

Helse i Nord der vi bor



Kroniker- satsingen

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004 – 2010

Revidert delplan for Habiliteringstjenestene for voksne

Rapport fra regional arbeidsgruppe til
Helse Nord RHF, levert 09.12.2005

Revidert 22.05.2007.

FORORD

Det er første gang det lages en samlet plan for habiliteringstjenesten for voksne i Nord-Norge. Planen er spennende og tar for seg viktige områder for tjenesten. Den foreliggende regionale Delplan for habiliteringstjenesten for voksne, er en del av Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004 – 2010 som ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i desember 2004. I Handlingsplanen ble det anbefalt utarbeidet en egen plan for habiliteringstjenesten for voksne. I løpet av kort tid har en bredt sammensatt og representativ faggruppe gjort en imponerende jobb, med et resultat regionen vil ha nytte av i lang tid fremover. Til tross for ulik faglig forankring, og ulik organisering av tjenesten, har arbeidet vært mulig gjort av et etablert regionalt faglig nettverk, hvor det er samarbeid mellom habiliteringstjenesten for barn, habiliteringstjenesten for voksne og rehabiliteringsnettverket.

En samlet plan for habilitering for voksne er nødvendig. De fleste brukere av tjenesten er utviklingshemmede, og et særtrekk ved tjenesten er at den hovedsakelig ytes ambulant der brukerne bor. I planen pekes det på flere utfordringer og gis anbefalinger for videre arbeid. Særskilte satsningsområder er samliv og seksualitet, kompetanseheving ved diagnosene asperger og autisme, og faser i livsløpet som overgangen barn/voksen og eldre. Det er spennende at unge utpekes som et eget satsningsområde.

Mange utfordringer begrunnes med faktaopplysninger, for eksempel manglende forankring av medisinsk faglig ansvar og mangelfull akademisk forankring. Tallmaterialet tyder på at tjenesten er underdimensjonert. Når det gjelder kvaliteten på tilbudet, gir planen anbefalinger om kvalitative basiskrav som alle habiliteringsteam må fylle, i tillegg til en forankring av særskilte kompetanseområder. En spesiell utfordring for tjenesten er behovet for medisinsk faglige spesialisthelsetjenester fra både somatikk og psykiatri. Det gis forslag om konkrete satsningsområder/prosjekter som gir vyer for fremtiden. En visjon presenteres på en fengende måte ved å vise hvilke tilbud Karl på 15 år med diagnosen psykisk utviklingshemmet, bør ha nå og i fremtiden.

Vi takker alle fagpersoner fra Helse Nord som har deltatt aktivt i arbeidet. Delplan for habiliteringstjenesten for voksne er et resultat av et teamarbeid. Alle i arbeidsgruppen takkes for faglige innspill og engasjement. En spesiell takk til prosjektleder for oppfølging av Handlingsplanen for habilitering og rehabilitering Merete Blankholm, som påtok seg å lede arbeidet. En stor takk også til Åge Hansen, sekretær for arbeidsgruppen og til Per Wilhelmsen for det praktiske redigeringsarbeid.

Handlingsplanen sendes nå på høring. Lykke til med lesningen!

Tromsø, november 2005

Audny Anke

Avdelingsoverlege dr. med.

Leder for Regionalt fagråd for habilitering og rehabilitering

FORORD - REVIDERT DELPLAN FOR HABILITERINGSTJENESTEN FOR VOKSNE.

Etter at delplan for habiliteringstjenesten for voksne ble tatt til orientering i styremøte i RHF mai 2006, ble det fremmet ønske om at det skulle igangsettes et arbeid med å fremme en ny plan for habiliteringstjenesten for barn og planene skulle samordnes i en felles plan for habiliteringstjenestene i Helse Nord. I samsvar med dette ble det på høsten 2006, etablert en arbeidsgruppe som skulle utarbeide en plan for habiliteringstjenesten for barn. Arbeidsgruppen skulle ledes av prosjektleder Merete Blankholm. Underveis i arbeidsprosessen ble det på nytt satt ned en liten arbeidsgruppe for å revidere delplan for habiliteringstjenesten for voksne. Ansvarlig for dette arbeidet har vært Vivian Schjøberg og Per Wilhelmsen. Det ble videre bestemt at det skulle taes høyde for at andre representanter for habiliteringstjenesten for voksne skulle kunne gi innspill underveis. Revideringen av planen har til hensikt å endre faktiske feil, endringer i faktiske forhold som har skjedd i perioden og videre aktuelle endringer i tiltak som eventuelt har endret seg etter at planen ble skrevet. Videre skal denne delplanen og plan for habiliteringstjenesten for barn samordnes i en egen sammenfallende rapport.

Tromsø 22. mai. 2007, Per Wilhelmsen.

Kommentar til revidert delplan for habiliteringstjenesten for voksne ved leder for Norsk forbund for utviklingshemmede (NFU), Rigmor Hamvik har gitt følgende kommentarer til den reviderte planen:

...Planen peker på områder som er gode, både i forhold til satsing og utviklingsområder innen habiliteringstjenesten her Nord. Umiddelbart tenker jeg at det må til flere fagstillinger enn det planen peker på. Forstår at den skal være realistisk i forhold til opptrapping, men for meg som bruker synes det noe sparsomt med behov for stillinger slik planen er nå.

Jeg tenker også at tilknytning til akademiske miljø bør på en eller annen måte utvikles i samarbeid med universitet/høgskoler, eks ala R-BUP. Flere av satsingsområdene bør få et godt akademisk kompetansemiljø for utvikling og forskning her i Nord-Norge, og utvikling av slikt arbeid tilknyttet Universitetet i Tromsø i samarbeid med høgskoler her nord bør være mulig å få til. Dette fordi disse tema også bør inngå i utdanning og kompetaseoppbygging med institusjoner som har ansvar for opplæring av personell her nordpå.

Hilsen Rigmor Hamvik, nå fylkesleder (nyvalgt) i NFU-Troms

INNHALDSFORTEGNELSE

| | |
|---|-----------|
| FORORD | 1 |
| KAPITTEL 1 BAKGRUNN..... | 6 |
| 1.1 SAMMENDRAG OG TILRÅDING | 6 |
| 1.2 MANDAT FOR ARBEIDSGRUPPEN..... | 7 |
| 1.3 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING | 8 |
| 1.4 ARBEIDSGRUPPENS PROSESS | 8 |
| 1.5 HISTORIKK | 9 |
| 1.8 MÅLGRUPPER..... | 12 |
| 1.9 BRUKERMEDVIRKNING..... | 12 |
| 1.10 OVERORDNET ORGANISERING OG SAMARBEID | 14 |
| 1.11 AMBULANT TJENESTE - ARBEIDSMETODER..... | 15 |
| KAPITTEL 2 ORGANISERING AV HABILITERINGSTJENESTEN FOR VOKSNE | 17 |
| 2.1 TALLGRUNNLAG..... | 19 |
| 2.2 BEMANNING | 20 |
| KAPITTEL 3 BELYSNING AV SENTRALE TEMAER | 21 |
| 3.1 LIVSLØPSPERSPEKTIV: OVERGANG BARN – UNGDOM – VOKSEN | 21 |
| 3.2 KROPP, SAMLIV OG SEKSUALITET | 22 |
| 3.3 SAMARBEIDET MED DE STATLIGE PEDAGOGISKE STØTTESYSTEMER | 23 |
| 3.4 SÆRLIG SATSNING PÅ ELDRE OG ALDRINGSPROSESSEN | 23 |
| KAPITTEL 4 SÆRLIGE TJENESTER | 24 |
| 4.1 TILBUD TIL PERSONER MED AUTISME OG ASPERGER-SYNDROM | 24 |
| 4.2 PSYKISKE LIDELSER OG UTFORDRENDE ADFERD..... | 26 |
| 4.3 INTENSIV HABILITERING | 27 |
| 4.4 AKUTT BEHANDLING OG BEHANDLING I INSTITUSJON..... | 27 |
| 4.5 LOVPÅLAGTE OPPGAVER: SOSIALTJENESTELOVENS KAPITTEL 4A | 28 |
| 4.6 MENNESKER MED UTVIKLINGSHEMMING SOM BEGÅR LOVBRUDD..... | 29 |
| KAPITTEL 5 KVALITETSSIKRING | 29 |
| 5.1 PASIENTDATASYSTEM – DIPS | 29 |
| 5.2 FINANSIERING AV TJENESTEN OG BRUK AV PROSEDYREKODEVERK..... | 30 |
| 5.3 MOBILE INNSATSMIDLER..... | 30 |
| 5.4 INDIVIDUELL PLAN (IP) | 31 |

| | |
|---|-----------|
| KAPITEL 6 ANBEFALING OG TILTAK | 31 |
| 6.1 FORSLAG TIL FREMTIDIG ORGANISERING OG FUNKSJONSFORDELING..... | 31 |
| 6.2 FORSLAG TIL FREMTIDIGE SATSNINGS- OG UTVIKLINGSOMRÅDER..... | 32 |
| 6.3 KONKRETE PRIORITERINGER – OPPTRAPPINGSPLAN 2010..... | 34 |
| 6.4 VISJONER OG UTFORDRINGER TIL FREMTIDIGE TJENESTER | 36 |

Kapittel 1 Bakgrunn

Hensikten med å utarbeide et planverk for habiliteringstjenesten for voksne er dels begrunnet i den pågående kronikersatsningen og dels at tjenesten har behov for å synliggjøre de oppgaver, tjenester og ressurser som er gjeldende. Felles for tjenestene er at det er utfordrende å rekruttere dyktige fagfolk, og videre at tjenesten er meget ulikt organisert innen de forskjellige helseforetak

1.1 Sammendrag og tilråding

Rapporten om Habiliteringstjenesten for voksne i Helse Nord belyser utfordringene som ligger i å utvikle tjenestetilbud for en sårbar pasientgruppe. De største utfordringer er utdypet i planen. Denne revisjonen omfatter samme temaer og forslag, men er i tillegg tilpasset dagens situasjon, behov for samordning med plan for barnehabilitering og beskrivelser, og tiltak som følge av det. Under listes opp utfordringer for tjenesten:

- lovkrav til tjenesten er mangelfullt oppfylt
- tjenesten er underdimensjonert
- tjenesten er fortsatt ikke godt nok akademisk forankret
- det er utfordrende å rekruttere dyktige fagfolk
- tjenesten er meget ulikt organisert innen de forskjellige helseforetak
- det må arbeides med å iverksette, samt å gjøre ytterligere funksjonsfordeling og konsensus om behandlingstiltak, prosedyrer og samarbeid omkring spesialiserte tjenester
- forankring av ny finansieringsordning og videre tilpasning av prosedyrekodeverk (herunder NCMP og HRRP-Prosedyrekodeverk for rus, (re)habilitering og psykiatri)

Til tross for disse manglene har Helse Nord et sterkt og engasjert fagmiljø, med betydelig fagkompetanse. Det vektlegges kontinuerlig kvalitetsutvikling av tjenestene basert på et sterkt fagnettverk som inkluderer habiliteringstjenesten både for barn og voksne. Hele fagmiljøet ser positive utfordringer i å utnytte fordeler ved samarbeid mellom habiliteringstjeneste, rehabiliteringstjeneste, psykiatritjeneste og geriatritjeneste.

I kapittel 1 gir rapporten i kort oppsummert form en oversikt over organisering og bakgrunn for tjenesten, avgrensning av målgrupper og en kort redegjørelse for den ambulante virksomhet som arbeidsmetode, herunder samarbeidspartnere.

Rapporten dokumenterer bl.a. manglende forankring av medisinsk faglig ansvar innen tjenesten.

I kapittel 2 gir rapporten en oversikt over tjenestetilbudet fordelt på tjenester i helse-regionen, samt en tabelloppstilling av nøkkeltall innen tjenesten. Rapporten påpeker tjenestens underdimensjonering og især mangelen på spesialister.

I kapittel 3 gir rapporten en belysning av sentrale tema innen habiliteringstjenesten for voksne. Temaene er valgt ut med bakgrunn i fagmiljøets praksiserfaring, bruker-

representantenes møte med systemet og avspeiler debatten i de aktuelle nasjonale føringer. Innen alle tema gis tilrådninger om fremtidig utvikling og forankring av ansvar.

I kapittel 4 gir rapporten en beskrivelse av særlige tjenester, som krever spesiell tilnærming og spesielle tiltak, herunder lovpålagte tjenester. Rapporten anviser forslag om funksjonsfordeling.

I kapittel 5 blir det fokusert på fremtidens krav om dokumentasjon, IT-løsninger og finansiering. Det legges opp til videre utredningsarbeid.

I kapittel 6 gis det konkrete anbefalinger om organisering og funksjonsfordeling.

Det gis forslag til konkrete satsnings- og utviklingsområder, bl.a. overgangene barn - ungdom - voksen (med særlig vekt på ungdom) og aldring og demens.

Det gis anbefaling om videre utredningsarbeid vedrørende konsensus for ivaretagelse av medisinskfaglige ansvar innen tjenesten. Det gis i tabellform en oversikt over forslag til opptrappingsplan frem til 2010.

Til slutt gir rapporten noen kommentarer omkring konsolidering av og visjoner for den fremtidige tjenesten.

1.2 Mandat for arbeidsgruppen

Helse Nord RHF er oppdragsgiver for Handlingsplan for habiliteringstjenesten for voksne. I behandlingen av *Handlingsplan for habilitering og rehabilitering 2004 – 2010* ble det gjort vedtak om å lage en egen delplan for habiliteringstjenesten for voksne. Det vises også til brev fra Helse Nord RHF til Sosial- og helsedirektoratet av 30.05.2005. Mandatet ble godkjent av Helse Nord RHF i september 2005.

Arbeidsgruppen skal levere en kortfattet plan som belyser følgende:

1. Beskrive de tilbud innen habiliteringstjenesten for voksne som finnes i regionen.
2. Beskrive de tilbud som ikke finnes eller som er for lite utviklet i regionen.
3. Beskrive sentrale utfordringer innen fagområdet i helseregionen.
4. Skissere en konkret opptrappingsplan.
5. Skissere en fremtidig organisering av habiliteringstjenesten for voksne.
6. Skissere en funksjonsfordeling mellom foretakene i regionen.
7. Peke på fremtidige muligheter for å nå frem til konsensus innen vesentlige relevante tema innen fagområdet.

I tillegg har Helse Nord pekt på følgende tema som skal belyses nærmere:

- Livsløpsperspektivet, med særlig vekt på overgangene barn – ungdom – voksen og tilbudet til eldre med psykisk utviklingshemning.
- Samordning av tilbud i tiltakskjeden med Valnesfjord Helseportssenter og opptre-

ningsinstitusjonene.

- Oppbygging og organisering av tilbud til autister.
- Intensiv treningstilbud til voksne.
- Bruk av individuell plan og koordinerende enhet.
- Dimensjonering av tiltak som forebygger tvang, jf. Sosialtjenesteloven kapittel 4A.
- Samordning med det statlige pedagogiske støttesystemet.

Arbeidsgruppen skal levere sitt forslag til plan for habiliteringstjenesten for voksne til oppdragsgiver innen utgangen av 2005.

1.3 Arbeidsgruppens sammensetning

For å utarbeide forslag til en slik plan for habiliteringstjenesten for voksne ble det etter oppdrag fra fagrådet for habilitering og rehabilitering på møte i lederforum nedsatt en arbeidsgruppe bestående av:

Hålogalandssykehuset HF, Vivian Schjølberg
Universitetssykehuset NN HF, Per Wilhelmsen
Helgelandssykehuset HF, Heidi Lund
Helse Finnmark HF, Anne Flaatten
Nordlandssykehuset HF, Olav Ose Evensen

Koordinator: Knut Tjeldnes, Helse Nord RHF
Sekretær for arbeidsgruppen: Åge Hansen,
Hålogalandssykehuset Stokmarknes
Prosjektleder: Merete Blankholm,
prosjekt REHAB-PLAN 2010, UNN HF

I tillegg til oppnevnte representanter er det oppnevnt assosierte personer til arbeidsgruppen for å bidra med innspill:

- Det regionale brukerutvalg, Asle Sletten erstattet Ragnhild Sandøy ved nyvalg 2005.
- Representant fra ambulant rehabilitering, Berit Malmo, Helse Finnmark.
- Representant fra ambulant geriatri, Brit Arntsen, Hålogalandssykehuset Narvik.
- Representant fra habiliteringstjenesten for barn, Håkan Persson, Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Representant for Valnesfjord Helseportssenter, Odd Almendingen
- Representant for legene innen habilitering, Peder Joakimsen, Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Representant for statlige støttesystemer, Sissel Kløvjan, Nord-norsk kompetansesenter, Alta.
- Representant fra kommunehelsetjenesten, Fritz Solhaug, helse- og sosialsjef, Alta kommune.
- Representant for kommunelegene, Ellen Birgitte Pedersen, kommunelege, Øksnes kommune (forfall).
- Representant fra voksenpsykiatrien, Reilulf Ruud, psykiater, Hålogalandssykehuset.

1.4 Arbeidsgruppens prosess

Arbeidsgruppen har hatt tre hovedsamlinger. Disse ble avviklet fra august til november 2005. Arbeidsgruppen har således hatt en meget snever tidsplan. De to første samlingene var av to dagers varighet, den siste av en hel dags varighet.

På andre samling møtte Peder Joakimsen, Håkan Persson og Asle Sletten for å drøfte sine innspill med arbeidsgruppen. Faste samlinger er avholdt på Saga Hotell i Tromsø. I tillegg har gruppen hatt et dialogmøte med representanter fra interesse- og brukerorganisasjoner (NFU, Troms og Nordland Fylkeslag, Autismeforeningen, Downs-nettverket og CP-foreningen). Videre har arbeidsgruppen holdt seg orientert om innholdet i parallellområder i tiltaksplanen for psykisk helse 2005 - 2015. Før oppstarten av planarbeidet hadde prosjektlederen et møte med lederforumet/arbeidsutvalget for barne- og voksenhabiliteringstjenesten i Helse Nord. Lederforumet har representasjon fra alle helseforetak. På dette møtet ble det fastlagt mandat, representasjon og arbeidsmetode for planarbeidet.

På første samling ble det arbeidet med å få til en god prosess og et godt klima for det videre samarbeidet i gruppen. Disposisjon til planen ble laget og tema ble valgt ut. Heretter var arbeidet og tema fordelt mellom alle arbeidsgruppens medlemmer.

Arbeidsgruppen har hatt fast sekretær, Åge Hansen, som har hatt ansvar for innsamling og status for alt materiale, samt skrevet referat fra gruppens møter. Referat er etter hvert møte sendt til rådgiver/koordinator i Helse Nord og representant for Regionalt brukerutvalg. For å få i gang innspill fra bruker- og interesseorganisasjoner har en i tillegg til representasjon også etterlyst henvendelser via Helse Nord sin nettside. Sekretær har forøvrig påtatt seg ansvar for redigering av kapittel vedrørende faktaopplysninger fra helseforetakene. Per Wilhelmsen og prosjektleder har hatt redigeringsansvar for den samlede rapporten.

Prosjektleder har hatt ansvar for kontakt med brukerrepresentanter og gruppen av assosierte medlemmer, som har kommet med innspill til planarbeidet. Referansegruppe for Prosjekt REHAB – Plan 2010 og Fagrådet har løpende vært holdt orientert om planarbeidet. Fagrådet har på videokonferanse gitt innspill til planen i høringsrunden. Det har vært et usedvanlig stort engasjement i forhold til drøfting og innspill til rapporten. Arbeidsgruppen har hatt som mål å kunne presentere en rapport som ikke ga svar på alle spørsmål, men med konsensus i gruppen og som førte til videreutvikling og avklaring av sentrale spørsmål for tjenesten.

1.5 Historikk

Habiliteringstjenesten innenfor spesialisthelsetjenesten ble organisert som en egen tjeneste som følge av ansvarsreformen for psykisk utviklingshemmede fra 1.1.1991. Oppbygging av habiliteringstjenesten har i stor grad vært konsentrert om habiliteringsteam, som arbeider bredt tverrfaglig med mange ulike yrkesgrupper inkludert i tjenesten. I Nord-Norge ble det opprettet habilitering på fylkessykehusene og i tillegg ble det opprettet habiliteringsteam på lokalsykehusene i Nordland der barne- og voksenhabilitering er samorganisert. Tjenesten ytes

både ambulant og inne på sykehusene. Etter opprettelsen av helseforetak har det skjedd organisatoriske endringer. Habiliteringstjenesten for barn er et prioritert område, og tjenesten er i vekst.

1.6 Lovgrunnlag – forskrifter

Det er flere sentrale lover og forskrifter som regulerer habiliteringstjenesten for barn. Dette er blant annet:

- Lov om spesialisthelsetjenesten, 2.juli 1999, nr. 61
- Forskrift om individuelle planer etter helselovgivningen 2001/2005
- Forskrift om rett til prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten 12.01.2001
- Forskrift om habilitering og rehabilitering, 02
- Rundskriv om habilitering og rehabilitering 29.06.2001
- Veileder for individuell plan 2001/2005
- Habilitering – en faglig tilråding. Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og Helsedirektoratet (Skjeldalutvalget)
- Handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Helse Nord rapport 2005
- Lov om pasientrettigheter, 2. juli 1999, nr. 63 (pasientrettighetsloven)
- Forskrift om pasientjournal, 21.12.2000
- Sosial og helsedirektoratets rundskriv IS-12/2004 om Lov om pasientrettigheter med merknader
- Lov om helsepersonell, 2. juli 1999, nr. 64
- Lov om sosiale tjenester 13.12.1991, nr. 81, spesielt kap. 4A med rundskriv 15.10/2004
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, 2. juli 1999 nr. 62
- Stortingsmelding nr. 21 Ansvar og meistring, 1998-99 (Rehabiliteringsmeldingen)

Tjenesten forholder seg forøvrig til oppdragsdokumenter fra det regionale helseforetaket og til intensjoner i nasjonal plan for habilitering og rehabilitering.

1.7 Definisjoner:

I Stortingsmeldingen om habilitering og rehabilitering (nr. 21 1998/99 ”Ansvar og meistring”) blir habilitering/rehabilitering forstått som:

Habilitering - defineres som tiltak som settes i verk for å støtte og utvikle funksjons- og meistringsevne hos personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse. Det skilles mellom barnhabilitering (0-18 år) og habiliteringstjeneste for voksne.

Habilitering er i plan for barnehabilitering definert som et målrettet arbeid for å bygge opp og støtte funksjoner, samspill og livskvalitet hos mennesker med tidlig ervervede eller medfødte funksjonsnedsettelse. Målet for arbeidet omfatter både det som ligger nært i tid, men også det som ligger langt frem i tid. Følgelig kan målet både være økt

trivsel og mestring i umiddelbar fremtid, men også trening i ferdigheter som gir en mest mulig selvstendig og tilfredsstillende livssituasjon på lang sikt. Det er et mål å gi barnet best mulige forutsetninger til å bruke evnene sine, i tillegg til høyest mulig deltagelse på de arenaer det er naturlig å være på i forhold til alder og interesse.

Rehabilitering - defineres som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. (Stortingsmelding nr 21).

Intensiv trening - menes tilbud om daglige trenings- eller aktivitetstilbud med intensitet og omfang tilpasset barnets alder og funksjonsnivå. Treningen skal bidra til utvikling av barnet motorisk, sosialt og mentalt. Intensiv trening innenfor spesialisthelsetjenesten forsettes gitt i tidsavgrensede perioder (SHdir 01.12.05).

Intensiv habilitering - Begrepet intensiv habilitering brukes om intensive habiliteringstiltak som omfatter mer enn bare motorisk trening. Det vil da være en større grad av tverrfaglighet inne i bilde og også ett videre perspektiv i det en retter innsatsen mot.

Læring og mestring - Læring er varige endringer av atferd, ferdigheter, kunnskaper og holdninger. Læring må ikke forveksles med undervisning. Mestring er å ha krefter til at møte utfordringer og følelse av kontroll over eget liv.

Spesialisthelsetjeneste - defineres som tjenester som i tillegg til tverrfaglig samarbeid og/eller store ressursinnsats, krever medisinskfaglig spesialkompetanse.

Habiliteringskompetanse - Innen habilitering i spesialisthelsetjenesten defineres dette som den samlede tverrfaglige kunnskap og erfaring som skal være til rådighet i alle tjenester i hvert helseforetak. Habiliteringskompetanse skal kunne ytes på et nivå som kan gi tverrfaglig veiledning til primærhelsetjenesten. I tillegg må tjenesten inneha spesialkompetanse innen habilitering. Dette defineres som en særlig kompetanse som på regionalt plan skal være til stede lokalisert til ett eller to steder i helseregionen. Kompetansen brukes primært i en veilederrolle overfor tjenester lokalisert i det enkelte helseforetak, og skal være tilgjengelig for spesialisthelsetjenesten i hele eller deler av helseregionen. Spesialkompetanse i habilitering vil også være knyttet opp mot akademisk forankret fagmiljø og ha høgskole- eller universitetstilknytning.

Pasient - brukes vanligvis om den person som er mottaker av en tjeneste fra habiliteringstjenesten. I denne planen omfatter begrepet pasient også foreldre/viktige nære omsorgs- og støt-tepersoner til barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Klinisk revisjon – er oversatt fra det engelske uttrykket ”clinical audit”. Klinisk revisjon er en kvalitetsforbedringsprosess som søker å forbedre pasientomsorgen og behandlingsresultater gjennom en systematisk og fortløpende vurdering av faglig praksis. Faglig praksis vurderes opp mot eksplisitte standarder. Dersom praksis er uheldig vil forbedringer bli iverksatt.

1.8 Målgrupper

Målgruppen for habiliteringstjenesten for voksne – defineres som personer over 18 år med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemning/langvarig sykdom og kognitiv svikt som har behov for tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå.

I habiliteringstjenestens tidlige fase utgjorde personer med utviklingshemning nær alle henvisningene. Nå er bredden i diagnose og funksjonsvansker atskillig større, og både myndigheter, brukere og deres organisasjoner forventer tjenester fra habiliteringstjenesten for voksne til flere målgrupper. Fremdeles utgjør personer med utviklingshemning den største gruppen. I tillegg er det mange med gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som autisme, Aspergersyndrom og andre nevropsykiatriske tilstander. Den siste gruppen er sterkt voksende i habiliteringstjenesten. Dessuten ytes tjenester til personer med cerebral parese, ryggmargsbrokk og andre funksjonshemninger. Mange av brukerne har tilleggsvansker i form av utfordrende adferd, psykiske lidelser og somatiske helseplager, og mange har ikke verbalt språk, og har derfor vanskelig for å gi uttrykk for sin tilstand og mening. Svært mange av brukerne har mer enn én diagnose. Arbeidsgruppen velger å inkludere personer fra 16 år, fordi ungdomsalderen er en sårbar periode. Det må tilstrebes at det skapes en glidende overgang fra 15 år og oppover.

Habiliteringstjenesten for voksne, som spesialisthelsetjeneste, yter tjenester der kompetansekravene og kompleksiteten er høy og erfarne instanser er involvert. Habiliteringstjenesten for voksne kan, når kapasiteten bedres, yte deltjenester til andre diagnosegrupper som har behov for spesialisert habilitering. Det er vanskelig å tallfeste personer i målgruppen til habiliteringstjenesten for voksne. Innhentning av data viser at habiliteringstjenestene i Helse Nord yter bistand til omkring 600 personer årlig, men det er utvilsomt et langt større antall med behov. Det ytes ofte bistand over lengre perioder igjennom hele livsløpet. I plan for habilitering i Helse Midt-Norge opererer en med et behov tilsvarende én fagstilling pr. 3 800 voksne. Dette tallet viser at det er et klart behov for en omfattende styrking av habiliteringstjenesten for voksne i Nord-Norge.

1.9 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er regulert i Forskrift for habilitering og rehabilitering § 5:

Kommunene og HF skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jfr. Pasientrettighetsloven §§ 1-3 og 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

Kommunen og HF bør legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planleggingen, utviklingen og evalueringen av kommunens og HFs re/habiliteringsvirksomhet.

Mange av habiliteringstjenestens brukere har vansker med å fremme sin egen stemme og medvirkning i habiliteringsopplegg. Derfor er det et sentralt område for habiliteringstjenesten å ha kompetanse i og fokus på.

Brukermedvirkning skal være sentralt både på individnivå og systemnivå. På individnivå skal bruker oppleve å være styrende for egne habiliteringsprosesser, på systemnivå må en legge vekt på å benytte brukeres kompetanse i utformingen av habiliteringstjenestene og tjenestetilbudene.

I habiliteringstjenesten er det ofte representanter for pasienten som medvirker i prosessene. Da inndras nære personer som kjenner pasienten best, ofte verge eller hjelpeverge.

Ikke minst i arbeidet med individuell plan er det sentralt at personer fra brukerorganisasjoner, etter brukers ønske, kan være gode støttespillere.

I flere helseforetak finnes brukerråd og brukerutvalg på hhv. avdelings- og helseforetaksnivå. Flere steder arrangeres kurs i brukermedvirkning. Lærings- og mestringssentrene (LMS) bygger på likeverdig samarbeid mellom brukere og fagmiljø.

Habiliteringstjenesten for voksne har tett kontakt og samarbeid med brukere og deres pårørende i den ambulante tjenesten, hvor tjenesten ofte gis i hjemmet til brukeren. Godt samspill er derfor en forutsetning for å lykkes med habilitering.

Ved dialogmøter med brukerorganisasjonene ble det gitt uttrykk for at pårørende ofte var maktesløse og ikke vant frem i forhold til habiliteringstiltak i kommunen. Det ble gitt uttrykk for at det burde være lovpålagt for kommuner å samarbeide med habiliteringstjenester for voksne og dermed fremme brukerens egen innflytelse.

I dialogmøtet i planprosessen ble flere forhold påpekt fra brukerorganisasjonene. Livsløpsperspektivet (overgang barn/ungdom/voksen og aldring) er sentralt, likeledes forebygningperspektivet og holdningsmessig påvirkning. Brukerorganisasjoner ønsker også at henvisningsrutiner til habiliteringstjenesten må være enkel.

Brukerorganisasjonene kan sammen med habiliteringstjenesten løfte frem viktige områder som vil være av vesentlig betydning for livsutfoldelse og kvalitet for våre målgrupper.

1.10 Overordnet organisering og samarbeid

Etter avvikling av helsevern for psykisk utviklingshemmede og avvikling av institusjonene for psykisk utviklingshemmede rundt 1990, ble det bygd opp ambulante habiliteringstjenester i fylkeshelsetjenesten. Tjenesten ble meget ulikt organisert og bemannet i Nord-Norge.

På innværende tidspunkt er tjenestene både organisert innenfor somatikken og i psykiatrien, og videre i noen helseforetak er habiliteringstjenesten for barn samorganisert og samlokalisert med voksenhabiliteringen, andre steder er det atskilte enheter eller tjenester. Noen habiliteringstjenester er samorganisert med rehabiliteringstjenester, og ett enkelt sted med geriatri-tjenesten. Enkelte tjenester er samlokalisert med psykiatritjenester.

Det er stor ulikhet i hvor mange kommuner tjenestene betjener og stor forskjell på hvordan samferdselsmessige forhold spiller inn, og hvordan den enkelte tjeneste kan tilrettelegges.

Det er derfor risiko for at tjenesten blir lite synlig i organisasjonen og lite synlig for brukere i alle nivå.

Tjenesten gir hovedsaklig tilbud ambulant eller poliklinisk. Den ambulante tjenesten defineres som en tjeneste som ytes der pasienten lever og bor. Den ytes alltid som en delt tjeneste som samtidig gir tilbud på individnivå; til pasienten, dennes pårørende og nettverk, og på systemnivå; til kommunen og andre involverte instanser.

En organisatorisk styrke i Helse Nord er de faglige nettverk. Nettverkene er ifølge prioriteringer i RHF sentrale for fagutvikling, kompetanseheving og koordinering. Med bakgrunn fra Nordlandsnettverket og Fagnettverk for ambulante rehabiliteringsteam (ART), ble det ved overgang til helseforetak etablert et felles regionalt ledernetttverk for habiliteringstjenesten for barn og voksne, Lederforum. Lederforum består av to ledere fra hvert helseforetak, en som representerer habiliteringstjenesten for barn og en som representerer habiliteringstjenesten for voksne. I tillegg sitter en representant fra barnehabiliteringen og en fra voksenhabiliteringen i de nasjonale arbeidsutvalg for barne- og voksenhabilitering. Det er et tett samarbeid mellom Lederforum for habilitering og AU for ART nettverket.

Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale fagnettverket styrkes. En absolutt positiv organisatorisk styrke i Helse Nord er de faglige nettverkene. Disse fagnettverkene som naturlig hører inn under habiliteringsfaget knyttes til "Lederforum for habiliteringstjenesten for barn og voksne", som igjen er sammensatt av en representant fra habiliteringstjenesten for hhv barn og voksen fra hvert helseforetak. En følger de retningslinjer som er lagt av Helse Nord for styrking av nettverk. Da en av de viktigste oppgaver for fagnettverket er kompetanseheving og -utvikling, anbefales det at midler til kompetanseheving omfattes av en regional fordeling i forhold til oppgaver og funksjonsfordeling.

De største organisatoriske utfordringer for Habiliteringstjenesten i Helse Nord på spesialisthelsetjenestenivå er:

- Å sikre gode, sammenhengende pasientforløp ved forbedret samhandling og avtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samt andre aktører. Samtidig sikre koordinerte pasientforløp innen somatikk og psykiatri i spesialisthelsetjenesten
- Medvirke til utvikling av koordinerende enheter (samhandlingsenheter) i hhv. helseforetak og i RHF
- Kvalitetssikring av brukermedvirkning
- Forankring av det medisinskfaglige ansvar i alle helseforetak, slik alle tjenester har tilgang på tilstrekkelige legeressurser
- Sikre tilstrekkelig tilgang på spesialistkompetanse bl.a gjennom rekrutteringsprogram
- Å sikre tilgang og tilstrekkelig bemanning på breddespesialistkompetanse i alle helseforetak
- Å sikre at både den eksisterende og planlagte spesialkompetanse er tilstede på regionalt plan, og at den er avtalefestet (funksjonsfordeling)
- Å sikre at de regionale spesialfunksjonene tilføres utviklings- og forskningskompetanse
- Å sikre kontinuerlig forankring og styrkning av faglige nettverk
- Kvalitetssikring og dokumentasjon av tjenestene som ytes
- Å sikre tilstrekkelig adgang til utredningskompetanse (nevropsykolog).
- At det oppnås konsensus om prosedyrer vedrørende Sosialtjenestelovens kapittel 4A innad i helseregionen.
- Å sikre kontinuerlig forankring og styrkning av de faglige nettverk.
- Å sikre en god samordning med habiliteringstjenesten for barn
- Å sikre at habiliteringstjenesten for voksne er synlig og tilgjengelig for alle brukere og samarbeidspartnere, jf. forskrift om koordinerende enhet.
- Å sikre et nært og godt samarbeid med primærhelsetjenesten.

1.11 Ambulant tjeneste - arbeidsmetoder

Den ambulante habiliteringsvirksomheten defineres som en tjeneste som hovedsakelig ytes i kommunen, der pasienten befinner seg. I § 17 i "Forskrift om habilitering og rehabilitering" slås det fast at habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant i tilfelle tjenesten ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. Forskriften stiller store krav til spesialisthelsetjenestens ambulante virksomhet og til et nært samarbeid med kommunene.

Habiliteringstjenestens innsats er rettet direkte mot personer med nedsatt funksjonsevne, og indirekte mot pårørende og hjelpeapparatet i kommunene. Tjenesten har derfor utviklet en

utadrettet arbeidsform der arbeidet i stor grad foregår i pasientenes hjemkommune på de arenaer der pasienten befinner seg til daglig. En slik strategi, som tar sikte på å gjøre kommunene i best mulig stand til å yte gode tjenester overfor personer med nedsatt funksjonsevne, er både et mål i seg selv, men også nødvendig for at effekten av den innsatsen habiliteringstjenesten yter skal bli så god som mulig.

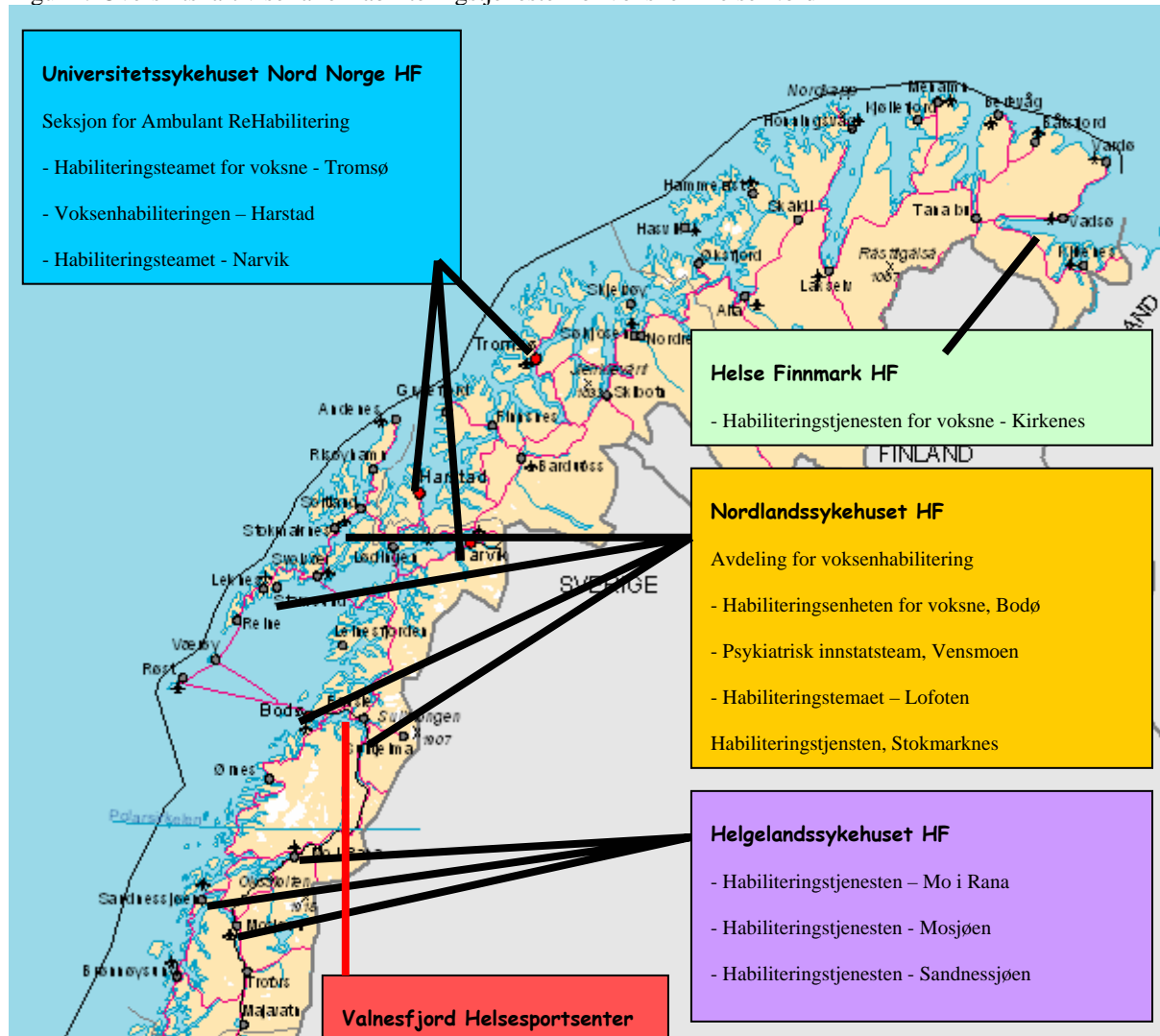
Habiliteringstjenestens arbeidsform medfører ofte at det avdekkes sammensatte problemer for pasienten i det daglige liv. Pasienten kan ikke betraktes isolert og vi finner ofte ikke gode løsninger uten at andre instanser i 1. eller 2. linjetjenesten er involvert. Habiliteringstjenesten vil i slike sammenhenger ivareta et helhetssyn og en koordinerende funksjon. Habiliteringstjenesten vil etterstrebe en felles grunnforståelse for hva som er de aktuelle problemene og utvikle løsningsstrategier. Arbeidsmåten innebærer en stor kontaktflate på ulike nivåer, og er særegen innen spesialisthelsetjenesten.

De ambulante tjenestene forutsettes å inneha spesifikk kompetanse om målgrupper, veiledningskompetanse, samhandlings-, forvaltnings- og organisasjonskunnskap. Habiliteringstjenesten vektlegger holdningsskapende arbeid og etikkrefleksjon i sitt arbeid.

En ambulant virksomhet bør være basert på en desentralisert modell for å kunne ivareta nærhet til pasienten. Arbeidsformen gir nærhet til tjenestemottakerne (familier og det lokale hjelpeapparat), og mulighet for hyppig kontakt og dermed tettere oppfølging og veiledning. Kunnskap om lokale forhold og kjennskap til kommunenes ressurser er en viktig forutsetning for å yte gode ambulante tjenester.

Kapittel 2 Organisering av Habiliteringstjenesten for voksne

Figur 1. Oversiktskart viser alle Habiliteringstjenester for voksne i Helse Nord



Helse Finnmark HF, Habiliteringstjenesten for voksne er organisert i Avdeling Rehabilitering. Avdelingen er lokalisert ved Kirkenes sykehus, og har hele Finnmark som ansvarsområde. Det gis tilbud om: utredning, veiledning og opplæring.

Universitetssykehuset Nord Norge HF, Seksjon for Ambulant ReHabilitering er en seksjon i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved UNN. Seksjonen er fra 1.1.2007 organisert med habiliteringsteam og -enheter fordelt på sykehusene i hhv Narvik, Harstad og Tromsø. Tjenestene har en felles seksjonsleder og seksjonslederteam. Seksjonen omfatter også to ambulante rehabiliteringsteam i hhv Narvik og Tromsø, samt et områdegeriatrisk team organisert i seksjonen, lokalisert i Narvik.

Habiliteringsteamet for voksne, Tromsø -. Tjenesten dekker de 17 nordligste kommunene i Troms. Det gis tilbud om medisinsk behandling, utredning, diagnostisering,

veiledning, opplæring, kursing og prosjekt.

Voksenhabiliteringen – Harstad - Tjenesten er organisert med et voksenhabiliteringsteam og et barnehabiliteringsteam og dekker 8 kommuner i Troms. Overlege ved voksenhabiliteringsteamet er medisinskfaglig ansvarlig. Det gis tilbud om: utredning, veiledning og opplæring.

Habiliteringsteamet – Narvik – er en felles habiliteringstjeneste for barn og voksne. Tjenesten dekker 7 kommuner i Nordland. Det gis tilbud om utredning, veiledning, opplæring, kursing og prosjekt.

Helgelandssykehuset HF

Habiliteringstjenestene - Mo i Rana - er en felles habiliteringstjenester for barn og voksne som er organisert ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Tjenesten har egen avdelingsleder og dekker 4 kommuner i Nordland. Barnepsykiater er medisinskfaglig ansvarlig. Det gis tilbud om behandling, utredning, veiledning, opplæring og kursing.

Habiliteringstjenesten Mosjøen – er en felles habiliteringstjeneste for barn og voksne som er organisert ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Tjenesten har egen avdelingsleder og dekker 3 kommuner i Nordland. Barnepsykiater er medisinskfaglig ansvarlig. Det gis tilbud om behandling, utredning, veiledning, opplæring og kursing.

Habiliteringstjenesten Sandnessjøen - er en felles habiliteringstjeneste for barn og voksne som er organisert ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS). Tjenesten har egen avdelingsleder og dekker 11 kommuner i Nordland. Barnelege er medisinskfaglig ansvarlig. Det gis tilbud om behandling, utredning, veiledning, opplæring og kursing.

Nordlandssykehuset HF

Avdeling for voksenhabilitering – har 3 avdelinger. Avdeling for voksenhabilitering med to tjenester, Habiliteringstjenester for voksne (Bodø) og Psykiatriske Innsattstjenester (Saltdal). Avdelingen er organisert i Sentralsykehuset for voksenpsykiatri.

Habiliteringsteamet – Lofoten – er en felles habiliteringstjeneste for barn og voksne som er organisert som en del av Lofoten distriktpspsykiatriske senter. Tjenesten er lokalisert ved Nordlandssykehuset Lofoten (Gravdal) og dekker 4 kommuner. Overlege ved distriktpspsykiatrisk senter (DPS) er medisinskfaglig ansvarlig. Det gis tilbud om utredning, veiledning og opplæring.

Habiliteringsteamet – Vesterålen – er en felles habiliteringstjeneste for barn og voksne som er organisert som en del av Vesterålen distriktpspsykiatriske senter (VDPS). Avdelingsleder er

også avdelingsleder for ambulant rehabiliteringsteam. Tjenesten er lokalisert ved Nordlands-sykehuset Vesterålen (Stokmarknes) og dekker 5 kommuner. Overlege ved VDPS er medisinskfaglig ansvarlig. Det gis tilbud om utredning, veiledning og opplæring.

Valnesfjord Helseportssenter, er en ideell stiftelse. Senteret er organisert i 3 behandling-enheter: habilitering, arbeidsrettet habilitering og voksen rehabilitering. Helse Nord RHF har bestiller- og finansieringsansvar for Valnesfjord Helseportssenter. Innen fagområdet habilitering og rehabilitering inngås derfor en flerårig avtale der det avtales hvilke ytelser som skal leveres i avtaleperioden, både i forhold til volum, innhold, kvalitet og pris. Senteret har en landsdekkende funksjon, men har inntak primært fra Nord-Trøndelag, Nordland, Troms og Finnmark. En av målgruppene er barn og unge med medfødte eller ervervede funksjonsnedsettelse i alderen 7 - 16 år. Barn/unge med store adferdsvansker er ikke ei målgruppe for senteret. Det gis tilbud til:

- Blandede diagnosegrupper
- Diagnosegrupper
- Grupper/temakurs intensiv trening, friluftskurs, utprøving av aktivitets-hjelpemidler, ridekurs, svømmekurs
- Kommunegrupper med støttekontakt-kurs (prosjekt)
- Familietilbud
- Kommunegrupper

2.1 Tallgrunnlag

Tabell 1. Viser tallgrunnlag for de ulike habiliteringstjenestene i Helse Nord - 2005/06.

| Alle tall gjelder 2006. | Helse Finnmark | Universitetssykehuset NN, HF | | | Nordlandssykehuset HF | | | | Helgelandssykehuset HF | | |
|-------------------------|----------------|------------------------------|---------|-----------|-----------------------|--------------------|---------|------------|------------------------|-----------|------------|
| | | Tromsø | Narvik | Harstad | VHAB-Bodø | Psyk. Innsattsteam | Lofoten | Stokmarkn. | Mosjøen | Mo i Rana | Sandesjøen |
| Budsjett | 2 900 000 | 4 946 000 | 850 000 | 3 465 124 | 4 021 500 | 7 481 200 | | 700 000 | 385 720 | | 735 141 |
| Sum budsjett | 2 900 000 | 9 261 124 | | | 12 202 700 | | | | 1 120 861 | | |
| Ant. Stillinger | 6,5 | 12 | 2 | 8,02 | 8 | 12 | 1,5 | 1,5 | 1 | 1,5 | 2 |
| Befolkningsgr. | 75.000 | 111 000 | 30 000 | 39 637 | 77 838 | | 23 000 | 32 000 | 16 509 | 33 115 | 28 506 |
| Sum befolkn. | 75.000 | 180 637 | | | 132 838 | | | | 78 130 | | |
| Ant kom.r | 19 | 19 | 7 | 9 | 10 | | 4 | 5 | 3 | 4 | 11 |
| Saker i -06 | 42 | 88 | 32 | 98 | | | | 33 | 36 | 31 | 52 |
| Pol.konsult.06 | - | 473 | - | 506 | 188 | | - | - | - | - | - |

Det kan være vanskelig å lage direkte sammenligninger ut fra det ovenfor viste tallmaterialet, da forhold som demografi og samferdsel spiller en stor rolle for hvordan en kan tilrettelegge en ambulant tjeneste. Av tabellene kan en heller ikke lese hvilke av tjenestene som er tillagt spesialfunksjoner og på denne måten skal stå til rådighet for andre tjenester på regional basis. Dette gjelder bl.a. habiliteringstjenestene ved Nordlandssykehuset HF og UNN HF.

Allikevel ser en at det er meget store forskjeller i dimensjonering i forhold til befolkningstall og antall kommuner en må betjene. En ser også at potensialet for å kombinere poliklinisk tjeneste med ambulant tjeneste ikke er fullt utnyttet, noe som ofte skyldes at det ikke er tilgjengelig legeressurser. Vedrørende antall aktive saker ser en også store forskjeller. Dette henger sammen med at det ved enkelte enheter nesten utelukkende behandles henvisninger som dreier seg om utredning. Ved andre enheter har en kombinasjoner av utredning, behandling/veiledning, oppfølging og undervisning. Enkelte tjenester har ikke tilstrekkelig bemanning til å utføre egen utredning og diagnostisering. Antall aktive saker/henvisninger er stadig stigende og blir mer og mer komplekse. Habiliteringstjenesten er ofte massivt og intensivt inne med tverrfaglig kompetanse over lang tid på mange livsarenaer, og gjennom hele livsløpet.

2.2 Bemanning

Tabell 2. Viser bemanningsgrunnlag for habiliteringstjenestene i Helse Nord

| Bemanning | Helse Finnmark | Universitetssykehuset NN | | | Nordlandssykehuset HF | | | | Helgelandssykehuset HF | | |
|------------------------------|----------------|--------------------------|-------------|-------------|-----------------------|--------------------|------------|------------|------------------------|------------|------------|
| | | Tromsø | Narvik | Harstad | VHAB-Bodø | Psyk. Innsattsteam | Stokmarkn. | Lofoten | Mosjøen | Mo i Rana | Sandesjøen |
| Vernepleier | 3 | 3 | 0,5 | 2,2 | 3 | 1 | 0,5 | 0 | 0,5 | 0,4 | 1 |
| Ergoterapeut | 1 | 0 | | 2 | 0 | 1 | 0 | 0,5 | 0,5 | | |
| fysioterapeut | | 0 | 0,5 | 0 | 2 | 0 | 0,5 | 0,5 | | 0,5 | |
| Førskolelærer | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | 0,5 |
| Sosionom | 0 | 0 | * 0,5 | 1,5 | 1 | 1 | 0,5 | 0,5 | | | |
| Psyk. Sykepl | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,5 | | |
| Spesialpedagog | 1 | 1 | 0,5 | 0 | 0 | 4 | 0,5 | 0 | | | 0,5 |
| Barnevernspedagog | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 0,3 | |
| Psykolog* | | 2 | | 1 | 0,5 | 2 | | | | 0,3 | |
| Lege /Avt m/legespesialist | | 2 | | 0,32 | | 0,5 | | | | | |
| Sekretær | | **1 | **Ca.0,25 | 1 | 0,2 | | | | | | |
| Adm/leder | | 1 | | | 1 | 2 | 0,5 | 0 | 1 | 1 | |
| Prosjektstilling** | | 1 | | | | | | | | | |
| VAC | 1,5 | 1 | | | 0,5 | 0,5 | 0 | 0 | 0,5 | | |
| Sum Habiliteringsteam | 6,5 | 12 | 2,25 | 8,02 | 8,2 | 12 | 2,5 | 1,5 | 3 | 2,5 | 2 |
| Sum Helseforetak | 7 | 19,45 | | | 24,2 | | | | 7,5 | | |

- * 50-70% av denne stillingsandelen går til ledelses/systemsaker
- ** 100 stilling deles mellom Habiliteringstjenesten for barn og voksne, ART, områdegeriatrisk team og LMS.

Av denne tabellen ses tydelig at tjenesten er underdimensjonert i forhold til bemanning. Flere tjenester opererer med meget små stillingshjemler, som ikke kompenseres av at flere tjenester er samorganisert eller samlokalisert med andre tjenester eller funksjoner. Særlig tydelig er det at det ikke er lege tilknyttet til mer enn to tjenester og at det mangler psykologer i flere helseforetak. I alle foretak deltar leder i klinisk arbeid i 50 % eller mer. Det mangler stillingshjemler til ledelse og merkantil personell.

Kapittel 3 Belysning av sentrale temaer

3.1 Livsløpsperspektiv: overgang barn – ungdom – voksen

Overgang mellom forskjellige livsfaser kan være vanskelig for alle. Overgangen fra barn til ungdom og voksen kan være en spesielt sårbar tid for funksjonshemmede. Perioden i videregående skole er en tid der mange valg skal tas. Det skal forberedes for arbeidsliv, fremtidig bolig og fritid. Løsrivelsesprosesser mellom barn og foreldre settes i gang. Flere steder i helseregionen er habiliteringstjenesten for barn og habiliteringstjenesten for voksne samorganisert. Det finnes gode erfaringer fra disse tjenester på at en kan oppnå gode, tilrettelagte og glidende forløp. Erfaringer sier også at en ved god tilrettelegging i overgangen kan forebygge at unge på grunn av identitetsproblemer kommer på kanten av eller ut i kriminelle eller uhen-siktsmessig livsløp. Derfor er det viktig at overganger sikres så godt som mulig. Ansvarsgruppe og habiliteringstjenesten må inn i planprosessen på et tidlig tidspunkt. Allerede innen oppstart på videregående skole bør overlapping fra barn til voksen begynne. Det understrekes at det ikke er tale om en automatisk overføring av pasienter fra habiliteringstjenesten for barn til habiliteringstjenesten for voksne. Det er viktig at det satses på å sikre individuelt tilpassede fleksible løsninger hvor en ikke tar utgangspunkt i biologisk alder alene. Det som er viktig er å lage prosedyrer og samarbeidsavtaler som sikrer tidlig intervensjon, i de tilfellene der det er bruk for det. Når det gjelder kvalitetssikring og konsensus omkring overgangen fra barn til habiliteringstjenesten for voksne, er det klart et stort behov for å utrede dette området.

Arbeidsgruppen anbefaler at alle habiliteringstjenester har en enslydende prosedyre for å sikre at den individuelle plan inneholder tiltak og vedtak om hvem som har ansvar for oppfølging i perioden overgang barn, ungdom og voksen. Prosedyre skal utarbeides av en arbeidsgruppe i regi av lederforum innen utgangen av 07. Prosedyre må sikre at pasienter og pårørende er informert om henvisning til habiliteringstjenesten for voksne, der det er påkrevet i direkte forlengelse av tjenester fra barnhabilitering - og informasjon om mulighet for senere henvisning. Det er viktig at alle overganger sikrer et naturlig utviklingsforløp, er individuelt tilpasset og ikke utelukkende følger biologisk alder. Det er viktig at foresatte er sikret trygghet i forhold til hvor fremtidig oppfølging skal skje og hvem som har ansvar.

Særlig satsning på ungdom

Statistikken er både usikker og mangelfull, når en ser på hvem som blir gitt tilbud, og hvilket tilbud som blir gitt. Det ser imidlertid ut som ungdomsgruppen (snevert definert som 15-20 år), får relativt liten innsats. Ved habiliteringstjenesten for barn er det en uttalt satsning på tidlige, intensive intervensjoner. Ved habiliteringstjenesten for voksne blir mange behov fortsatt ivaretatt av foreldre og andre nærpå personer. Habiliteringstjenesten har alle forutsetninger for å kunne yte en spesiell satsning, som skiller seg fra PP-tjeneste og skolevesenet, men i samarbeid med disse tilbudene. Satsningen bør bestå i fokus på individuelle samtaler om selvinnsett og egen identitet, gruppesamtaler, ”bli voksen”, mestringskurs, intensive treningsgrupper, utprøving av fritid og bo- og levetrening.

3.2 Kropp, samliv og seksualitet

Vi vet at kunnskap om egen kropp, samliv og seksualitet er en naturlig del av livet. Likevel kan disse områdene være spesielt vanskelig for mange pasienter innen habiliteringsfeltets målgrupper. Det har i fagmiljøet vært en tendens til å henvise problematikk omkring såkalt normal seksuell utvikling og adferd til særlig sakkyndige innen området. Samtidig er det mangel på fagpersoner med spesialisering og godkjenning innen området i vår helseregion. Ansvar for veiledning i forhold til kropp, seksuell utvikling og samliv bør være en basisfunksjon som habiliteringstjenestene i samarbeid med førstelinjetjenesten, for eksempel helsesøster, fastlege og skole, skal bidra til, slik at utviklingshemmede gis mulighet til å ha et seksualliv. Profesjonsbakgrunn er ikke avgjørende for god veiledning. Veileder må ha kunnskap om utviklingshemmedes læreforutsetninger og være uredd i forhold til temaet kropp, samliv og seksualitet. For å tydeliggjøre habiliteringstjenestens rolle, er det viktig å definere grensene for hvem som gjør hva. Det er i ferd med å bli opprettet et regionalt nettverk for personer som har kompetanse, utdanning og godkjenning innen området.

Arbeidsgruppen anbefaler at dette tema blir et satsningsområde. Alle habiliteringstjenestene skal ha ansvar for å veilede i forhold til funksjonshemming og seksualitet. Spesielle problemer som krever terapeutisk tilnærming eller særlig kompetanse er også habiliteringstjenestens ansvarsområde, men bør ivaretas av regionale funksjoner med spesiell kompetanse. Det foreslås at det satses på å bygge opp en akademisk forankret spesialkompetanse med utgangspunkt i det regionale nettverket, med tilknytting til universitetsmiljøet. Med utgangspunkt i de erfaringer en har ved Nordlandssykehuset skal spesialkompetansen omfatte ansvar for individuellterapi og samtaleforløp, spesielt i saker hvor enkeltpersoner er utsatt for eller har forvoldt seksuelle overgrep. Ved Nordlandssykehuset pågår et faglig utviklingsprosjekt under tittelen: ”Kropp, identitet og seksualitet”. Den kompetansen som opparbeides gjennom dette prosjektet må sikres videreført og gjøres tilgjengelig for brukere i hele helseregionen. Det er viktig å stimulere til spesialisering og godkjenning innen temaet kropp, samliv og seksualitet. Det er viktig å stimulere tilknytting til det nasjonale nettverk.

3.3 Samarbeidet med de statlige pedagogiske støttesystemer

Statped Nord har hovedsete i Alta, og har i tillegg ulike sentre rundt i Nord-Norge, og enkeltstående fagfolk med tyngdepunktfunksjoner tilknyttet pedagogisk psykologisk kontorer i landsdelen. Det er viktig at tjenester fra habilitering og statped oppleves som helhetlige og forståelige for pasientene. Mange pasienter henvises parallelt til de to tjenestene. Bakgrunnen for dette kan være sammensatte vansker hos pasienten som gir behov for ulike spesifikke utredninger og oppfølgingstiltak. Eksempler kan være somatiske utredninger, nevropsykologisk testing og/eller intensiv motorisk trening fra habiliteringstjenesten, kombinert med kartlegging av kommunikatív funksjon og rådgiving i forhold til supplerende eller alternativ kommunikasjon fra statped systemet. Det er startet et samarbeid mellom Statped Nord og Helse Nord RHF for å utvikle samarbeidsrutiner til felles nytte for pasientene og tjenestene.

Arbeidsgruppen anbefaler at det opprettes tettere formell kontakt mellom habiliteringstjenestene og Statped Nord. For eksempel gjennom gjensidig representasjon i hverandres ledernettverk – deltakelse i kompetansehevende tiltak mv., ved at det inngås en overordnet formell samarbeidsavtale mellom Helse Nord RHF og Stat ped Nord, og at det inngås skriftlige samarbeidsavtaler for å sikre koordinert helhetlig tilbud. Slike avtaler kan både gjelde oppfølging av enkelt personer og tilbud til pasient/brukergrupper. At det utvikles prosedyrer for å sikre at statped sin rolle og ansvar er integrert i IP.

3.4 Særlig satsning på eldre og aldringsprosessen

Det er en akseptert oppfatning at symptomer på aldring og svekket helsetilstand ofte oppstår tidligere hos personer med utviklingshemning enn hos befolkningen for øvrig. Spesielt gjelder dette personer med Downs syndrom hvor forekomsten av aldersdemens er langt hyppigere og symptomene oppstår 20-30 år tidligere enn i gjennomsnittsbefolkningen. Forskjellen skyldes dels genetiske forhold og dels redusert reservekapasitet slik at endringer raskere fører til reduserte funksjoner. Også hos andre personer med utviklingshemning og sammensatte funksjonshemninger kan man se en aldringsutvikling som krever spesialisert innsats. Det har vært en økende kompetanseoppbygging innen dette området i Helse Nord. Blant annet er det et samarbeide mellom Nordlandssykehuset HF og Kløveråsen. Brukerorganisasjonene er enig med arbeidsgruppen i at det er viktig at det planlegges for differensierte individuelt tilpassede løsninger for eldre innen målgruppen både i sykehjem og eget hjem.

Arbeidsgruppen anbefaler at alle habiliteringstjenestene fortsetter å bygge opp breddekompetanse på området. Ansvar for utredningskompetanse tillegges UNN HF. Samtidig må det bygges opp og utvikles spesialkompetansemiljø. En bør i denne sammenheng se på hele livsløpsperspektivet og vurdere hvilke tilbud det bør gis til målgruppen både innen individuelt spesialtilpasset omsorg i egen bolig og i sykehjem.

Kapittel 4 Særlige tjenester

4.1 Tilbud til personer med autisme og Asperger-syndrom

Helse- og omsorgsdepartementet besluttet at Autismenettverkets knutepunktorganisering skulle avvikles 31.12.05. Øremerkede midler ble overført til regionale fagmiljøer for autisme i hver av helseregionene. Oppbygging av kompetente tjenesteytende miljøer skal styrke den samlede tiltakskjeden av tjenester. Organisering av regionale fagmiljøer og en sentral enhet i Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF har som mål å øke kompetansen og gi bedre og mer likeverdig tjenestetilbud i hele landet for mennesker med autisme. Personer med diagnoser i autismspekteret (gjennomgripende utviklingsforstyrrelser) har vansker innenfor områdene sosialt samspill, kommunikasjon og atferd. Mange med autismspekterforstyrrelser har andre komorbide diagnoser, som gjør behovet for oppfølging enda større. Forekomsten av diagnosen barneautisme antas å være minst 5/10 000. Forekomsten av Asperger syndrom og andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser er trolig mer enn dobbelt så høy. Personer med autisme vil ofte ha behov for bistand fra spesialisthelsetjenesten, og de er en del av habiliterings-tjenestens målgruppe. Det påregnes at målgruppen har behov for omfattende bistand i et livsløpsperspektiv. Seksjon for Ambulant ReHabilitering ved UNN HF er tildelt et regionalt ansvar for etablering og drift av et autismenettverk, samt å være et sekretariat for tildeling av øremerkede prosjektmidler til kompetansehevingstiltak innenfor autismerelatert problematikk. I tillegg videreføres tidligere inngåtte avtale mellom Autismeenheten og UNN HF om opptrapping av fagstillinger for å ivareta kompetanseheving, regionsfunksjon og sekretariat.

Regionalt autismenettverk.

Det er etablert et fagnettverk i helseregionen som skal bidra til koordinering, oppbygging og utvikling av tjenester, samt bidra til forskning og fagutvikling innenfor autismspekteret. Videre bidra til å utvikle, implementere og evaluere faglige standarder bl.a. for å sikre forsvarlig og ensartet diagnostisk utredning, og utvikle tjenestetilbudet til, og veiledning overfor særlig kompetansekrevene grupper i regionen. Herunder ligger også standard for god brukermedvirkningspraksis og å utvikle å implementere gode modeller for samarbeid mellom helsetjenestene og de spesialpedagogiske miljøene i regionen. Nettverket møtes igjennom Autiseminar som avvikles 1-2 ganger i året.

Prosjektorganisering

For å sikre oppbygging av kompetente tjenesteytende miljøer kan det innenfor vedtatte kriterier søkes om økonomisk støtte til pasientrettede prosjekter. Seksjon for Ambulant ReHabilitering (UNN) er sekretariat for prosjektorganiseringen, og det er nedsatt en komitè for tildeling av prosjektmidler. Komiteen er oppnevnt av helseforetakene. De enkelte prosjektene skal være knyttet til en konkret pasient og det skal foregå en faglig kompetanseoverføringen (prosjektets problemstilling) som skal være knyttet direkte til pasienten og dens nærmiljø. Prosjektet skal være forankret i kommunen, med et etablert tjenesteapparat rundt denne brukeren. Den lokale habiliteringstjenesten skal være representert i arbeidet / prosjektet.

Opptopping av fagstillinger

I Seksjon for Ambulant ReHabilitering videreføres avtale om opptopping av fagstillinger ovenfor personer med autisme over 18 år. En lignende opptopping av fagstillinger har skjedd ved Habiliteringstjenesten for barn. Opptoppingen i Seksjon for Ambulant ReHabilitering er påbegynt, med at det foreløpig er tilsatt 2 fagstillinger i fast stilling og 1 prosjektstilling foreløpig i et år. Den videre opptoppingen er avhengig av om avklaring vedr. videre finansiering. Viser til tabell under som viser opptappingsplanen av autismspesialiststillinger i helseregionen.

Tabell 3. Opptoppingen av autismspesialiststillinger i Helse Nord.

| Opptappingsplan for autismspesialiststillingen i Helse Nord RHF: | | | |
|--|---|---|---|
| 2005 | Øremerkete midler i 3 mnd, fra Autismeenheten UIO | Finansiert videre av UNN HF, stillingen er besatt | |
| 2006 | Øremerkete midler i 1 år, fra Helse Nord RHF | Finansiert videre av UNN HF, stillingen er besatt | |
| 2007 | | Øremerkete midler i 1 år, fra Helse Nord RHF | Finansiert videre av Helse Finnmark, prosjektstillingen i 1 år, med muligheten til fast ansettelse, stillingen er besatt |
| | | Øremerkete midler i 1 år, fra Helse Nord RHF | Finansiert videre av UNN HF, stillingen er besatt (barselpermisjon) |
| 2008 | | Regional stilling, fullfinansiert av Helse Nord RHF, utlyses pr 01/01-2008. | |

Referansegruppe for autismspesialiststillingen i helseregionen.

Seksjon for Ambulant ReHabilitering (UNN) har blitt tildelt ansvaret for autismspesialiststillingen i helseregionen. For å sikre en hensiktsmessig oppbygging og ressursutnyttelse er det etablert en egen referansegruppe. Referansegruppen har som formål å sikre at fagmiljøene, pasientene og øvrige tjenester får en tilstrekkelig og tilrettelagt kompetanseheving, innenfor de rammer og retningslinjer som er utarbeidet i mandat for regionale fagmiljøer for autisme f.o.m 01.01.2006

Arbeidsgruppen anbefaler videreføring av opptappingsplanen ihht autismspesialiststillingen, samt videre styrkning og oppdatering av kjennskap til autismspesialistforstyrrelser i alle tjenester. Kunnskap og erfaring innen dette område skal være basiskunnskap i alle team. Habiliteringstjenesten ved UNN HF og NLSH HF videreutvikler sin kompetanse på utredning av autismspesialistforstyrrelser og komorbide diagnoser samt utarbeiding av og oppfølging av tiltak i kompliserte tilfelle. Det tilstrebes en avklaring av funksjonsfordeling mellom UNN HF og NLSH innen mars 2008. Autismenettverket skal inneha spesialkompetanse på utfordrende atferd. Autismenettverket stimuleres til å videreutvikle faglige retningslinjer og iverksette kompetansehevende tiltak. Nettverket oppfordres til å formidle erfaringer fra satsningen til andre målgrupper.

4.2 Psykiske lidelser og utfordrende adferd

Forekomsten av utfordrende adferd og psykiske tilleggslidelser i habiliteringstjenesten for voksnes målgruppe er betydelig. Forskningsrapporter tyder på en langt større forekomst av psykiske lidelse hos personer med utviklingshemning/-forstyrrelser enn i befolkningen ellers. Videre kommer det frem blant annet i den nasjonale gjennomgangen av habiliteringstjenesten for voksne at tilbudet til målgruppen fra spesialisthelsetjenesten er mangelfullt. Psykiske lidelser hos personer i tjenestens målgruppe er ofte både vanskelig å identifisere og behandle. Det er viktig at personer innen målgruppen i helseregionen får et likeverdig tilbud fra spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen forslår at breddekompetanse på området bør finnes i hver habiliteringstjeneste. I tillegg etableres det et regionalt kompetansemiljø i forhold til personer med utviklingshemning/autisme med psykiske tilleggsvansker. Et slikt kompetansemiljø kan ha ansvar for å bistå i enkeltsaker i hele helseregionen, men også bidra til kompetanseheving i regionen. Det må iverksettes et utviklingsarbeide med tanke på å fremme sammenhengen i behandlingsskjeden for brukere med psykiske tilleggsvansker. Dette innebærer en bedre sammenheng i tjenestetilbudet mellom habiliteringstjenesten og psykisk helsevern. Ved Nordlandssykehuset HF, Psykiatriske innsatsteam drives det et fagutviklingsarbeide på området utviklingshemning med psykiske tilleggsvansker/store adferdsavvik. Derfor anbefaler arbeidsgruppen at dette arbeidet videreføres. Avdeling for Voksenhabilitering ved Nordlandssykehuset, Psykiatrisk innsatsteam, tillegges en regional funksjon i forhold til brukere av habiliteringstjenesten som har alvorlige psykiatriske tilleggsvansker og/eller alvorlig utfordrende atferd. Dette innebærer at Nordlandssykehuset skal bistå habiliteringstjenestene ved de øvrige Helseforetakene i forhold til brukere som har slike alvorlige tilleggsvansker. Videre innebærer den regionale funksjonen at Nordlandssykehuset skal være koordinerende i forhold til samarbeidet med andre regionale/ flerregionale miljø som arbeider med tilsvarende problemstillinger.

Tilbud til pasienter med dobbeltdiagnose ADHD og psykisk utviklingshemming.

I forhold til diagnostisering, utredning, oppfølging, medisiner og terapi, rettet mot personer med diagnosen ADHD, tilfaller ansvaret for denne målgruppen barne- og voksenpsykiatrien. Det er imidlertid en del grensetilfeller hvor habiliteringstjenesten for voksne kan bistå i forhold til samarbeid om veiledning eller som veileders veileder. Dette gjelder de tilfeller med dobbeltdiagnose ADHD/ psykisk utviklingshemning eller der en kan se at det er vesentlige grunner til at de utrednings- eller oppfølgingsmetoder en anvender innen habiliteringstjenesten for voksne vil få avgjørende betydning for en gunstig prognose for pasienten.

Tilbakemelding fra pårørende er at diagnostiseringsarbeidet er godt, men at kunnskap og veiledning til fagpersonell i kommunene og foreldre om hvordan tilrettelegge i hverdager er for dårlig. Kompetansemiljøene innen habilitering og psykiatrien bør også fokusere og øke kom-

petansen om hvordan hverdagsmiljøene på ulike livsarenaer skal ivareta tilbud for læring, utvikling og fungering for den enkelte.

Habiliteringstjenesten vil i begrenset omfang kunne yte disse tjenester etter henvisning om konkrete oppdrag, men hvor hovedansvaret forblir i psykiatrien.

4.3 Intensiv habilitering

Intensiv habilitering bør gis gjennom habiliteringstjenestene i helseforetakene. Det stilles samme faglige krav til intensive habiliteringsopplegg som til andre tilbud i spesialisthelsetjenesten. Det er stort behov for metodeutvikling, forskning og dokumentasjon innen feltet. Det er naturlig å etablere tilbud til CP-gruppen i første omgang. Hjørnesteinen i habiliteringstjenesten i helseregionen er som tidligere nevnt den ambulante tjenesten. I fagmiljøet er det ønske om at når forholdene tilsier det, kan det gis tilbud på individ- eller gruppebasis til enkelte personer eller grupper, evt. diagnosegrupper, innen intensiv habilitering. Det er et sterkt press fra pårørende om å gjennomføre intensive treningsopplegg.

Gjennom en årrekke har det ved Avdeling for barnehabilitering, UNN HF, vært drevet intensiv habilitering ved den såkalte **Petø-treningen/konduktiv pedagogikk** av pasienter med Cerebral Parese. Tilbudet gis som et intensivtilbud basert på samlinger 2-4 ganger i året. Hver samling har en varighet på mellom en til fire uker. Pasienten og pårørende bor og trener på "Haugenstykket"/UNN. For øyeblikket gjennomføres det på spesialisthelsetjenestenivå treningskurs i grunnleggende hjelp til livsmestring (primær og sekundær ADL-trening). Et eksempel på slike treningsopplegg er konduktiv pedagogikk/Petø-trening ved UNN HF. Intensiv trening kan gis både i institusjon og i kommunal regi hvor habiliteringstjenesten veileder. Intensiv trening er nyttig for flere diagnosegrupper, som for eksempel pasienter med muskelsykdom, cerebral parese, ryggmargsbrokk og autisme.

Arbeidsgruppen anbefaler at Petø-tilbudet ved UNN HF videreføres og at tilbudet gjøres permanent. Samtidig må det igangsettes rutiner for evaluering av tilbudet samt at det knyttes opp mot forskningsstudier som kan dokumentere effekten av treningen. I henhold til opptrappingsplanen anbefales det tilknytning av to fagstillinger med relevant fagkompetanse, helst med videreutdanning innen konduktiv pedagogikk.

4.4 Akutt behandling og behandling i institusjon

Personer i habiliteringstjenestens målgruppe vil fra tid til annen ha behov for innleggelse i døgnenheter i helseforetakene. Habiliteringstjenesten for voksne i Helse Nord disponerer ikke særskilte sengeplasser. Ved behov for akuttinnleggelse ved alvorlige psykiatriske tilstander vil man måtte gjøre seg nytte av ordinære akuttposter ved Nordlandssykehuset HF og UNN HF. Nasjonal gjennomgang av habiliteringstjenesten for voksne foretatt i 2005 viste at det oppleves å være et udekket behov for innleggelse for utredning og tilpassing av behandlingsopplegg.

I utgangspunktet er habiliteringstjenestene for voksne organisert som ambulante tjenester. Allikevel har de målgrupper som er omfattet av habiliteringstjenesten for voksne også bruk for polikliniske tjenester og innleggelse i både somatisk og psykiatrisk sykehus, på linje med resten av befolkningen. Det gjenstår et stort utviklingsarbeide innen målgruppen får adgang til disse tjenester på like fot med andre pasienter i regionen.

Erfaringen tilsier at behandlingstilbudet ikke er spesielt tilpasset målgruppen, som ofte krever lang og grundig forberedelse, tilrettelegging og koordinering av flere avdelinger og tjenester i sykehuset, samt koordinering mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Dette er også et behov i vår helseregion. I dag må dette spesielt organiseres i hvert enkelt tilfelle. I særlige tilfeller må pasienter henvises til Psykiatrisk avdeling for utviklingshemmede ved Ullevål Universitetssykehus.

Arbeidsgruppen anbefaler at det må utredes spesiell tilrettelegging av enkelte sengeplasser ved enkelte helseforetak i regionen slik at man har kompetanse til å ta imot personer for akutt behandling og behandling i institusjon. Det bør også utredes hvordan man fra spesialisthelsetjenesten kan tilrettelegge for psykiatriske akuttopphold i særlig sammensatte og utfordrende tilfeller.

4.5 Lovpålagte oppgaver: Sosialtjenestelovens kapittel 4A

Ved introduksjon av Sosialtjenestelovens kapittel 6A, senere revidert til Stjl. kap. 4A, ble det ikke gitt kompensasjon til habiliteringstjenestene i forhold til den reelle merbemanning som iverksettelsen av loven krevde. En ser derfor at de fleste tjenestene enda har et etterslep i form av mangel på personale til utføre disse lovpålagte oppgavene. Dette gjelder også i forhold til utøvelse av det medisinsk- og utredningsfaglige ansvaret i forbindelse med disse tjenestene. Forøvrig mener arbeidsgruppen at alle tjenestene har forsvarlig kompetanse på området og at helseregion er kommet langt i forhold til oppfyllelse av lovens intensjon. Det er i Helse Finnmark HF utarbeidet en veileder som er gjeldende for hele helseforetaket.

Arbeidsgruppen anbefaler at en i regi av lederforumet for barne- og habiliteringstjenesten for voksne tar ansvar for å fastlegge konsensus i forhold til veileder, prosedyre og praksis på dette lovområdet, slik at bruk av tvang og makt utøves i forhold til samme retningslinjer for alle personer som er omfattet av loven, i hele regionen. Det anbefales at det avholdes en samling i regionen for å skape et diskusjons- og samarbeidsforum med sikte på å etablere konsensus og eventuelt typer av nettverk. Alle habiliteringstjenester, brukerorganisasjoner (her spesielt NFU), samt fylkesmennene i regionen inviteres til å delta. Ved deltakelse fra brukerorganisasjonen kan via deltagelse og medvirkning komme med viktige innspill. Det utarbeides forslag til veileder som sendes ut til høring. Det anbefales at dette arbeidet ferdigstilles og forelegges Fagrådet innen 2008. Ansvaret for dette arbeides tillegges Habiliteringstjenesten for voksne Helse Finnmark HF.

4.6 Mennesker med utviklingshemming som begår lovbrudd

Habiliteringstjenesten for voksne får jevnlig henvist personer som har begått eller begår lovbrudd (pr. år ca. 12-15). Habiliteringstjenesten må bidra slik at rettssikkerheten ivaretas på korrekt og best mulig måte. Ved Habiliteringstjenesten for voksne, Nordlandssykehuset HF er det utarbeidet en veileder som kvalitetssikrer arbeidet i slike saker. Veilederen er utarbeidet i samarbeide med Stadsadvokaten, Friomsorgen, Fylkesmannen i Nordland og NFU.

I 2002 trådte nye strafferettslige særreaksjoner i kraft.

Arbeidsgruppen anbefaler at Voksenhabiliteringen ved Nordlandssykehuset HF, som har spesiell kompetanse på dette området, offisielt tillegges det regionale ansvaret for området og bistår de andre tjenestene i helseregionen som veileders veileder. En slik regional funksjon vil foreløpig kunne dekkes innenfor eksisterende personalnormering.

Kapittel 5 Kvalitetssikring

5.1 Pasientdatasystem – DIPS

Innenfor Habiliteringstjenestene i regionen opereres det med ulike pasientdatasystem. I tillegg til DIPS finnes bl.a. Habildata som er et pasientdatasystem delvis tilpasset tjenesten. Sammenligning og overføring av data er derfor vanskelig. utfordringene til tjenestene/helseforetakene er derfor å sammenfatte og tilpasse pasientdatasystemet slik at Habiliteringstjenestene kan opptre med felles grunndata og variabler for registrering og dokumentasjon. Med bakgrunn i beslutningen i Helse Nord RHF om å arbeide mot et felles pasientdatasystem er det sentralt for habiliteringstjenestene å gjøre en sammenfatning av pasientdokumentasjonen slik at det sikrer den tverrfaglige saksgangen. Videre bør det også sikres gode rutiner for registrering og dokumentasjon av den enkelte ambulante tjenesten. I de senere årene har det vært et sterkt fokus på kvalitetsarbeid i helsesektoren. Innen fagområdet rehabilitering kommer dette til uttrykk ved en nasjonal gjennomgang av habiliteringstjenesten for voksne, som er utført av Nordlandsforskning, etter oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet.

Det er etablert et fagnettverk for alle kontoransatte innenfor habiliteringstjenestene i helseregionen. Dette nettverket ønsker bidra til å forbedre dokumentasjon og faglige praksis i tjenestene, og videre kvalitetssikre disse. Dette vil bl.a. danne grunnlag for prioritering av helsetjenestene som gis, samt forbedre tjenesten overfor den enkelte pasient. Aktuelle oppgaver som nettverket arbeider med er:

- Etablere felles maler for registrering av pasientdokumentasjon. Dette kan gjelde for journalnotater, rapporter, kartlegginger og epikriser.
- Definere felles prosedyrer som beskriver de tjenestene som virksomheten utfører.
- Virksomhetsdokumentasjon, knyttet opp mot de ulike områdene som det gis tjenester på. Disse kan være utredning/diagnostisering, veiledning på system- og individnivå, sosialtjenestelovens kap 4A, kurs, formidling og kompetansehevingstiltak
- Regulering og dokumentasjon av forarbeid, reisetid og etterarbeid ved ambulant tjeneste.

Arbeidsgruppen anbefaler – at det regionale fagnettverket for kontoransatte fortsetter arbeidet med å samordne sin dokumentasjon innenfor et felles pasientdatasystem. Arbeidsgruppen henviser derfor til det utredningsarbeidet omkring samordning og bruk av DIPS, som fagrådet for habilitering og rehabilitering har bedt Helse Nord RHF om å sette i gang. Arbeidsgruppen viser videre til Helse Nord sin oppdrag om bruk av Docmap som et felles elektronisk prosedyre og kvalitetssikringssystem.

5.2 Finansiering av tjenesten og bruk av prosedyrekodeverk

Takstsystemene kompenserer i liten grad for habiliteringens arbeidsform. Rammebudsjett vurderes som den finansieringsformen som best gir mulighet for tilrettelegging og utvikling av tilbudene ut i fra gjeldende forskrift. Rammefinansiering vil kunne gi muligheten for å videreutvikle tjenestene som et spesialisert tverrfaglig utadrettet tilbud til brukere og lokale tjenester. Rammebudsjett vil med god kostnadskontroll kunne stimulere til effektiv ressursbruk. I tillegg kan ISF og polikliniske takster brukes, uten at dette bør være økonomisk styrende for tjenesten. Den manglende tilpasning av ISF-systemet til re-/habiliteringens kompleksitet og spesielle arbeidsform gir erfaringsmessig en økonomisk vridning til fordel for de allerede ISF-finansierte fagområder. Tjenesten vil derfor sannsynligvis ha nytte av at det pågående arbeidet med å forme et eget prosedyrekodeverk for fagområdet (HRRP) utfyllende til de eksisterende NCSP/NCMP.

Det må i den sammenhengen vektlegges fra Helseregion Nord de spesielle utfordringer med geografiske og klimatiske forhold som gjør at et ISF-basert system også tar høyde for de ekstra kostnader ved den ambulante arbeidsformen, f.ex. reisetid. HRRP vil gi inntekter for arbeide som i dag i liten grad fanges opp av takstsystemet for poliklinikker, som forarbeide, interne møter, undervisning og informasjon til pasienter, pårørende og helsepersonell i kommunehelsetjenesten.

Arbeidsgruppen anbefaler videre tilpasning til nytt prosedyrekodeverk og videre deltaelse i nasjonal arbeidsgruppe for utvikling og tilpasning av NCMP som finansierings-system for habiliteringstjenestene. Det er her sentralt å få en praksis der all resursbruk innenfor den ambulante tjenesten blir dokumentert. Habiliteringstjenestene vil alltid være best tjent med å ha en stor del rammefinansiert, men det er viktig for tjenesten å kunne dokumentere sin virksomhet og resursbruk. Dette for å kunne gjøre tilpasninger til beste for pasienten.

5.3 Mobile innsatsmidler

Fra habiliteringstjenesten ble etablert har man ved habiliteringstjenesten i Nordland hatt tilgang til mobile innsatsmidler som et virkemiddel. Mobile innsatsmidler har vært brukt både til å styrke bemanningen rundt enkeltbrukere som får et akutt og mer omfattende omsorgsbehov og hvor innleggelse i døgnenhet ikke vurderes som hensiktsmessig. Midlene kan også benyttes til kompetansehevende tiltak i kommunene. Erfaringene med mobile innsatsmidler er

udelt positive. Plangruppen tilrår at alle helseforetakene styrkes med en pott til mobile innsatsmidler

Arbeidsgruppen anbefaler det gis lik tilgang til mobile innsatsmidler i hele helseregionen. Dette innebærer at delfinansieringsordningen til dette formålet må økes. AU (Lederforum barne- og voksenhabilitering Helse Nord) må gi innspill til hvordan denne ordningen skal administreres. Det er viktig at det blir en ensartet bruk av midlene i alle helseforetak i helseregionen.

5.4 Individuell plan (IP)

Individuell plan er lovhjemlet for personer med sammensatte bistandsbehov som trenger koordinering. Iverksettelse er ingen særskilt oppgave for habiliteringstjenesten. Det er i kommunene hvor brukerne bor, individuell plan utarbeides og forankres. Det er bruker, pårørende og det lokale hjelpeapparatet som skal ha et eierforhold til IP. Habiliteringstjenesten skal etterlyse IP, informere om rettigheter og plikter og veilede på utformingen dersom det er behov. IP er et arbeidsredskap i samarbeidet med andre aktører. Alle habiliteringstjenester forventes å inneha veiledningskompetanse innenfor arbeidet med IP.

Kapitel 6 Anbefaling og tiltak

6.1 Forslag til fremtidig organisering og funksjonsfordeling

Arbeidsgruppen mener det er av meget stor betydning at de enkelte helseforetakene ser det som sin oppgave å gjøre habiliteringstjenesten ”**synlig**” i forhold til organisering, ansvarsfordeling og budsjett. Spesielt må behovet for at det **medisinskfaglige ansvaret** blir tydelig understrekes. Der tjenesten er organisert innen somatikken, er det viktig at en gjennom samarbeidsavtaler sikrer seg tilgang på legespesialisttjenester fra psykiatrien. Der tjenesten er organisert innen psykiatrien er det viktig at en sikrer seg tilgang på legefaglige tjenester fra somatikken i form av en samarbeidsavtale. Det er viktig at habilitering innen spesialisthelse-tjenesten er en desentralisert og ambulant tjeneste. Det må likevel bygges opp tilbud med mulighet for **innleggelser i sykehus**, der en har særlig oppmerksomhet på en tilrettelegging for målgruppens spesielle behov.

I de helseforetakene hvor habiliteringstjenesten av geografiske eller andre årsaker er fordelt på ulike tjenestesteder er det viktig å definere tjenesten som en **samlet tjeneste**. Dette gjelder især i forhold til ledelse, medisinskfaglig ansvar, kompetanseoppbygging, bemanning og tilgjengelighet. Det tilrådes at en **minimumsbemanning** av en habiliteringstjeneste for voksne aldri er under fire stillinger i tillegg til lege, merkantilt personell og at det har en tverrfaglig sammensetning.

LMS er en viktig del av tilbudet i samarbeid med tiltakskjeden. Arbeidsgruppen har ut fra befolkningstall, geografi, samferdselsstruktur, kultur osv. sett det viktig å anbefale at tjenesten er organisert som en bred basistjeneste, synlig og med en lett tilgjengelighet. Med lett tilgjengelighet forstås at såvel pasienter på individnivå – som på systemnivå, til enhver tid skal

kunne rette henvendelse om konkrete råd i forbindelse med henvisning. Men det må understrekes at det ved behandlingsinnsats må kreves **henvisning fra lege**. Det er viktig at alle tjenester har en **tilstrekkelig høy kompetanse** på basisfunksjoner. Samtidig er det viktig å tilrettelegge for en **funksjonsfordeling** som tar høyde for at ansvaret for regional spesialkompetanse blir utviklet og forankret der det er tilgang på et **akademisk fagmiljø**, og der det finnes muligheter til samarbeid med hhv. utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljø.

Konkrete forslag om funksjonsfordeling:

I tråd med Plan for habilitering og rehabilitering skal UNN HF og Nordlandssykehuset HF ha særlig ansvar for utvikling og ivaretagelse av visse regionale funksjoner. Arbeidsgruppen understreker at "å ha ansvar for" oppgaven innebærer å inndra relevant fagkunnskap fra fagmiljøet i hele helseregionen. I de fleste tilfeller betyr funksjonsfordeling, ut over utredningsoppgaver, ikke at pasienten henvises, men at de som tillegges regionsansvar påtar seg oppgaven å være en veileders veileder.

UNN HF får ansvar for følgende områder:

- Regional kompetanse- og nettverksfunksjon innenfor autismspektret.
- Regional kompetanse- og veiledningsfunksjon ihht opptrapping innen autisme og aldring og demens.
- Regionalt ansvar omkring diagnostisering av voksne med Asperger-syndrom.
- I samarbeid med Statped Nord bygge opp kompetanse innen autisme og støttende kommunikasjon.
- Iverksettelse av universitetsklinikkfunksjonen og forankring av forskningsprosjekter.

Nordlandssykehuset HF får ansvar for følgende områder:

- Veiledning- og kompetanseoppbygging vedrørende personer med utviklingshemming som begår lovbrud.
- Veiledningsfunksjon i saker i forhold til seksuelle overgrep. Kompetanseutvikling og veiledningsfunksjon i forhold til kropp, identitet og seksualitet
- Oppbygging av kompetanse innen utviklingshemming, autisme og psykisk lidelse.

UNN HF og Nordlandssykehuset HF får sammen ansvar for følgende områder:

- Videreutbygging og utvikling av tilbud til eldre/aldersdemente psykisk utviklingshemmede.
- Lederforum - Iverksetting og oppfølging av fagutvikling på regionalt plan.
- Utvikle bedre koordinerte innleggelser, og utrede muligheten for tilpassede sengeposter.

6.2 Forslag til fremtidige satsnings- og utviklingsområder

Prosjekter – arbeidsgrupper ved UNN HF:

- Arbeidsgruppe i forhold til overgangen barn/ungdom/voksne.
- Igangsetting og oppbygging av samarbeid om kompetanseutvikling mellom Geriatrik avdeling og Seksjon for ambulant rehabilitering.

- Prosjekt samarbeide mellom habiliteringstjenestene med fokus på geriatri.

Prosjekter – arbeidsgrupper ved Nordlandssykehuset HF:

- Fortsettelse av pågående prosjekt vedrørende kropp, samliv og seksualitet.
- Arbeidsgruppe for utredning av tilbud om tjenester ved innleggelse i sykehus – herunder akutte innleggelser for målgruppen.

Prosjekter – arbeidsgrupper ved Helse Finnmark:

- Forslag til regional konsensus konferanse vedrørende felles veileder og prosedyre for Stjl kap 4A.

Arbeidsgruppen mener at arbeidet med å komme frem til en mest mulig hensiktsmessig organisering av habiliteringstjenesten må videreføres, og gjennom det finne grunnlaget for nødvendig kompetanse og bemanning. Det er ønskelig at fagnettverkene styrkes og at fremtidig organisering tar utgangspunkt i faglige vurderinger. Det er viktig at dette skjer i sammenheng med den øvrige opptrappingen og satsningen innen kronikeromsorgen. Det er likeledes viktig at det skjer i sammenheng med oppbygging av koordinerende enheter i helseforetakene og RHF. Det forutsettes at den regionale koordinerende enhet / Samhandlingsenheten UNN HF blant annet vil ha et overordnet ansvar for ivaretagelse av fagnettverk, overordnede kompetansehevingsprogrammer og rekruttering av spesialister.

Satsnings- og utviklingsområder:

- **Videreføring av arbeidet med å styrking av det medisinskfaglige ansvar.**
- **Kvalitetsutvikling og samordning av ambulante tjenester, bruk av DIPS og Doc-Map.**
- **Tilpasning av nytt prosedyrekoderverk**
- **Arbeid med familie og pårørendearbeid.**
- **Tilbud om akutt innleggelse og institusjonsbehandling**
- **Intensiv trening, bo- og treningstilbud**

6.3 Konkrete prioriteringer – opptrappingsplan 2010

Arbeidsgruppen har vært meget realistisk og jordnær i sine vurderinger av behovet for opptrapping av stillinger for å gi målgruppen et fremtidig tjenestetilbud som er forsvarlig i helse-regionen. Det er likevel nødvendig med en målrettet satsning og opptrapping i hele planperioden. Det er viktig å styrke basisfunksjonene slik at de er dimensjonert på en måte som gir fleksibilitet innenfor det enkelt helseforetak. Det vil si at habiliteringstjenester må ha en tverrfaglig basisbemanning på minst fire personer – uten at det dermed er tatt stilling til antall tjenester i et helseforetak. Det er tatt utgangspunkt i at hvert helseforetak må ha til rådighet en tilstrekkelig samlet basisnormering til å dekke målgruppens behov. Ved vurdering av effektiv ressursutnyttelse må også geografiske og samferdselsmessige forhold tas i betraktning. For å dekke et absolutt minimum, må det tilføres hvert helseforetak minst 2 stillinger for å dekke basisnormering (hvorav den ene er kompensasjon for merarbeidet i forbindelse med de lovpålagte oppgaver som historisk sett ikke utløste ekstra stillinger). Den absolutt viktigste styrk-

ningen av tjenesten er rekruttering og tilsetning av leger og psykologspesialister. Videre er det viktig å definere leder og merkantile stillinger.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor en opptrappingsplan som følger:

- Arbeidsgruppen anser det som viktig at satsningen på rekruttering og stabilisering av spesialister prioriteres. Bemanning må knyttes opp mot de initiativer som iverksettes og koordineres som felles satsningsområder innen kronikeromsorgen i Helse Nord.
- UNN HF og Nordlandssykehuset HF forsterkes hver med en overlegestilling innen 2010, slik at det blir mulig å ha utdanningsstillinger og forskning tilknyttet habiliteringstjenestene i disse helseforetakene.
- Helse Finnmark og Helgelandssykehuset HF styrkes i forhold til legedekning med én stilling hver innen 2008. Det understrekes at dette er en absolutt minimumsdekning i forhold til ivaretagelse av det medisinskfaglige ansvaret.
- Arbeidsgruppen anbefaler at den akademiske forankringen styrkes ved å tillegge en psykologstilling til tjenesten i Helse Finnmark, som også vil utvide flaskehalsen og spare befolkningen for unødvendig reiseaktivitet i forbindelse med nevropsykologisk utredning.
- Helseforetakene tildeles minimum 2 stillinger til å dekke eksisterende basisfunksjoner.
- Nordlandssykehuset HF og UNN HF tillegges én utviklingsstilling hver, med henblikk på regional koordinering av fagutvikling i fagnettverket.
- Fagutviklings- og koordineringsstillinger skal ha et tett samarbeid med de fagutviklings- og koordineringsstillinger som forøvrig finnes innen kronikersatsningen, for eksempel vedrørende regional koordinerende enhet.
- Det vurderes om det skal tillegges UNN HF to stillinger for å kunne gi tilbud innen Petø-trening og andre intensive habiliteringstilbud.

Tabell 4. Opptrappingsplan for Habiliteringstjenesten for voksne i Helse Nord.

| Bemanning | Helse Finnmark | Universitetssykehuset NN | | | Nordlandssykehuset HF | | | | Helgelandssykehuset HF | | |
|-----------------------|----------------|--------------------------|--------|---------|-----------------------|----------------|------------|---------|------------------------|-----------|------------|
| | | Tromsø | Narvik | Harstad | VHAB-Bodø | Psyk.Innsatst. | Stokmarkn. | Lofoten | Mosjøen | Mo i Rana | Sandesjøen |
| Overlege | | ok | | | 1 | | | | | | |
| ass.lege | 1 | | | | | | | | 1 | | |
| Psykolog | 1 | | | | | | | | 1 | | |
| Fagbemanning | 2 | | | | 2 | | | | 2 | | |
| Autismekonsulent | | 2 | | | 1 | | | | | | |
| Merkantilt personell | 1 | | | | | | | | 1 | | |
| Lederstillinger | 0,5 | | | | | | | | 1,5 | | |
| Intensiv trening/Petø | | 2 | | | | | | | | | |
| | 5,5 | 4 | | | 4 | | | | 6,5 | | |

6.4 Visjoner og utfordringer til fremtidige tjenester

Arbeidsgruppen hadde lyst å få inn en visjon i rapporten for å tydeliggjøre hva som menes med gode tilbud til målgruppen. Sett i bakspeilet er rapporten kanskje mer en rapport som forsøker å konsolidere og forankre en viktig tjeneste i sammenheng med den øvrige spesialisthelsetjeneste. Allikevel har arbeidsgruppen håp om at en ved denne satsingen fremover kan få fotfeste for visjonene.

- Karl er en gutt på 15 år. Han har fått diagnosen psykisk utviklingshemning med autistiske trekk. Han har i tillegg noen tilbakevendende stoffskifte- og urinveisproblemer. Han bor sammen med mor og far og to eldre søsken på et lite gårdsbruk i nærheten av et tettsted på kysten av Nord-Norge. Far jobber i en mindre lokal industrivirksomhet, mor jobber deltid i helsevesenet. Karl går på skole. Han er glad i musikk og fotball.

Karl er det siste halve året begynt å ha utageringsproblematikk i skolen, han er blitt tiltagende stereotyp i sine vaner på hjemmebane, han er innesluttet og vil ikke lenger gå på fotballkamp. Det oppstår mange konflikter i hjemmet mellom ham og søsken.

Mor er svært sliten og støttekontakt har truet med å si opp jobben.

Karl er henvist til habiliteringsenheten for barn.

Vi ønsker – at Karl skal få hjelp til bevissthet om sin egen seksualitet.

Vi ønsker – at Karls pårørende skal tilbys støtte i forhold til frigjøringsprosessen når Karl skal flytte hjemmefra.

Vi ønsker – at Karl i et livsløpsperspektiv skal kunne bli henvist til habiliteringstjenesten for voksne især ved overgangen fra en livsfase eller livssituasjon til en annen.

Vi ønsker - at habiliteringstjenesten i samarbeid med kommunen og andre instanser kan bidra til at Karl får en variasjon av tilbud i sitt livsforløp på like fot med andre.

Vi ønsker – at hvis Karl evt. skulle bli psykotisk, skal kunne bli innlagt med kort varsel i et tilrettelagt lokalt senter for psykisk helse.

Vi ønsker - at Karl kan få en alderdom som er tilrettelagt med utgangspunkt i de spesielle tilleggsvansker som kan oppstå i forbindelse med hans diagnose, slik at han kan få individuelt tilrettelagt tjeneste i eget hjem eller i sykehjem.

Visjonen for Karl:

Vi ønsker - at Karl allerede nå skal bli henvist til habiliteringstjenesten for voksne, så han og familien kan bli kjent med de som skal følge ham i det videre forløp. Og ikke minst slik at habiliteringstjenesten for barn og for voksne i fellesskap med ham, pårørende og kommunen kan legge opp et forløp for fremtiden.

Vi ønsker – at Karl skal få en individuell plan hvor en ser på hvilke mål han har nå og for fremtiden – hvilke livsarenaer han skal starte på, hvilke tiltak som skal settes i verk her og nå og senere – og ikke minst hvem tar ansvar for de forskjellige tiltakene.

Vi ønsker – at Karl skal få en kommunal koordinator for planen og en ansvarsgruppe, hvis han ikke allerede har det.

Vi ønsker – at Karl skal få et særlig tilbud som ungdom. Hvilke endringer skjer – hva vil det si å bli ungdom, å bli fulgt ved skoleovergang og ved en evt. flytting fra foreldrehjemmet? Han skal få tilbud om alene-samtaler og i gruppe. Gjerne i regi av LMS.

Vi ønsker – at Karls pårørende skal få mulighet for støttende samtaler i forhold til deres egen rolle.

Vi ønsker – at habiliteringstjenesten med bistand fra spesialenhet kan gi et tilbud til Førstelinjetjenesten om veiledning, oppfølging og evt. undervisning i forhold til Karl sine problemer og ressurser.

Vi ønsker – at Karl skal ha mulighet for å bli utredet somatisk hos egen lege, og at det er lege tilstede ved inntak i habiliteringstjenesten, som kan koordinere og vurdere alle opplysninger i samråd med tjenesten.

Vi ønsker – at Karl, hvis han skal innlegges i sykehus, skal finne at alt er koordinert og tilrettelagt.

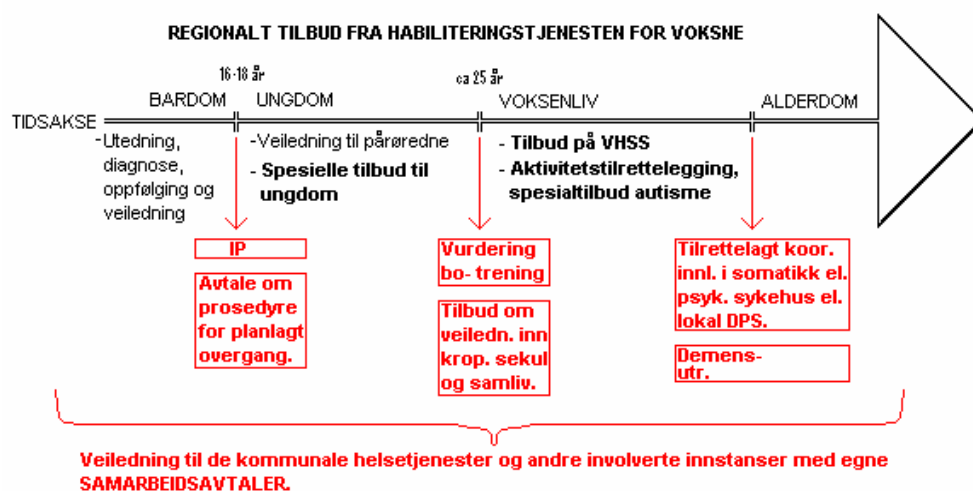
Vi ønsker – at Karl skal ha mulighet for, uten lang ventetid, å bli evnemessig utredet av nevropsykolog og evt. andre med spesialkompetanse.

Vi ønsker at – Karl kan få tilbud på oppdatert regional spesialkompetanse fra habiliteringstjenesten omkring de aspekter av hans liv som omhandler autisme.

Vi ønsker – at Karl skal ha tilbud om muligheter for å prøve ut sin egen mestringsevne – hva klarer han selv og hva skal han ha hjelp til, ved opphold på Valnesfjord Helseportssenter. Han skal kunne komme dit flere ganger for å prøve ut sine ferdigheter i forhold til fritid og samvær med andre unge.

Vi ønsker – at Karl skal kunne få prøve sine bo-selv ferdigheter under betryggende rammer på Valnesfjord Helseportssenter før han evt. skal flytte i egen bolig eller i et bofellesskap.

Figur 2 Karls livsløpskalender (* Røde områder er satsningsområder)



Visjon for habiliteringstjenesten i Helse Nord:

Vi ønsker – at tjenesten til enhver tid skal kunne ha organisering, bemanning og kompetanse til å dekke de behov som brukerne av tjenesten har krav på.

Vi ønsker – at tjenesten skal kunne dra læring av de erfaringer som den gjør i samarbeid med brukere og brukerorganisasjoner.

Vi ønsker – at tjenesten skal være nettverksbasert og i kontinuerlig utvikling.

Vi ønsker - at tjenesten skal være synlig, lett tilgjengelig og at alle skal ha lik adgang.