oppstår.

Dersom hindringen varer eller må antas å vare mer enn 30 dager, kan avtalen sies opp av den annen part etter varsel på 3 uker. Den rammede part kan ikke gå fra avtalen etter dette punktet.

Når hindringen opphører skal det opprettes dialog mellom partene med hensyn til videre samarbeid.

18 Mislighold

Dersom en av partene mener at den annen part har misligholdt avtalen på et eller flere punkter, skal skriftlig underretning gis uten ugrunnet opphold. I underretningen må den part som vil påberope seg misligholdet gjøre rede for hva som anses misligholdt og hvilke forhold som kreves rettet. Dersom misligholdet ikke blir rettet innen 30 dager etter at underretning er mottatt, kan avtalen sies opp med 3 – tre – måneders varsel

Dersom en av partene gjør seg skyldig i vesentlig mislighold av sine forpliktelser etter avtalen, kan avtalen uansett heves med umiddelbar virkning, dog slik at avtalen skal avvikles i løpet av 3 uker. Dersom en av partene vil heve avtalen på grunn av vesentlig mislighold, skal det gis skriftlig begrunnet beskjed uten ugrunnet opphold.

Partene plikter i slike tilfelle å avklare hvordan pasientene skal informeres og følges opp videre.

For øvrig vil mislighold medføre sanksjoner i henhold til alminnelige kontraktsrettslige prinsipper.

Dersom institusjonen ikke kan levere det volum som institusjonen i denne avtalen har forpliktet seg til å levere, har Helse Vest rett til å kreve erstatning for de eventuelle merkostnader som påføres Helse Vest.

19 Opsjoner og endringer

19.1 Opsjoner

Helse Vest har en ensidig opsjon på forlengelse av avtalen for to (2) år.

Bruk av prolongeringsopsjonen skal være meddelt skriftlig senest fire (4) måneder før avtalens utløp.

Helse Vest har en opsjon på utvidelse av avtalens volum med inntil 50 % av opprinnelig volum. Utløsning av opsjon skjer etter de samme prinsipper og føringer som går fram av

konkurransesgrunnlagets kap 5. Tilbyder har ikke plikt til å utvide volumet.

Bruk av utvidelsesopsjonen skal være meddelt skriftlig senest to (2) måneder før utvidelsen trer i kraft. Utvidelsesopsjonen kan benyttes for en kortere eller lengre periode av avtalens varighet.

Ved en utvidelse av varighet og/eller volum vil tilbyder få de samme betingelser og det vil stilles de samme krav som etter gjeldende avtale.

19.2 Endringer generelt

Institusjonen er innforstått med at føringer som gis fra sentrale myndigheter til de regionale helseforetakene med hensyn til tjenesten og aktivitet, kan bli gjort gjeldene i forholdet mellom leverandøren og Helse Vest.

19.3 Endringer i behandling/metode

Oppdragsgiver kan kreve mindre justeringer av behandling/metoder som beskrevet i kontrakten dersom faglige vurderinger tilsier at dette er ønskelig. Slike tilpasninger plikter tilbyder å gjøre uten justeringer av vederlaget. Dersom faglige vurderinger hos oppdragsgiver tilsier at det er ønskelig å gjøre større justeringer av rehabiliteringstjenestene som er omfattet av kontrakten, eksempelvis fordi det i avtaleperioden utvikles nye kunnskapsbaserte metoder/teknikker/utstyr som er relevant for en god pasientbehandling, kan oppdragsgiver pålegge leverandøren å justere rehabiliteringen som er beskrevet i kontrakten. Dersom slike større justeringer medfører økning i institusjonens kostnader skal enhetsprisene justeres for avviket. Justeringene skal reflektere prisnivået på de opprinnelige enhetsprisene.

19.4 Endringer som følge av «Fritt sykehusvalg»

På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er Helsedirektoratet i gang med å utrede om fritt sykehusvalg skal utvides til også å omfatte private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionalt helseforetak. Institusjonen må forholde seg til eventuell innføring i løpet av avtaleperioden og de endringer dette vil føre med seg.

19.5 Endringer som følge av innføring av digitale kommunikasjonsløsninger

Elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak og fastleger er under utvikling. Etter nærmere avtale med Helse Vest må institusjonen på sikt ta del i utviklingsarbeid for elektronisk meldingsutveksling knyttet til rehabiliteringsinstitusjonene.

Helse Vest har også etablert et prosjekt kalt «Alle møter». Det er i dette identifisert flere områder som skal bidra til at alle pasienter møter til avtalt time, og gjennom det øke kapasiteten. Dette går på blant annet god kommunikasjon mellom sykehus og pasienter og pårørende, bedre organisering og oppgaveplanlegging.

Helse Vest lanserte i januar 2014 første lansering av digital kommunikasjon mellom helseforetakene og pasientene/pårørende. Vestlandspasineten.no legger til rette for god digital kommunikasjon med pasientene. Alle helseforetak skal tilby denne tjenesten innen utgangen av 2014. Institusjonen må forholde seg til at private institusjoner som har avtale med Helse Vest på sikt må ta del i dette utviklingsarbeidet etter avtale med Helse Vest.

20 Prisjustering

Prisen blir justert for deflator som følger av statsbudsjettet. Første justering vil skje fra 1.1.2016. Justeringer skjer deretter årlig pr.1.1.

Ved eventuell endringer i forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner(FOR-2005-12-20 1629) vil dette medføre korrigerende av pris.

21 Offentlighet

Institusjonen skal utføre sine oppgaver med åpenhet for å sikre muligheten for innsyn, innspill og dialog.

Avtalen, uten vedlegg, er gjenstand for offentlighet. Avtalen vil bli lagt ut på hjemmesiden til Helse Vest.

22 Tvist og søksmål

I tilfelle uenighet om avtalens innhold eller om forhold som har sammenheng med gjennomføringen av avtalen, skal denne søkes løst ved forhandlinger. Dersom forhandlinger ikke fører fram skal tvisten bringes inn for de ordinære domstoler.

I tilfelle søksmål vedtas verneting der Helse Vest har sin administrasjon.

Denne avtale er underskrevet i 2 -to – eksemplarer, hvorav partene beholder ett hver.

Dato:

Dato:

Helse Vest RHF

privat rehabiliteringsinstitusjon

Herlof Nilssen
adm. direktør

Vedlegg 3
til konkurransegrunnlaget

KRAVSPESIFIKASJON

Kjøp av spesialiserte rehabiliteringstjenester
innenfor spesialisthelsetjenesten

Innhold

1.	Innledning	3
2.	Generelle krav til tjenestene som skal kjøpes.....	4
2.1	Innholdet i tjenestene skal være på spesialisthelsetjenestenivå.....	4
2.2	Fagkompetansen skal være på spesialisthelsetjenestenivå	5
2.3	Tjenestene skal være del av en sammenhengende tiltakskjede	6
2.4	Brukermedvirkning	8
2.5	Tilrettelegging.....	8
2.6	Fysisk utforming/utstyr og tilgjengelighet.....	9
3.	Pasientgrupper som omfattes av anskaffelsen	9
3.1	Hovedgrupper av pasienter som skal ha tilbud i rehabiliteringsinstitusjonene	9
3.2	Diagnosegrupper	10
3.3	”Raskere tilbake-ordningen”.....	11
4.	Særskilte forhold knyttet til ulike tilbud	12

1. Innledning

I denne kravspesifikasjonen er det lagt vekt på å beskrive de behov som skal dekkes. Tilbyder skal med utgangspunkt i kravspesifikasjonens rammer beskrive pasientgruppene institusjonen vil gi tilbud til og hvordan tjenestene ytes.

Helse Vest ønsker tilbud på spesialiserte rehabiliteringstjenester.

Med rehabilitering forstås:

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

Habilitering forstås på samme måte som rehabilitering, men vil fortrinnsvis være rettet mot mennesker med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser. I det følgende inkluderer begrepet spesialisert rehabilitering også habilitering.

Opptrening, som kan defineres som tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner, forstås som en del av en rehabiliteringsprosess.

Vi legger til grunn at spesialiserte rehabiliteringstjenester skal ha en intensitet, kompleksitet og spesialisering av en slik grad at tilbud ikke kan gis i kommunehelsetjenesten.

Tilbud innenfor ordningen "Raskere tilbake" er inkludert i denne konkurransen.

Vi vil vurdere hvordan det enkelte tilbud er egnet til å bidra til et helhetlig rehabiliteringstilbud med differensierte tjenester for pasienter i Helseregionen Vest.

Tilbyder skal fortrinnsvis kunne dekke en viss bredde innenfor spesialisert rehabilitering og ha en viss fleksibilitet i tilbudet. Vi vil derfor prioritere tilbud som omfatter flere pasientgrupper (fortrinnsvis tre eller flere pasientgrupper), som har et stort volum (fortrinnsvis 30 eller flere plasser) og som omfatter både dag- og døgntilbud. Alle tilbud skal omfatte tjenester til pasienter med bistandsbehov. Dersom det er nødvendig for å sikre helheten i tilbudet til pasientene i regionen, kan dette i særskilte tilfeller fravikes.

Tjenesten skal leveres i Helseregion Vest og må fortrinnsvis være tilgjengelig fra 01.01. 2015.

2. Generelle krav til tjenestene som skal kjøpes

2.1 Innholdet i tjenestene skal være på spesialisthelsetjenestenivå

- Tjenestene skal være tverrfaglige og bygge på kunnskapsbaserte metoder der slike finnes, og i valg av metode skal beste faglige praksis legges til grunn. Så langt det er mulig skal standardiserte og anbefalte måleverktøy benyttes for å evaluere tilbudet og dokumentere resultater av rehabiliteringen (jf. også kap. 4). I løpet av avtaleperioden kan institusjonen bli pålagt systematisk bruk av kvalitetssikrede måleverktøy.
- Pasientene skal være medisinsk utredet og medisinsk stabile (ferdigbehandlet/utskrivingsklar), men ikke nødvendigvis selvhjulpne. Pasientene skal være motiverte, ha et mål for rehabiliteringen og ha et rehabiliteringspotensiale, dvs. potensiale for å forbedre funksjon og livskvalitet.
- Pasienter skal kunne overføres fra sykehus så snart de er medisinsk stabile og rehabilitering kan iverksettes, også i helgene.
- Det skal generelt for alle pasienter kunne ytes enklere hjelp og assistanse ved behov. I tillegg skal det gis tilbud til pasienter med større bistandsbehov, dvs. døgkontinuerlig assistanse og tilrettelegging i forbindelse med f.eks. personlig stell, inkl. toalettbesøk, påkledning, forflytning, måltider, og/eller som følge av lettere kognitive vansker. For noen tjenester er det definert en Barthel ADL-indeks som angir forventninger til grad av hjelpebehov som fortrinnsvis skal kunne dekkes, se kapittel 4.

Helse Vest vil øke kapasiteten for pasienter med bistandsbehov, og ønsker en jevn fordeling i regionen av dette tilbudet. Tilbudet skal fortrinnsvis finnes ved alle institusjoner, men skal ikke gjelde for alle plassene.

- Alle pasienter skal ha en individuell vurdering og tilpasset rehabilitering i forhold til individuelle mål. Tjenestene kan ytes individuelt og/eller i grupper. Tilbud i gruppe kan inngå som del av det individuelle tilbudet.
- Oppholdstiden skal være tilpasset individuelle behov, dvs. at lengden på oppholdet for den enkelte pasient skal bestemmes ut fra mål for oppholdet og være basert på faglige vurderinger. Tradisjon, forventning og standardisert liggetid skal ikke være avgjørende. Det skal legges til rette for kortere oppholdstider og økt gjennomstrømning av pasienter. Tett og tidlig samhandling med pasientens hjemkommune er viktig i denne sammenheng, jf. kap. 2.3.
- Det kan tilbys reopphold. Det innebærer at pasienten etter en periode hjemme med avtalt egentrening og egen utprøving av anbefalte tiltak, kan tilbys nytt opphold ved institusjonen. Det er et krav at reoppholdet ansees som formålstjenlig for at pasienten skal nå sitt rehabiliteringsmål, og at det er mer sannsynlig at pasienten når sitt rehabiliteringsmål med videre oppfølging i rehabiliteringsinstitusjonen framfor gjennom oppfølging i hjemkommunen. En begrunnelse og et mål for reoppholdet må framgå av epikrisen, og Vurderingsenheten gjør en vurdering på grunnlag av tidligere og nye opplysninger.

- Når institusjonen håndterer legemidler skal det sikres at dette gjøres på en forsvarlig måte og i samsvar anbefalte rutiner for sikker legemiddelhåndtering (forskrift om legemiddelhåndtering og rundskriv IS-9 2008).
- Helse Vest ønsker primært en kombinasjon av døgn- og dagopphold, men tilbyder kan også gi tilbud på døgnopphold eller dagopphold. Med dagopphold forstås minimum 5 timer tverrfaglig tilbud, fortrinnsvis med tilgang til rom/seng for hvile. Dagtilbud skal fortrinnsvis gis ved institusjoner med sentral plassering, nær befolkningskonsentrasjoner slik at dagtilbudet ikke fører til mye reising for pasienter.
- Det skal være et aktivt tilbud i helger og ettermiddager. Tjenesten skal ivareta akutt situasjoner (dag/døgn/helg).
- Tjenesten kan også omfatte tilbud innenfor ordningen ”Raskere tilbake”. Formålet med ordningen er å få syke raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Målgruppen er personer som er sykmeldte, herunder langtidssykmeldte, og som mottar sykepenger. Se for øvrig punkt 3.3.

2.2 Fagkompetansen skal være på spesialisthelsetjenestenivå

- De medisinske og helsefaglige tjenester som tilbys skal være forsvarlige. Tjenestene skal tilrettelegges slik at personell som utfører dem blir i stand til å overholde lovpålagte plikter og slik at tjenestene bidrar til å gi den enkelte pasient et helhetlig og koordinert tjenestetilbud. (jf. §2-2 Spesialisthelsetjenesteloven med kommentarer)
- Fagkompetansen skal være bredt tverrfaglig sammensatt for å kunne ivareta pasientenes ulike behov for funksjonsundersøkelser, funksjonstrening og andre rehabiliteringstiltak, undervisning, opplæring og assistanse.
- Det må være samsvar mellom tilbudet som gis og fagkompetanse og bemanning. Sammensetningen av fagkompetansen skal være tilpasset sammensetningen av pasientgrupper og tilbudet som ytes.
- Grunnbemanning må bestå av lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Institusjonen må i tillegg ha særskilt kompetanse i samsvar med innhold i og omfang av de tjenester som tilbys, jf. kapittel 4 om særskilte forhold knyttet til ulike tilbud, bl.a. fagkompetanse.
- Det skal være tilstrekkelig medisinsk faglig kompetanse tilsatt i institusjonen. Dette skal være medisinsk faglig spesialistkompetanse, fortrinnsvis innen fysisk medisin og rehabilitering, eller annen spesialistkompetanse relevant for tilbudet som skal gis. Legedekningen skal stå i forhold til antall pasienter og innhold/kompleksitet i tjenesten. Det skal fortrinnsvis være minst ett legeårverk.
- Det skal være medisinsk kompetanse til å ivareta pasienter med komorbiditet, og til fortløpende å vurdere, og ved behov endre, enkeltpasientenes medisinbruk.
- Pasienter med bistandsbehov i forbindelse med f.eks. personlig stell, påkledning, forflytning, måltider, og/eller som følge av lettere kognitive vansker skal ha slik bistand i tilstrekkelig omfang og på døgnbasis. Tjenesten skal tilbys av personell med relevant kompetanse, og gjennom ivaretagelse av pasienten sitt mål for rehabiliteringen.

- Krav til sykepleie-/pleiefaglige tjenester: Institusjonen sine ansatte med sykepleie-/helsefaglig grunnutdanning må samlet sett kunne tilby og ivareta medisinske- og sykepleiefaglige behandlingsprosedyrer som er relevante for pasienter under rehabilitering. Alt personell ved institusjonen må ta del i regelmessig øvelse innen hjerte- og lungeredning (HLR) og bruk av hjertestarter.
- Institusjonen skal samlet sett rå over tverrfaglig kompetanse innen rehabilitering, herunder kunnskap om og erfaring med samarbeid på tvers av fag, nivå og sektor. Alt helsepersonell ved institusjonen må ha grunnleggende kunnskap om rehabilitering som fagområde og kjennskap til lover, forskrift og nasjonale normerende dokumenter på området. Institusjonens ansatte må ha særskilt kunnskap og erfaring innen de ytelser som institusjonen tilbyr.
- Institusjonen må kjenne til og anvende anerkjent kunnskap og god praksis innen rehabilitering (jf. plikt til forsvarlighet), som holder tilfredsstillende kvalitet og som tilbys i tilstrekkelig omfang. Dette innbefatter også kompetanse på formidling av helserelatert kunnskap, rettet mot individ eller gjennom gruppeprosesser, hvor pasienten lærer om og reflekterer over egen sykdom/tilstand med mål om endring og mestring av nye levevaner.
- Institusjonen skal ha en plan for fagutvikling, kompetansevedlikehold og kompetanseheving. Fagpersonellet skal være oppdatert på ny forskning, kunnskap og praksis relevant for pasienttilbudene ved institusjonen.
- Institusjonen skal bidra til etter- og videreutdanning av helsepersonell, og delta i forskning, evaluering og erfaringsutveksling i samarbeid med andre aktører.
- Institusjonen må være bemannet av institusjonens egne ansatte døgnet rundt, og hoveddelen av den faglige virksomheten skal utføres av oppdragsgiver selv.

2.3 Tjenestene skal være del av en sammenhengende tiltakskjede

- Tjenestene i rehabiliteringsinstitusjonene skal inngå i en helhetlig og koordinert tjeneste for pasienten – som del av et helhetlig pasientforløp.
- Institusjonen skal bidra til veiledning av personell i kommunene som ledd i kompetanseoverføring knyttet til oppfølging av enkeltpasienter, jf. veiledningsplikten som følger av spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 og rundskriv I-3/2013 om spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
- Institusjonen skal sørge for at helsepersonellet i institusjonen kjenner til lov- og forskriftskrav knyttet til koordinerende enheter (KE) i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, individuell plan og koordinator .
- Institusjonen skal i samråd med pasienten, før inntak eller umiddelbart etterpå, undersøke om pasienten allerede har koordinator og /eller individuell plan i hjemkommunen.
- Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestene i rehabiliteringsinstitusjonene skal for disse pasientene være et

ledd i den individuelle planen, hvor pasienten også blir fulgt opp lokalt etter oppholdet. Institusjonen må derfor ha rutiner for å følge opp pasientens individuelle plan.

- Når institusjonen avdekker at pasienten har behov for individuell plan, skal institusjonen informere pasienten om retten til og hensikten med individuell plan, melde fra til KE i kommunen om behov for individuell plan, og bidra i utarbeidelsen av den i perioden hvor pasienten er innlagt i institusjonen.
- Under oppholdet i rehabiliteringsinstitusjonen skal det for hver pasient tilbys koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient og samordning av tjenestetilbudet. Institusjonen skal samarbeide med allerede oppnevnte koordinatore i spesialisthelsetjeneste og/eller kommune.
- Institusjonen skal følge opp samhandlingsrutiner, rapportering av ventetider mm opp mot Regional vurderingsenhet for henvisninger til rehabiliteringsinstitusjonene i Helse Vest. Vurderingsenheten vurderer henvisninger fra fastleger, avtalespesialister o.a. En utvidelse til å gjelde alle henvisninger til rehabiliteringsinstitusjonene skal vurderes. Det forventes at rehabiliteringsinstitusjonene følger opp evt. nye samhandlingsrutiner.
- Tjenestene ved rehabiliteringsinstitusjonene skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Henvisninger fra sykehusene går per i dag direkte til institusjonene. Det skal inngås samarbeidsavtaler med helseforetak/sykehus som ofte henviser pasienter til rehabilitering i institusjonen. Institusjonene skal samhandle med dette/disse helseforetak om fag- og tjenesteutvikling. Samhandling med lærings- og mestringssentrene er en del av dette. Det stilles krav om at institusjonen samarbeider med henvisende enhet på sykehus om å etablere forpliktende rutiner for pasientforløpet, både i tidlig og sen fase av et forløp.
- Institusjonene skal arbeide for å innrette sine tjenester i samsvar med innholdet i samarbeidsavtalene (gjelder særlig delavtale/tjenesteavtale 2, 5 og 6) mellom kommuner og helseforetak. Avtalene er å finne på helseforetakenes nettsider om samhandling.
- For pasienter i yrkesaktiv alder skal det fokuseres på pasientens muligheter og ressurser med hensyn til å komme tilbake i arbeid eller utdanning. Det skal ved behov og etter avtale med pasienten opprettes kontakt med NAV/arbeidsgiver for å avtale lokal oppfølging.
- Institusjonen skal innen 7 dager etter utskrivning, sende epikrise til henvisende instans, fastlege og andre relevante samarbeidsparter etter avtale med pasienten. Det er ønskelig at epikrisen følger pasienten ved utskrivning. Så langt det er mulig skal standardiserte og anbefalte måleverktøy benyttes for dokumentasjon og formidling til samarbeidspartnere (jf. omtale i kapittel 4).
- Har pasienten behov for tjenester fra andre instanser/tjenesteytere eller etater skal institusjonen samarbeide med disse, f.eks. i forbindelse med utprøving og tilpasning av nødvendige hjelpemidler eller andre behov.

2.4 Brukermedvirkning

- Institusjonen skal praktisere brukermedvirkning på både individnivå og systemnivå i tråd med ”Mål og strategi for brukermedvirkning i Helse Vest”. Mål og strategi er vedtatt av styret i Helse Vest den 5. desember 2012 i styresak 130/12. Standardisering av retningslinjer og rutiner for brukermedvirkning på systemnivå, i tråd med mål og strategi, planlegges klare i løpet av våren 2014. Dette innebærer bl.a. at institusjonen skal:
 - samarbeide aktivt med den enkelte pasient for å avklare pasientens individuelle mål for oppholdet, planlegge, gjennomføre og evaluere pasientens tilbud på institusjonen
 - ha brukerutvalg, eller tilsvarende fast organ for medvirkning på systemnivå, med representanter oppnevnt av brukerorganisasjoner.
- Institusjonen skal gjennomføre jevnlig brukererfaringsundersøkelser ved bruk av spørreskjema og metode utviklet ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Resultater skal brukes i eget forbedringsarbeid og rapporteres til Helse Vest RHF.
- Institusjonen skal informere pasienten om at det er en rett og en plikt å medvirke i sin egen rehabiliteringsprosess.

2.5 Tilrettelegging

- Institusjonen skal dekke behov pasienten har for å kunne gjennomføre oppholdet/behandlingen. Hovedregelen er at institusjonen skal ha tilstrekkelig bemanning til å gi pasientene forsvarlig helsehjelp herunder også nødvendig assistanse, jf. kap. 2.1.
- I situasjoner der pasienten er avhengig av særskilt oppfølging eller assistanse av pårørende/ledsager, og hvor bistanden ikke kan ytes av personalet ved institusjonen kan det være aktuelt at pasienten har egen ledsager (ansatt eller pårørende). Dette gjelder blant annet bistand til medisinske prosedyrer der ledsager/pårørende assisterer i det daglige og dette ikke hensiktsmessig kan utføres av annet hjelpepersonell. Andre eksempler på assistanse kan være kommunikasjonsvansker etter hjerneslag eller skade, eller ved autismespekterforstyrrelser/psykisk utviklingshemming. Hjelpet behovet skal beskrives i henvisningen og vurderes av vurderingsenheten eller av henvisende sykehus/HF. Rehabiliteringsinstitusjonen dekker kostnaden.
- Dersom pasienten selv og pårørende ønsker at pårørende kan være med under oppholdet, kan institusjonen legge til rette for dette. Institusjonen kan da la pasient/pårørende selv betale institusjonen for oppholdet. Institusjonens pris for slike opphold skal likevel oppgis i tilbudet.
- Institusjonen har plikt til å dekke behov for tolk der det er nødvendig for å kunne gjennomføre oppholdet. Leverandøren skal dekke kostnaden tilsvarende det helseforetakene er forpliktet til.
- Institusjonen skal i rimelig grad kunne tilrettelegge tilbudet sitt for pasienter med minoritetsbakgrunn/ fremmedkulturelle bakgrunn. Eksempler på rimelig tilrettelegging er noe individuell oppfølging ved planlagte gruppeaktiviteter/øvelser, noe tilrettelegging av kost og ta hensyn til religiøse hviledager.

2.6 Fysisk utforming/utstyr og tilgjengelighet

- Institusjonen skal være tilrettelagt og tilgjengelig for syns-, hørsels- og bevegelseshemmede, fortrinnsvis universelt utformet.
- Institusjonen skal så langt det er mulig legge til rette for parkering nær institusjonen for pasienter og pårørende.
- Institusjonen skal ha tilgang til EKG-apparat, blodtrykksapparat, hjertestarter, utstyr til analyse av blodsukkernivå og enkle blodprøver som Hb, CRP, INR, nødvendig utstyr for akuttsituasjoner, surstoffapparat og videokonferanseutstyr/lync eller liknande til bruk i samhandling.
- Institusjonen skal ha relevant treningsutstyr tilpasset pasientgruppene det gis tilbud til. Det skal fortrinnsvis være tilgang til terapibasseng, treningssal med utstyr for styrketrening og kondisjonstrening og tilgang til omgivelser tilrettelagt for uteaktivitet/turaktivitet. Terapibasseng skal fortrinnsvis holde 34 grader og være tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelse.
- Åpningstider og ferieavvikling må være tilpasset behovet til pasientgruppen det gis tilbud til.

3. Pasientgrupper som omfattes av anskaffelsen

3.1 Hovedgrupper av pasienter som skal ha tilbud i rehabiliteringsinstitusjonene

Pasienter som får tilbud i rehabiliteringsinstitusjoner skal ha behov for rehabilitering som er så spesialisert, kompleks og intensiv at det ikke er hensiktsmessig å gi tilbudet i kommunehelsetjenesten, jf. Helsedirektoratets rapport IS-1947 om avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet.

Det er behov for utvikling og endring i målgrupper og bruk av tjenestene i rehabiliteringsinstitusjonene, jf. bl.a. samhandlingsreformen, Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) og Helsedirektoratets rapport IS-1947. Det innebærer at Helse Vest i denne anskaffelsen vil legge økt vekt på tjenester til pasientgruppene a og b nedenfor og mindre vekt på pasientgruppe d. Tjenester til pasientgruppene c og e vil opprettholdes.

Innenfor alle hovedgruppene skal pasienter med tilleggspromblematikk (bidiagnose) innen rus eller psykiske lidelser kunne ivaretas, forutsatt at bidiagnosen ikke i vesentlig grad går utover rehabiliteringspotensialet eller hindrer pasienten i å delta i rehabiliteringstilbudet.

Eventuelle forbehold knyttet til pasientgruppe og/eller behandlingsbehov e.l. må gå tydelig fram av tilbudet. Institusjonen kan ikke reservere seg mot pasienter som er vurdert å ha rett til nødvendig helsehjelp og som kan ha nytte av den rehabiliteringen som tilbys.

Tjenestene skal være rettet mot følgende hovedgrupper av pasienter:

- a. Pasienter med komplekse og sammensatte problemstillinger som har behov for rehabilitering/ tilpasset fysisk aktivitet for å opprettholde eller bedre funksjonsnivå, livskvalitet og mestringsevne. I denne gruppen vil en del pasienter ha bistandsbehov, dvs.

behov for assistanse og tilrettelegging i forbindelse med f.eks. personlig stell, påkledning, forflytning, måltider, og/eller pga. lettere kognitive vansker, jf. kap. 2.1, kulepunkt 5.

- b. Pasienter med langvarige eller medfødte funksjonsnedsettelse som har behov for rehabilitering/ tilpasset fysisk aktivitet for å opprettholde eller bedre funksjonsnivå, livskvalitet og mestringsevne. Særlig fokus på yngre mennesker, og pasienter med nevrologiske sykdommer. I denne gruppen vil en del pasienter ha bistandsbehov, jf. kap. 2.1, kulepunkt 5.
- c. Pasienter som er ferdigbehandlet/utskrivningsklare fra sykehus med behov for spesialisert rehabilitering, og som også har bistandsbehov, jf. kap. 2.1, kulepunkt 5.
- d. Pasienter som er ferdigbehandlet/utskrivningsklare fra sykehus med behov for enklere rehabilitering, uten vesentlige bistandsbehov. Denne pasientgruppen (f.eks. ortopediske pasienter med kne/hofteproteser) bør i hovedsak få dagtilbud eller poliklinisk tilbud i hjemkommunen, f.eks. ved fysikalske institutter. Dette er i tråd med nasjonale og internasjonale erfaringer og Helsedirektoratets rapport IS-1947. Det vil likevel være noen pasienter i denne gruppen som har behov for spesialisert og intensiv rehabilitering i form av dag- eller døgnopphold i rehabiliteringsinstitusjon.
- e. Personer som er sykemeldte eller står i fare for å bli sykemeldte og som har behov for spesialisert rehabilitering med arbeid som mål – ordningen ”Raskere tilbake” (se kapittel 3.3).

3.2 Diagnosegrupper

Diagnosene omtalt i dette kapittelet er årsak til funksjonsnedsettelsene som gir rehabiliteringsbehov omtalt i kap. 3.1. Hovedgruppene av pasienter omtalt i kap. 3.1 kan ha flere diagnoser samtidig og det forutsettes en helhetlig tilnærming til pasientens rehabiliteringsprosess. Inndelingen i diagnosegrupper er ment å være veiledende, og kan derfor i enkelte tilfeller brukes fleksibelt. Dette fordrer at institusjonen har kompetanse og tilbud som svarer til pasientens behov for rehabilitering.

Helse Vest ønsker tilbud til følgende diagnosegrupper (ICD 10 diagnosekoder, spesifisert med kategoriblokk, kode):

ICD 10-kode	Kategoriblokk/koder	Spesifisering
Kap II Svulster	C-koder	Kreft
Kap IV Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser	E65-E68	Pasienter med sykkelig overvekt
Kap VI Sykdommer i nervesystemet	G93.3, F48.0 G80-G83 G20-G26 G35 B91, G14	Pasienter med diagnostisert CFS/ME Cerebral parese Parkinson MS Senskader etter polio Andre nevrologiske lidelser
Kap VIII		Alvorlige grad av sanseforstyrrelser

ICD 10-kode	Kategori/blokk/koder	Spesifisering
Sykdommer i øre og ørebensknute	H93.1 H81.0	- Tinnitus - Menières sykdom
Kap IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet	I60-I69	Hjerneslag
	I20-I25 I30-I52	Hjertesykdommer
Kap X Sykdommer i åndedrettssystemet	J40-J47	Kroniske lungesykdommer
Kap XIII Sykdommer i muskel og skjelettsystem og bindevev	M00-M25, M40-M54, M15-M19 M43.4-5	Ortopediske tilstander
	M05-M14	Inflammatoriske revmatologiske sykdommer
	M70-M79, M54	Kroniske muskel- og bløtdelssmerte
Kap XIX Skader	S00-T98, S10-S19, S30-S39, S70-S79 T93.6	Bruddskader (for eksempel lårhals, lårben, bekken, rygg, nakke) Senfølger/komplikasjoner ved amputasjoner Andre skader som krever spesialisert rehabilitering
	S06, T90.5	Hjerneskadene

Det skal ikke inngås avtale om behandling av pasienter med spiseforstyrrelser som hoveddiagnose. Det samme gjelder pasienter som utelukkende skal behandles for psykiske problemstillinger eller rus.

3.3 ”Raskere tilbake-ordningen”

I tillegg ønsker Helse Vest tilbud på tjenester innenfor ”Raskere tilbake”-ordningen. Formålet med ordningen er å få syke raskere tilbake i arbeid, slik at sykefraværet reduseres. Med utgangspunkt i Sykefraværsutvalget, Ot.prp. nr. 6 (2006-2007) og St.prp. nr. 1 Tillegg nr. 4 (2006-2007) er målgruppen personer som er sykmeldte, herunder langtidssykmeldte, og som mottar sykepengene. Det legges til grunn at alle graderinger av sykmeldingsprosent inngår i ordningen. Ordningen omfatter også arbeidstakere som alternativt ville blitt sykmeldte om de ikke ble omfattet av ordningen og de som er inne på ordninger/oppfølging når sykepengeperioden opphører. For å komme inn under ordningen må det være sannsynlig at pasienten kommer raskere tilbake i arbeid, dersom han/hun er sykmeldt eller opprettholder sin evne til yrkesaktivitet gjennom de tiltak leverandøren skal yte etter denne avtalen. Tilbudet innenfor ordningen er diagnoseuavhengig.

Innenfor ordningen ytes det et bredt spekter av helse- og rehabiliteringstjenester innenfor spesialisthelsetjenesten, f.eks. medisinsk eller kirurgisk behandling, rehabilitering, avklaring og oppfølging. Rehabiliteringstjenester har et stort spenn. Denne type tjenester skal bidra til avklaring og bedring av mestrings-, funksjons- og arbeidsevne – med mål om raskere tilbakekomst til arbeid.

Helse Vest skal kjøpe helserettede rehabiliteringstjenester.

Helserettede rehabiliteringstjenester omfatter personer hvor helsemessige problemer dominerer og som krever vurdering og behandling av disse for å sikre raskere tilbakevending til arbeidslivet. Tjenestene kan dreie seg om utredning, kartlegging, trening, herunder intensiv trening, tilrettelagt opplæring, veiledning, rådgiving med mer. I noen tilfeller kan særskilte behandlingstiltak være viktige i en rehabiliteringsprosess.

Det forutsettes at institusjonen, etter avtale med pasienten, samarbeider med arbeidsgiver, NAV, fastlege og andre relevante aktører. Institusjonen må ha kunnskap om NAVs virkemidler og støtteapparat, og kunne veilede pasienten i forhold til dette. Institusjonen skal medvirke til lokal oppfølging av pasienten etter endt opphold ved institusjonen, jf. kap. 2.3.

Institusjonen må søke relevante samarbeidspartnere for å bygge/videreutvikle sin kompetanse på rehabilitering med arbeid som mål.

Innholdet i tjenesten som tilbys under ordningen ”Raskere tilbake” beskrives i vedlegg 5, og antall oppholdsdøgn/-dager og pristilbud oppgis i vedlegg 8.

4. Særskilte forhold knyttet til ulike tilbud

I vedlegg 5 skal institusjonene beskrive pasienttilbudene sine.

I evalueringen av disse beskrivelsene vil vi legge vekt på tilpasning til spesielle behov hos pasientgruppen tilbudet gjelder. Dette gjelder spesialistkompetanse, og annen helsefaglig kompetanse og bemanning tilpasset pasientgruppens behov, innholdet i tjenestetilbudet og om det er spesielt utstyr som er viktig for pasientgruppen. I tillegg vil forskningserfaring/samarbeid med akademiske miljøer tillegges vekt.

I tillegg vil vi legge vekt på hvordan pasientens oppnådde helsegevinster måles, dvs. hvordan institusjonen dokumenterer resultater av tilbudet og evaluerer aktiviteten. Institusjonen står fritt i valg av evalueringsverktøy, men noen relevante verktøy innenfor alle pasientgrupper er følgende:

- EQ-5D eller SF-36: Spørreskjema som fanger opp pasientens egen vurdering av helsetilstand og evne til å gjennomføre daglige gjøremål. Kan brukes til sammenlikning før og etter opphold og ved oppfølging.
- PGIC (Patient’s Global Impression of Change): Gradert skala der pasienten evaluerer nytte/effekt av behandling/tiltak
- Barthel ADL-indeks¹: Funksjonsskala for ulike ADL-aktiviteter. Bør brukes til sammenlikning før og etter opphold for noen pasientgrupper (se tabellen)

Generelle krav til tjenestene følger av kapittel 2. Andre forhold det i tillegg vil legges særlig vekt på knyttet til ulike tilbud går fram av tabellen:

¹ <http://nhi.no/forside/skjema-og-kalkulatorer/skjema/barthel-adl-3248.html>

Diagnosegruppe	Særskilte behov det vil legges vekt på:
<p>Kap II Svulster</p>	<p>Målgruppe: Pasienter med vesentlig redusert funksjonsnivå/allmenntilstand etter behandling/kirurgi. Pasienter med følgevirkninger av gjennomgått sykdom for eksempel fatigue, ernæringsdefisitt, lymfødem, smertetilstander, og som skal mestre å leve med alvorlig sykdom.</p> <p>Kompetanse: Kunnskap om kreftbehandling. Kompetanse innenfor kreftrehabilitering og ernæring. Psykososial fagkompetanse. Kompetanse på mestring av fysiske, kognitive og emosjonelle/psykiske følgevirkninger.</p> <p>Innhold: Fokus på ernæring og kosthold. Gi mulighet for lymfedrenasje når relevant. Tilpasset trening bl.a. for å motvirke senfølger av gjennomgått behandling. Veiledning for å gjenoppta dagligdagse aktiviteter. Kunne motta et begrenset antall pasienter med bistandsbehov ned til 30 på Barthel ADL-indeks. Måle Barthel ADL-indeks ved innleggelse og utskrivning.</p> <p>Utstyr: Viss mulighet for skjerming, treningsutstyr tilpasset pasientgruppa</p>
<p>Kap IV Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser</p> <p>Avgrenset til sykkelig overvekt</p>	<p>Målgruppe: Tilbudet gjelder pasienter henvist fra poliklinikkene for sykkelig overvekt i helseforetakene. Tilbud i spesialisthelsetjenesten gis til pasienter med BMI over 40 uten komorbiditet og 35 med komorbiditet.</p> <p>Kompetanse: Kompetanse på ernæring, fortrinnsvis klinisk ernæringsfysiolog. Kompetanse på kognitiv terapi, endringskompetanse eller tilsvarende. Tilgang på psykologisk og/eller psykiatrisk kompetanse.</p> <p>Innhold: Det legges vekt på korte og intensive opphold, tett knyttet opp til tjenestene til pasientgruppen i helseforetakene, og til den videre oppfølgingen i hjemkommunen til pasienten. Tjenestene skal utføres i samsvar med beste kunnskap basert på nasjonale og internasjonale erfaringer, samt nasjonale retningslinjer innen ernæring og fysisk aktivitet. Det er ønskelig med forskningsmessig oppfølging.</p> <p>Utstyr: Utstyr som tåler tilstrekkelig vektbelastning, dimensjonert for pasientgruppen.</p>

Diagnosegruppe	Særskilte behov det vil legges vekt på:
<p>Kap VI Sykdommer i nervesystemet</p> <p>CFS/ME Cerebral parese Parkinson MS Senskader etter polio Andre neurologiske lidelser</p>	<p>Målgruppe Mange pasienter i denne gruppa har progredierende og komplekse lidelser og trenger tilbud og hjelp til mestring av endringer/forverring av sitt funksjonsnivå.</p> <p>Kompetanse: Kompetanse på fysiske, kognitive og emosjonelle/psykiske følgevirksomheter. Tilgang til nevrolog, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller tilsvarende spesialistkompetanse. Tilgang til klinisk ernæringsfysiolog. Fortrinnsvis psykolog, særlig knyttet til tilbud til CFS/ME.</p> <p>Innhold: Kunne motta et begrenset antall pasienter med bistandsbehov ned til 30 på Barthel ADL-indeks. Måle Barthel ADL-indeks ved innleggelse og utskrivning. Dette vil ikke gjelde for pasienter med CFS/ME.</p> <p>Utstyr: Utstyr for gjennomføring av kondisjonstrening, styrketrening, terapibasseng og ev. tilrettelegging for utprøving av andre aktiviteter. For pasienter med CFS/ME er det ønskelig med pasientrom med mulighet for å begrense sanseinntrykk.</p>
<p>Kap VIII Sykdommer i øre og ørebensknute</p> <p>Avgrenset til tinnitus og Menières sykdom</p>	<p>Målgruppe: Gjelder pasienter med alvorlige tilstander som ikke kan nyttiggjøre seg lokale tilbud og tilbud gjennom lærings- og mestringssentrene. Pasientene skal være utredet av spesialisthelsetjenesten.</p> <p>Kompetanse: Kompetanse på kognitiv terapi, gjerne psykolog. Behandlerne skal ha god forståelse av hørselssystemet</p> <p>Innhold: Det skal være samarbeid med hørselssentralene. Opplæring i sykdomsforståelse og mestringstrategier.</p>
<p>Kap IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet</p> <p>Hjerneslag I60-I69</p>	<p>Målgruppe: Tilbud til pasienter etter sykehusopphold med behov for videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Pasienter i kronisk fase med behov for vedlikeholdende tiltak for å opprettholde sitt funksjonsnivå i hverdagen, og hvor tiltak i primærhelsetjenesten har vært prøvd, men ikke bidratt til måloppnåelse.</p> <p>Kompetanse: Kompetanse på fysiske, kognitive og emosjonelle/psykiske følgevirksomheter. Fortrinnsvis tilgang på logoped og lege med kjennskap til pasientgruppen.</p> <p>Innhold: Kunne motta et begrenset antall pasienter med bistandsbehov ned til 30 på Barthel ADL-indeks. Måle Barthel ADL-indeks ved innleggelse og utskrivning. Nasjonale retningslinjer for slagrehabilitering skal følges. Livsstilsendring (kosthold, røyking), trening, og mestring</p> <p>Utstyr: Utstyr for gjennomføring av kondisjonstrening og styrketrening.</p>

Diagnosegruppe	Særskilte behov det vil legges vekt på:
<p>Kap IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet</p> <p>Hjertesykdommer I20-I25 I30-I52</p>	<p>Målgruppe: Primært pasienter som har gjennomgått kirurgi eller har alvorlig hjertesykdom med risikofaktorer som fedme, høyt blodtrykk, røyking, angstproblematikk ift trening/aktivitet etter gjennomgått hjertesykdom. Aktuelt umiddelbart etter sykehusopphold, 6 til 12 uker etter hjertetraume og senere i forløpet avhengig av sykdomsutviklingen.</p> <p>Kompetanse: Lege med kjennskap til pasientgruppen. Psykososial fagkompetanse. Kompetanse på endringsarbeid og ernæring.</p> <p>Innhold: Livsstilsendring (kosthold, røyking), trening, og mestring</p> <p>Utstyr: Belastnings-EKG, oksymetri. Utstyr for kondisjonstrening, treningssal, omgivelser tilrettelagt for uteaktivitet/turaktivitet.</p>
<p>Kap X Sykdommer i åndedrettssystemet</p>	<p>Målgruppe: Pasienter med KOLS og andre luftveissykdommer, med symptomer som begrenser aktivitet og livsutfoldelse, og angstproblematikk i forhold til fysisk trening. Aktuelt umiddelbart etter sykehusopphold og senere i forløpet avhengig av sykdommens utvikling.</p> <p>Kompetanse: Lege med kjennskap til pasientgruppen. Helsepersonell med erfaring med lungepasienter, og psykososial fagkompetanse.</p> <p>Innhold: Livsstilsendring (kosthold, røyking), trening, og mestring</p> <p>Utstyr: Testutstyr for gangtest, spirometri og oksymetri. Mulighet for arteriell blodgassanalyse. Vekt på tilrettelegging for pasienter med allergi, fokus på luftkvalitet. Relevant verktøy: Symptomscoreverktøy – CAT Score – egenevalueringsskjema.</p>
<p>Kap XIII Sykdommer i muskel og skjelettsystem og bindevev</p> <p>Ortopediske tilstander M00-M25 M40-M54 M15-M19</p>	<p>Målgruppe: Først og fremst rettet mot pasienter ferdigbehandlet på sykehus og som har bistandsbehov, jf. kap. 3.1 c, men også jf. 3.1 d. Ofte eldre pasienter med komplekse sykdomsbilder.</p> <p>Kompetanse: Fortrinnsvis tilgang på ortoped, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller tilsvarende kompetanse.</p> <p>Innhold: Rehabilitering etter hoft- og kneproteser og andre ortopediske operasjoner med tilleggsvansker som krever spesialisert rehabilitering.</p> <p>Utstyr: Tilgang til terapibasseng og utstyr for passiv bevegelse av ledd (f.eks. slynge).</p>

Diagnosegruppe	Særskilte behov det vil legges vekt på:
<p>Kap XIII Sykdommer i muskel og skjelettsystem og bindevev</p> <p>Revmatologiske sykdommer M05-M14</p>	<p>Målgruppe: Pasienter med inflammatoriske revmatiske sykdommer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revmakirurgi - Ledd og bløtedels-affeksjon som følge av reumatologisk lidelse - Spondylartritter (Mb Bekhterev) <p>Pasienter med vesentlig redusert funksjonsnivå for eksempel på grunn av smerter, stivhet, nedsatt leddbeveglighet og muskelkraft.</p> <p>Kompetanse: Fortrinnsvis tilgang til revmatolog eller tilsvarende, klinisk ernæringsfysiolog og psykolog.</p> <p>Innhold: Kunne motta et begrenset antall pasienter med bistandsbehov ned til 30 på Barthel ADL-indeks. Måle Barthel ADL-indeks ved innleggelse og utskrivning.</p> <p>Utstyr: Terapibasseng, turområder, treningssal med utstyr som treningssykler, tredemølle o.l. og ev. tilrettelegging for utprøving av andre aktiviteter.</p>
<p>Kap XIII Sykdommer i muskel og skjelettsystem og bindevev</p> <p>Kroniske muskel- og bløtdelssmerter M70-M79, M54</p>	<p>Målgruppe: Pasienter med sammensatte tilstander med smerter i muskulatur/bindevev. Dette omfatter pasienter med langvarige smerter i nakke/skulder/rygg, fibromyalgi, bekkenleddsyndrom m.v.</p> <p>Kompetanse: Lege med kompetanse og kjennskap til pasientgruppen, fortrinnsvis spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering eller tilsvarende. Kompetanse på kognitiv terapi. Kompetanse på kroniske/langvarige smerter og på psykiske helseplager</p> <p>Utstyr: Oppvarmet basseng, turområder, treningssal med utstyr som treningssykler, tredemølle o.l.</p>
<p>Kap XIX Skader</p> <p>Bruddskader S00-T98, S10-S19, S30-S39, S70-S79</p> <p>Amputasjoner, T93.6 Andre skader</p>	<p>Målgruppe: Pasienter med bruddskader som for eksempel lårhals, lårben, bekken, rygg, nakke, senfølger/komplikasjoner ved amputasjoner og andre skader som krever spesialisert rehabilitering.</p> <p>Kompetanse: Fortrinnsvis tilgang på spesialist i fysikalsk medisin, ortoped, geriater eller annen spesialist med kjennskap til pasientgruppen.</p> <p>Utstyr: Treningssal med utstyr for ortopedisk opptrening som gangbane, treningssykler o.l.</p>

Diagnosegruppe	Særskilte behov det vil legges vekt på:
<p>Kap XIX Skader</p> <p>Hjernesker, S06, T90.5</p>	<p>Målgruppe: Tilbud til pasienter etter sykehusopphold med behov for videre rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Pasienter i kronisk fase med behov for vedlikeholdende tiltak for å opprettholde sitt funksjonsnivå i hverdagen, og hvor tiltak i primærhelsetjenesten har vært prøvd, men ikke bidratt til måloppnåelse.</p> <p>Kompetanse: Kompetanse på fysiske, kognitive og emosjonelle/psykiske følgevirkninger. Fortrinnsvis tilgang på logoped og lege med kjennskap til pasientgruppen.</p> <p>Innhold: Kunne motta et begrenset antall pasienter med bistandsbehov ned til 30 på Barthel ADL-indeks. Måle Barthel ADL-indeks ved innleggelse og utskrivning.</p> <p>Utstyr: Utstyr for gjennomføring av kondisjonstrening og styrketrening.</p>

Innholdet i tjenestene til de ulike diagnosegruppene skal beskrives i vedlegg 5, og antall oppholdsdøgn/-dager og pristilbud per tjeneste skal oppgis i vedlegg 8.