

STYRESAK

GÅR TIL: Styremedlemmer
FØRETAK: Helse Vest RHF

DATO: 22.10.2015
SAKSHANDSAMAR: Hilde Rudlang
SAKA GJELD: **Regional plan for habilitering og rehabilitering**

ARKIVSAK: 2015/2258
STYRESAK: **101/15**

STYREMØTE: **10.11. 2015**

.....

FORSLAG TIL VEDTAK

1. Styret i Helse Vest RHF vedtar forslag til regional plan for habilitering og rehabilitering.
2. Planen blir Helse Vest sin strategi for å videreutvikle habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i planperioden 2016-2020.
3. Planen blir lagt til grunn for videre utvikling av koordinerte, kunnskapsbaserte tenester med pasientens egne mål og behov i sentrum.

Oppsummering

Den eksisterande regionale planen for habilitering og rehabilitering frå 2006 er revidert, og forslag til regional plan for perioden 2016-2020 blir her lagt fram for styret. Planforslaget skisserer hovudmål for spesialisert habilitering og rehabilitering i Helse Vest i planperioden og inneheld forbetringstiltak for å bidra til å nå måla:

- Tenesteytarane koordinerer seg om behova til pasienten slik at han/ho opplever tenestene som samanhengande.
- Pasienten sine eigne mål for meistring, eigenomsorg og deltaking pregar møtet med helsetenesta.
- Det er tydeleg plassering av ansvar og oppgåver innanfor eigne tenester.
- Standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp er utvikla.
- Forsking og kunnskapsutvikling er styrka.
- Kapasiteten og kompetansen i tenestene møter behova for habilitering og rehabilitering og legg til rette for fagutvikling og forbetningsarbeid.
- Datakvaliteten er betra og ein har samanliknbare styringsdata som grunnlag for utvikling og forbetring av tenestene.

Helse Vest vil med utgangspunkt i planen innarbeide krav i styringsdokument og bestillingar dei kommande åra. Helseføretaka og dei private institusjonane må prioritere styrking av habilitering og rehabilitering innanfor eigne budsjetttrammer. Det blir vurdert i budsjett for 2016 å sette av 5 millionar kroner til oppfølging av dei regionale initiativa i planen. Finansiering av vidare satsing på felles regionale tiltak vil vurderast i dei årlege budsjettprosessane i planperioden.

Fakta

I sak 136/13 gjekk styret i Helse Vest inn for å revidere den eksisterande regionale planen for habilitering og rehabilitering frå 2006 (styresak 124/06). Revideringsarbeidet blei starta hausten 2014 og avslutta våren 2015.

Målet med den reviderte planen er å legge grunnlag for vidareutvikling av koordinerte, samanhengande og kunnskapsbaserte tenester med pasienten sine eigne mål og behov i sentrum. Planperioden er 2016-2020.

Arbeidet blei organisert med ei styringsgruppe, prosjektgruppe og fleire arbeidsgrupper. Arbeidsgruppene utgjekk frå prosjektgruppa, og stod for utarbeidinga av ulike delar av planforslaget. Deltakarane representerte helseføretaka, kommunar, private institusjonar og brukarar.

Planforslaget (vedlegg 1) har eit fyldig samandrag (side ii-xiii) som skisserer hovudmål og prioriterte forbetringstiltak innanfor spesialisert habilitering og rehabilitering i Helse Vest i planperioden.

I vedleggsdokumentet til planen (vedlegg 2) er prosjektdirektiv med mandat og oversikt over deltakarar og arbeidsgrupper, definisjonar og forkortingar og datagrunnlaget for statusbeskriving og -vurdering i planen.

Planforslaget blei sendt på høyring i juni 2015 til helseføretaka, kommunane, det regionale brukarutvalet, dei private ideelle institusjonane og dei private rehabiliteringsinstitusjonane i regionen med avtale med Helse Vest. Ved utløpet av høyringsfristen 9. oktober 2015 hadde Helse Vest mottatt høyringssvar frå tre av helseføretaka og frå fire av kommunane i regionen. Høyringssvara er lagt ved (vedlegg 3). Endringar er innarbeidd i planen på grunnlag av høyringsinnspela.

I denne saka blir det gitt ei kort oppsummering av planforslaget og av høyringsinnspela.

Mens planforslaget var på høyring, sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut ei høyring på forslag om å innføre fritt rehabiliteringsval. Helse Vest sitt høyringssvar blei handsama av styret i september 2015 (styresak 084/15). Forslaget og høyringssvaret er relevant å sjå i samanheng med den regionale planen.

I september 2015 utgav Helsedirektoratet «[Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator](#)». Rettleiaren vil vere eit sentralt grunnlagsdokument for tenesteutøvinga, både i spesialisthelsetenesta og kommunane.

Kommentarar

Forslag til regional plan for habilitering og rehabilitering

1 Analyse av aktivitetsdata med oppdatering for 2014

Prosjektet hadde mellom anna i mandat å analysere aktivitetstal og vurdere registreringspraksis. Analyse av aktivitetsdata viser skilnader mellom helseføretaka. Data er usikre, det er ulik kodepraksis i helseføretaka og det er til dels organisatoriske forklaringar til skilnadene. Likevel er det sannsynleg at det også er ulikt tilbod til pasientane avhengig av kvar dei bur.

Aktivitetstal for habilitering og rehabilitering for 2014 var ikkje tilgjengeleg då prosjektgruppa avslutta arbeidet i juni 2015. Høyringsutkastet av planen baserte seg derfor på data for 2012 og 2013. I etterkant av høyringa er analysen oppdatert med data for 2014, mellom anna frå «Samdata spesialisthelsetjenesten 2014» (jf. kapittel 3.4 og vedlegg 2 og 3 til planen).

Med utgangspunkt i gjennomgangen av aktivitetsdata og høyringsinnspela blir det sett følgjande mål for planperioden når det gjeld datakvalitet og kapasitet i tenestene:

- **Datakvalitet:** Kvaliteten på aktivitetsdata for habiliterings- og rehabiliteringstenestene blir betra, og gir lett tilgjengelege og samanliknbare styringsdata som grunnlag for utvikling og forbetring av tenestene. Planen skisserer tiltak for å oppnå likare kodepraksis og dermed meir samanliknbare aktivitetstal både for habilitering og rehabilitering (jf. samandraget i planen side iv-v).
- **Kapasitet:** Det er lagt opp til ein kapasitet i tenestene som møter behova for habilitering og rehabilitering til befolkninga på Vestlandet. Planen peiker på at sjølv om datagrunnlaget er usikkert, gir det eit samla inntrykk av at spesialisert rehabilitering i helseføretaka i Helse Vest må styrkast dei kommande åra. Behovet kan sjå ut til å vere størst i Helse Førde (jf. samandraget i planen side iv).

Aktivitetsdata innanfor habilitering er særleg usikre, og gir ikkje grunnlag for å trekke sikre konklusjonar. Det er likevel verdt å merke seg at Samdata 2014 viser store forskjellar mellom helseføretaka og mellom regionane, og at Helse Vest ligg lågare enn landsgjennomsnittet når det gjeld tal pasientar per 1000 innbyggjar som fekk eit habiliteringstilbod i 2013 og 2014. Særleg for habilitering av barn og unge er avstanden til landssnittet stort.

I denne samanheng er det relevant å sjå til [helseatlas for barnehelse i Noreg](#) som blei offentleggjort i september 2015, basert på data for 2011-2014. Atlaset påviser eit omfattande forbruk av helsetenester til barn, med store geografiske forskjellar. Helseatlasen peiker på at vi sannsynlegvis

bruker for mykje ressursar på å undersøke og vurdere «friske» barn med «normale» symptom, mens det samtidig finst grupper alvorleg sjuke barn som ikkje får det helsetilbodet dei treng for å optimalisere helsa og utviklingsmoglegheitene sine. Dette kan vere barn med livslange kroniske tilstandar og sjukdommar, ofte med samansette helseproblem som krev tverrfagleg kompetanse og store ressursar. Døme på slike kroniske tilstandar og sjukdommar er i følge helseatlasen kreft, spesielt oppfølging etter at sjukdommen er heilbreda, fysiske og psykiske utviklingsforstyrning, kroniske betennelsestilstandar i skjelett eller mage-tarmsystemet, diabetes, komplekse medfødde misdanningar, for tidlig fødte barn med nevrologiske eller lungemedisinske problem og medfødde stoffskiftesjukdommar, og i tillegg finst det ei rekkje sjeldne tilstandar og syndrom. Kor mange barn dette dreier seg om totalt er det ikkje gode tal for, men talet er for lite til å kome fram i helseatlasen.

Helseføretaka og fagmiljøa bør drøfte kva som er riktig og nødvendig nivå på ressursbruken til spesialisthelsetenester til barn, og dersom det er eit underforbruk av spesialisthelsetenester til kronisk sjuke barn, må ein sørge for ei omprioritering.

2 Koordinerte, samanhengande og kunnskapsbaserte tenester

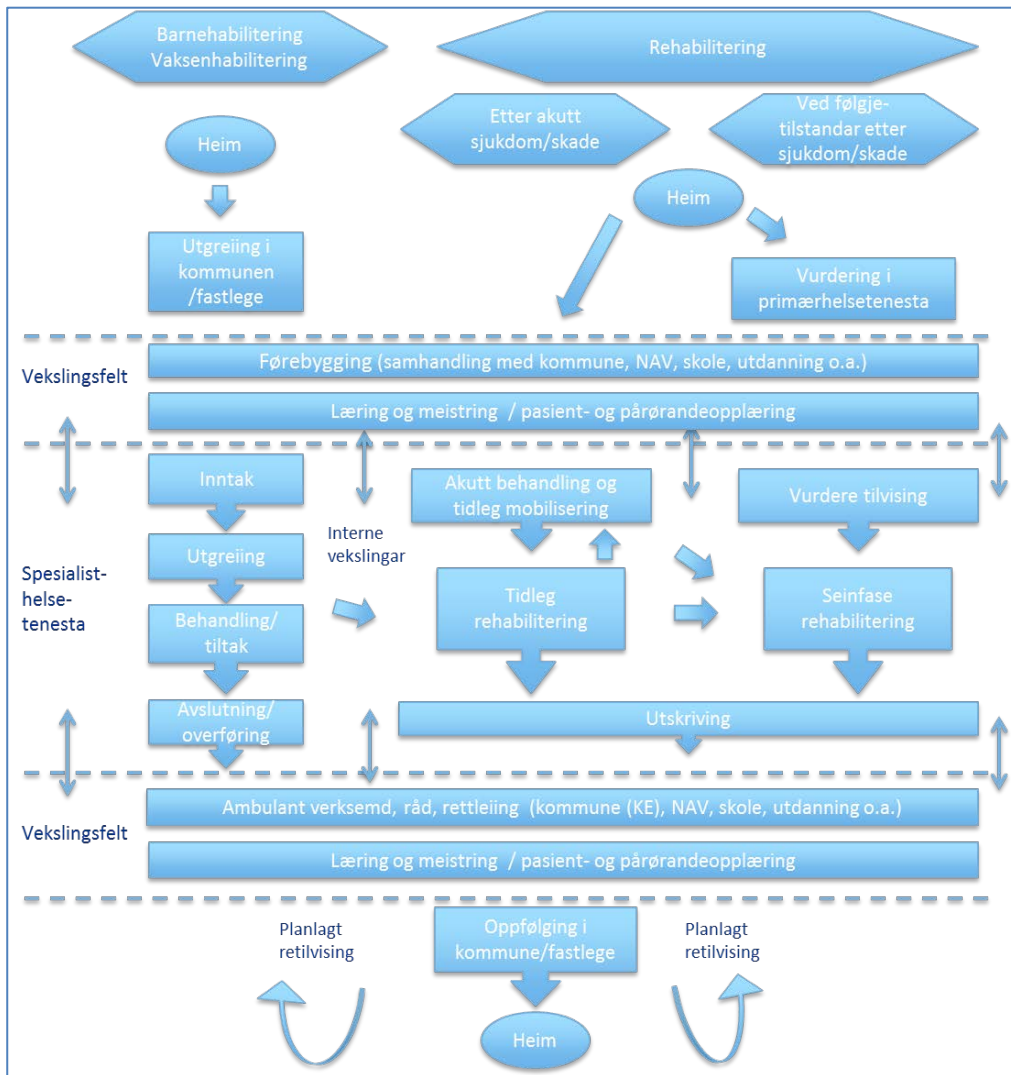
Prosjektet hadde vidare i mandat å identifisere hovudtrinna i eit (re)habiliteringsforløp, vurdere kunnskapsgrunnlaget, peike på flaskehalsar og foreslå forbetringstiltak. Som utgangspunkt for gjennomgangen har prosjektet skissert møtet pasienten har med habiliterings- og rehabiliteringstenester i figuren på neste side.

Det har vore lagt stor vekt på samhandling med andre tenesteytarar, særleg kommunane, for å oppnå koordinerte og samanhengande tenester for pasientane. I figuren blir trinna i pasientforløpet der ansvaret for tenestene til pasienten skifter nivå, på veg «inn» i spesialisthelsetenesta eller på veg tilbake til heimkommunen, kalla «vekslingsfelt». Det er ofte i vekslingane at det oppstår utfordringar.

Grenseoppgangen mellom tenestenivåa må definerast eintydig så langt som rå gjennom å vere tydelege på plassering av ansvar og oppgåver innanfor eigne tenester. Likevel vil det innanfor habilitering og rehabilitering vere igjen eit stort vekslingsfelt der oppgåve- og ansvarsdelinga vil vere i endring og må tilpasse seg den aktuelle situasjonen. Planen inneheld tiltak for betre vekslingar.

Figuren skisserer vidare eit habiliteringsforløp, både for barn, unge og vaksne. Habiliteringsforløpet skjer i eit kontinuerleg samarbeid mellom heimkommunen til pasienten og spesialisthelsetenesta, ofte gjennom heile livsløpet til pasienten. Planen peiker mellom anna på behov for intern samordning og ansvarsavklaringar i spesialisthelsetenesta.

I rehabiliteringsforløpet blir det i figuren skilt mellom behov for rehabilitering etter akutt sjukdom/skade (tidleg rehabilitering) og behov for rehabilitering ved følgjetilstand etter sjukdom/skade (seinfase rehabilitering). Planen søker å presisere kva som bør kjenneteikne spesialisthelsetenester i desse forløpa. Planen går ikkje inn i innhaldet i tidleg mobilisering/rehabilitering som skal skje i alle kliniske avdelingar, men inkluderer dette som ein viktig del av rehabiliteringsforløpet med fokus på samarbeidet mellom kliniske avdelingar og spesialiserte rehabiliteringsavdelingar for å kome tidleg i gang med rehabiliteringa.



Med bakgrunn i gjennomgangen av pasientforløpa og høyringsinnspela blir det sett mål for habilitering og rehabilitering i Helse Vest i planperioden. Planen foreslår ei rekkje konkrete tiltak for å bidra til å nå desse måla, og dei prioriterte tiltaka blir summerte opp i samandraget i planen side vi-xiii. I det følgjande blir det trekt fram nokre eksempel på tiltak under kvart hovudmål:

- Samhandling:** Målet er at dei mange tenesteytarane som inngår i pasientforløpet til pasienten, koordinerer seg om behova til pasienten slik at han/ho opplever tenestene som samanhengande. Sentralt for å oppnå dette er oppfølging av dei lovfesta samhandlingsverktøya (m.a. individuell plan, koordinator og melding om behov for (re)habilitering) og samarbeidsavtalane. Vidare blir det lagt vekt på førebygging og tidleg oppdaging, ambulant verksemd og tidleg støtta utskrivning, oppfølging av rettleiingsplikta og kompetanseutveksling. Rolla til fastlegen er også viktig i (re)habiliteringsforløpet. Planen foreslår ei rekkje tiltak på desse områda for å bidra til heilskapelege pasientforløp i overgangen mellom tenestenivåa.
- Pasient- og brukarmedverknad:** Pasienten sine egne mål for meistring, eigenomsorg og deltaking, må prege møtet mellom pasient og helsepersonell og samhandlinga på alle nivå. Pårørande kan vere ein viktig ressurs, og tenestene må sjå til at dei kan medverke i samsvar med ønska til pasienten. Planen foreslår mellom anna å gjennomføre brukarerfaringsundersøking innanfor (re)habiliteringsfeltet og å ta i bruk spørjeskjema for pasientrapporterte data (PROMs) i klinisk praksis.

- **Tydeleg ansvarsplassering:** Målet er at både spesialisthelsetenesta og kommunane er tydelege på plassering av ansvar og oppgåver innanfor egne tenester, og dette blir tydeleg kommunisert både internt og eksternt. Planen foreslår at helseføretaka nyttar formaliserte avtaler mellom avdelingar for ansvaravklaringar om pasientgrupper med behov for tenester frå fleire avdelingar. Dette er eit viktig tiltak for å hindre at pasientgrupper «dett mellom to stoler». Forholdet mellom habiliteringstenester og psykisk helsevern er eit av fleire område med behov for slike avklaringar. Innanfor rehabiliteringsfeltet må tenestene i dei private rehabiliteringsinstitusjonane integrerast i pasientforløpa.
- **Pasientforløp:** Målet er å ha utvikla standardiserte, kunnskapsbaserte pasientforløp/ behandlinglinjer (inkludert fagprosedyrar) innanfor spesialisthelsetenesta for definerte pasientgrupper. Dette blir eit viktig arbeid både innanfor habiliterings- og rehabiliteringstenestene framover. Spesialisthelsetenesta og kommunane må samhandle om koordinerte pasientforløp i overgangen mellom nivåa.
- **Kompetansen og bemanninga:** Kompetanse og bemanning i tenestene må møte behova for habilitering og rehabilitering til befolkninga på Vestlandet, og legge til rette for fagutvikling og forbetningsarbeid. Jf. også forslag nedanfor, under forskning og kunnskapsutvikling. Det blir peikt på eit særleg behov for å styrke tverrfagleg kompetanse og bemanning innanfor habilitering, med vekt på styrking av legetenesta.
- **Forskning og kunnskapsutvikling:** Målet er at forskingsaktiviteten i habilitering og rehabilitering er styrka i løpet av planperioden, og at det blir arbeidd med systematisering av erfaringskunnskap og standardisering av tenestene på tvers av einingar. Fagmiljøa må samarbeide om fagutvikling på tvers av einingar, helseføretak og regionar. Planen foreslår at helseføretaka styrker den akademiske kompetansen i habilitering og rehabilitering, og mellom anna tar initiativ til å opprette kombinerte vitenskaplege stillingar i fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Vest i samarbeid med universiteta.

3 Prioriteringspraksis og rolla til den regionale vurderingseininga

Planarbeidet hadde også i mandat å sjå på praksis i helseføretaka knytt til rettighetsvurdering. Forslag til tiltak her er sett i samanheng med opplæring som må skje i samband med endringar i lov om pasient- og brukarrettar, i prioriteringsforskrifta og i prioriteringsretteleiarane som er planlagt å tre i kraft 1. november 2015 (jf. samandraget i planen side v).

Planarbeidet hadde også i mandat å sjå på om tilvisingar frå sjukehusa til private rehabiliteringsinstitusjonar skulle knytast opp mot Vurderingseininga. Vurderingseininga vurderer p.t. tilvisingar til rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjonar frå fastlegar og avtalespesialistar i tråd med prioriteringsforskrifta. Vurderingseininga er lagt til Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Bergen.

Arbeidet konkluderte med at det i første omgang er behov for meir kunnskap om korleis sjukehusa nyttar tenestene i dei private rehabiliterings institusjonane, og om det t.d. er forskjellar mellom helseføretaka, og dermed forskjellar i tilbodet til pasientane. Det blir derfor foreslått mellom anna å gjennomføre ein fagleg revisjon mellom helseføretaka med dette som tema (jf. samandraget i planen side v-iv).

Høyringsinnspel

Helse Vest har mottatt høyringsinnspel frå Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen, Hå kommune, Bergen kommune, Askøy kommune og Stavanger kommune. Høyringsvara gir i stor grad tilslutning til tiltaka som blir foreslått i planen.

Kommunane som har gitt høyringssvar, støtter tiltaka som er foreslått for å betre samhandlinga om samanhengande og koordinerte tenester for pasientane i overgangen mellom nivåa. Det blir uttrykt forventning om at kommunane blir involvert i oppfølgingsarbeid. Det blir påpeikt at det er viktig at tilsette frå begge nivå deltar på lik linje, og at det blir utvikla felles forståing og respekt for kvarandre sine arbeidsområde. Etter forslag i høyringsinnspel blir frisklivssentralane i kommunen omtalt i planen i samband med førebygging og pasient- og pårørandeopplæring.

Fleire av høyringsuttalene peiker på at føringane for forpliktande oppfølging i helseføretaka av tiltaka i planen, kunne vore tydelegare. Det blir foreslått at dei høgast prioriterte tiltaka blir innarbeidd i dei kommande styringsdokumenta til helseføretaka. Dette vil bli følgt opp. Det blir også etterspurt omtale av finansiering av oppfølging av planen. Vi viser til utgreiinga nedanfor knytt til dette.

To av høyringsvara tar opp at styrking av habiliteringstenestene skulle vore løfta tydelegare fram i planen, og at behovet for å styrke den tverrfaglege bemanninga, særleg den medisinskfaglege kompetansen (inkludert den psykiatriske) i habilitering for vaksne, skulle vore sterkare understrekt. Dette er innarbeidd i planen.

Det blir understrekt i to høyringssvar at sjølv om kommunane bygger opp eigen kapasitet og kompetanse innanfor habilitering og rehabilitering, er det viktig å behalde og vidareutvikle den spesialiserte habiliteringa og rehabiliteringa i spesialisthelsetenesta.

Det blir også påpeikt av fleire at rolla til pårørande burde tydeleggjerast i planen. Dette er innarbeidd.

Rettingar og endringar i faktaopplysningar er innarbeidd i planen. Innspel knytt til gjennomføring av dei konkrete forbetringstiltaka, vil Helse Vest ta med seg i oppfølginga av planen.

Det er påpeikt i høyringsinnspel at planen i for liten grad har tatt for seg den delen av rehabiliteringsprosessen som skal skje i alle kliniske avdelingar. Det blir vist til ny rettleiar om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator, som understreker at det er viktig med tidleg oppstart av rehabiliteringa. Planen er også klar på dette, og inneheld fleire forslag til forbetringar av samarbeidet og overgangen mellom kliniske avdelingar og spesialiserte rehabiliteringsavdelingar for å kome tidleg i gang med rehabiliteringa. Planen har likevel ikkje gått inn i innhaldet i rehabiliteringa/tidleg mobilisering som skal skje i dei kliniske avdelingane. Dette må eventuelt gjerast i prosjekt med kompetanse knytt til rehabilitering for aktuelle diagnosegrupper, med representantar frå aktuelle kliniske avdelingar. I den grad ein utarbeider regionale eller lokale planar eller pasientforløp for ulike diagnosegrupper (til dømes kols eller diabetes), må rehabilitering/tidleg mobilisering inngå, jf. regional plan for behandling og rehabilitering ved hjerneslag.

Det er høyringsinnspel på at forslaga i planen knytt til styrking av forskning, både klinisk forskning og helsetenesteforskning, innanfor habilitering og rehabilitering, burde vore enda meir kraftfulle. Det blir foreslått å etablere eit eige program for systematisk satsing på habiliterings- og rehabiliteringsforskning, på same måte som det blei gjort for psykisk helse. Det blir begrunna med at denne satsinga har ført til at forskingsaktiviteten innanfor psykisk helse no ligg på eit høgare nivå. Høyringsinnspela understreker at det er svært viktig at forslaget i planen om å øyremerke midlar til doktorgrads-prosjekt, blir følgt opp, og ikkje berre blir vurdert.

Oppfølging av den regionale planen for habilitering og rehabilitering

Helseføretaka har ansvar for å yte fagleg forsvarlege habiliterings- og rehabiliteringstenester med tilfredsstillande kvalitet, som blir gitt i tide og i tilstrekkeleg omfang. Dei private ideelle sjukehusa og rehabiliteringsinstitusjonane har tilsvarande ansvar for tenestene dei yter i samsvar med avtale med Helse Vest RHF. Rettleiaren om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator gir tilrådingar om god praksis, og skal ligge til grunn for tenesteutøvinga i helseføretaka og i dei private ideelle sjukehusa og rehabiliteringsinstitusjonane med avtale med Helse Vest.

Forslaga til forbetringstiltak i den regionale planen skal bidra til å vidareutvikle habiliterings- og rehabiliteringstenestene i samsvar med overordna, nasjonale føringar. Dei vil fungere som utgangspunkt for krav i styringsdokumenta til helseføretaka og i bestillingane til dei private ideelle sjukehusa dei kommande åra. Helseføretaka og dei private institusjonane må prioritere styrking av habilitering og rehabilitering innanfor egne budsjetttrammer.

Planen inneheld også forslag til regionale samarbeidsprosjekt og fagnettverk, som Helse Vest vil initiere. Det følgjer av planen at det regionale kompetansesenteret vil få oppdrag knytt til oppfølging av planen. Helseføretaka vil få i oppdrag å delta, men kan også bli inviterte til å leie regionale fellestiltak. Kommunar vil bli inviterte med i aktuelle prosjekt. Det same vil brukarane.

Helseføretaka og dei private institusjonane vil i samband med årleg melding bli bedne om å rapportere på oppfølging av planen.

Konklusjon

Det vedlagte forslaget til regional plan for habilitering og rehabilitering blir lagt til grunn for vidareutvikling av koordinerte, kunnskapsbaserte tenester med pasienten sine egne mål og behov i sentrum. Planen blir Helse Vest sin strategi for å vidareutvikle habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i planperioden 2016-2020. Helse Vest vil med utgangspunkt i planen innarbeide krav til helseføretaka og private institusjonar i styringsdokument/bestillingar for dei kommande åra.

Det blir vurdert å sette av 5 millionar kroner i budsjett 2016 til oppfølging av dei regionale initiativa i planen. Midlane vil evt. kunne nyttast både i kompetansesenteret og i helseføretaka. Finansiering av vidare satsing på felles regionale tiltak vil vurderast i dei årlege budsjettprosessane i planperioden. Finansiering av forskning og kvalitetsregister har egne ordningar.

Vedlegg:

Regional plan for habilitering og rehabilitering med vedlegg