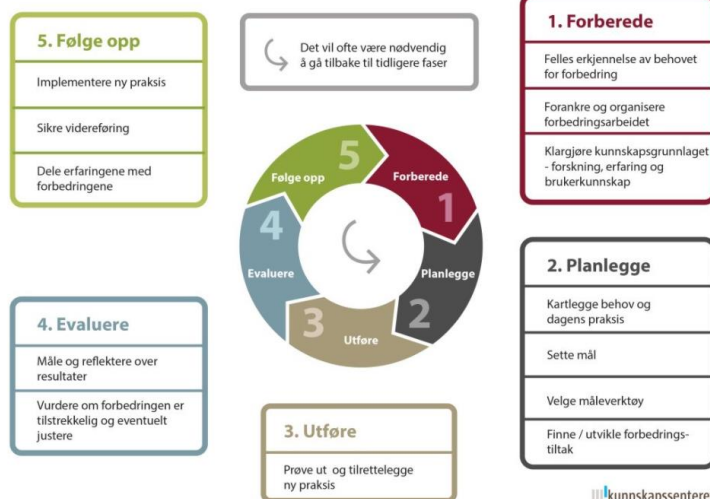




Handlingsplan 2022- 2025

Faglig samarbeidsutvalg for vaksnehabilitering

- revideres 2.hvert år



Innhold

1	INNLEDNING	4
2	MÅL OG TILTAK	6
3	FORBEREDE	8
3.1	Kunnskapsgrunnlag	8
3.2	Erkjenne behov for forbedring	9
3.3	Forankre og organisere forbedringsarbeidet	9
3.4	Avgrensning	9
4	PLANLEGGE	10
4.1	Kartlegge behov og dagens praksis	10
4.2	Sette mål	10
4.3	Velge måleverktøy	11
4.4	Finne/ utvikle forbedringstiltak	11
5	UTFØRE	11
6	EVALUERE	11
6.1	Måle og reflektere over resultater	11
6.2	Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere	11
7	FØLGE OPP	11
7.1	Implementere, sikre videreføring, dele erfaringene	11
8	REFERANSER OG EVENTUELLE VEDLEGG	11
8.1	Referanseliste	11
8.2	Eventuelle Vedlegg	12
9	MEDLEMMER	12

1 Innledning

Arbeidet er forankret i revidert Samarbeidsavtale og Helsefelleskap Møre og Romsdal

Arbeidsform og møtehyppighet tilpasses møtefrekvensen i helsefelleskapet for øvrig, samt ressursituasjonen i utvalget – tilsvarende 4-6 møter pr år.

Felles krav for handlingsplanen finnes i delavtale 1 og oppgaven til de faglige samarbeidsutvalgene, spesifikke krav finnes i de øvrige delavtalene.

Oppgaver:

- a. *Utarbeide handlingsplan som konkretiserer ansvar og oppgaver i kommuner og helseforetak. Handlingsplanen skal høres og forankres i de lokale samhandlingsutvalgene og vedtas i strategisk samarbeidsutvalg. Handlingsplanen skal ha årlig revisjon, med evaluering av mål/tiltak/effekt.*
- b. *Ansvar for videreformidling av informasjon til kommuner og helseforetak, og arrangere felles fagdager ved behov.*
- c. *Samarbeide med de øvrige fagrådene i Midt-Norge.*

Metode:

Ref. Modell for kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket.no

Ref. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Ytterligere krav til handlingsplan vil kunne gis av Strategisk samarbeidsutvalg SSU. Der tiltak og satsinger får økonomiske konsekvenser for partnerne, eller er av prinsipiell art skal de fremlegges SSU før eventuelt prosjekt iverksettes.

Faglige samarbeidsutvalg oppfordres til dialog med lokale LSU. LSU vil kunne bidra og høres, men kan ikke gi oppdrag til de faglige samarbeidsutvalgene uten forankring i SSU. SSU skal ha melding om hvem som er leder/ nestleder/sekretær (med kontaktopplysninger) for de ulike faglige samarbeidsutvalgene.

Habiliteringsfeltets ansvar og oppgaver beskrives i «Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator 01.01.2012»:

Formålet med forskriften er å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient/bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.»

Forskriften skal sikre at tjenestene tilbys og ytes

1. ut fra et pasient- og brukerperspektiv,

2. i eller nærmest mulig pasientens og brukerens vante miljø,
3. samordnet, tverrfaglig og planmessig,
4. i en for pasientens og brukerens meningsfylt sammenheng

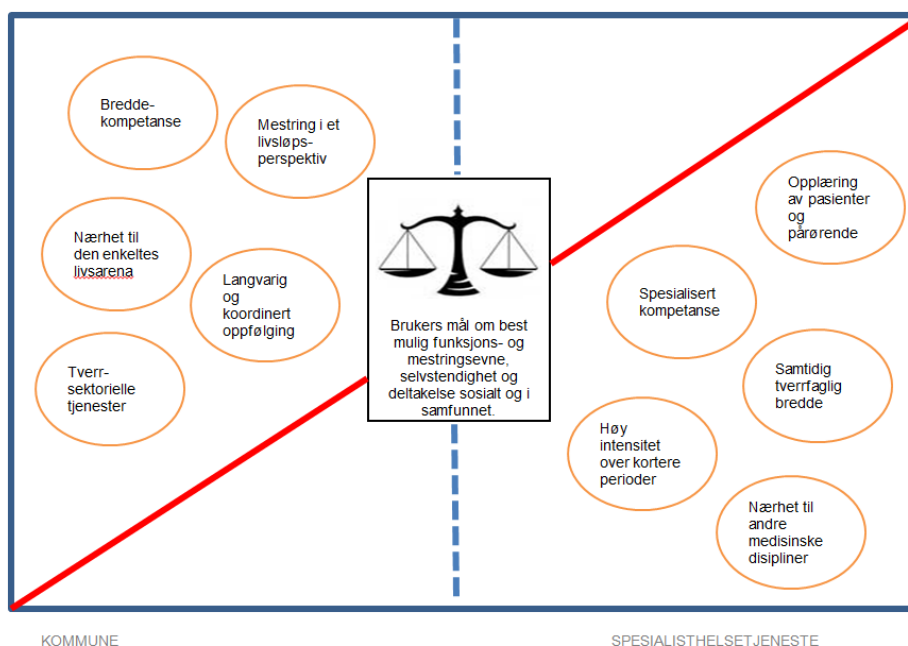
Begrepet habilitering brukes med flere ulike betydninger:

- en tjeneste, som f.eks. habiliteringstjenesten for barn og unge, voksenhabiliteringstjenesten, avdeling for bo og habilitering, o.l.
- et kunnskapsområde som er utpreget tverrvitenskapelig og som befinner seg i grenseområdet mellom medisin, sosialvitenskap, psykologi og pedagogikk.
- den bistands- og samhandlingsprosessen, hvor en person med en funksjonsnedsettelse mottar bistand fra flere tjenesteytere ut fra sine forutsetninger, ønsker og behov.

Målgruppen for voksenhabilitering er personer over 18 år som har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse med konsekvenser for fungering på mange livsområder. Eksempler på dette er mennesker med tidlig ervervede hjerneskader, utviklingsforstyrrelser, genetiske syndromer, utviklingshemning, autismespekterforstyrrelser. Det kan også omfatte mennesker med tidlig ervervede nevrologiske skader eller sykdommer, nevromuskulære sykdommer, eksempelvis muskeldystrofier, CP og ryggmargsbrokk.

Mange har behov for tilrettelegging og støtte gjennom hele livsløpet og på alle livsområder. Sentrale områder er bosituasjon, arbeidsdeltakelse, aktiviteter, ernæring, helseoppfølging og det sosiale miljøet.

Tilbud om habilitering gis både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.



2 Mål og tiltak

2.1 Mål og tiltak

For å kunne sikre forsvarlige og gode helsetjenester til personer med et habiliteringsbehov og deres pårørende i Møre og Romsdal er det viktig å sikre forutsigbare og forsvarlige samarbeidsformer, både mellom 1. og 2. linjetjeneste, men også innad i kommune og helseforetak. Det er viktig at samarbeidet er tydelig, forpliktende og ledelsesforankret og ivaretar pasient, dens pårørende og har et nettverksperspektiv.

Under har SU oppsummert innsatsområder som i særlig grad vil være nødvendig for å oppnå målet om å skape helhetlige, likeverdige og gode helsetjenester for alle voksne med habiliteringsbehov i Møre og Romsdal.

SU har følgende prioriteringer:

- Tydelig rolle – og forventningavklaring, ansvarfordeling mellom 1. og 2. linjetjeneste
- Forutsigbare og koordinerte tjenester for personer med habiliteringsbehov – ny avklaring
- Skape samarbeidsarena for 1. og 2. linjetjeneste for gjensidig informasjon – og erfaringsutveksling samt kompetanseheving gjennom årlig fagdag
- Behov for utdanning og kompetanseheving av helsepersonell
- Implementering av nasjonale veiledere i 1. og 2. linjetjeneste og bruke disse som aktive dokumenter (Helsedirektoratet (2015). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 0202. desember 2020, lest 2626. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet., u.d.;> Helsedirektoratet, 2021)

Under har vi oppsummert innsatsområder som

Årstall: 2022			
Delmål	Tiltak	Tidsramme	Kontaktperson
Økt rekruttering av fagkompetanse til habiliteringsfeltet <ul style="list-style-type: none">• Vernepleiere• Psykologspesialister• Legespesialister	Henvendelse til NTNU, høyskolen i Molde og høyskolen i Volda vedr. behov for å øke antall studieplasser/tilbud om desentraliserte utdanningstilbud på Sunnmøre Invitasjon til dialogmøte	Haust 2022 / vår 2023	Leiar / nestleiar
Det er etablert gode samarbeidsarenaer mellom kommune - og	Utarbeide en plan for hvordan samarbeide om	Vår 2023	Leiar / nestleiar

<p>spesialisthelsetjenesten med faglig fokus på områdene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Økt beslutningskompetanse / beslutningsstøtte • Arbeid, aktivitet og deltakelse • Systematisk helseoppfølging • Rusavhengighet • Vold og overgrep • Utdrende adferd - MAP • God seksuell helse • Livsfaser – og overganger • Nye lover / forskrifter 	<p>økt kompetanse på de ulike områdene.</p> <p>Årskonferanse for alle som jobber med habilitering i Møre og Romsdal.</p>		
<p>Økt kunnskap om palliativ omsorg til personer med psykisk utviklingshemming særlig knyttet til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikasjon • Smerteforståelse • Tverrfaglig kompetanse 	<p><i>Etablere palliativ plan i fylket for personer med utviklingshemming?</i></p>	2024	Leiar / nestleiar
<p>Digitalt samarbeid rundt personer med habiliteringsbehov</p>	<p>Se på muligheter i digitale løsninger som helseplattformen, Sampro og andre løsninger</p>		Leiar / nestleiar
<p>Det er en tydelig rolleavklaring og ansvarsfordeling av tjenester mellom 1. og 2. linjetjenesten</p>	<p>Ta utgangspunkt i samarbeidsavtale mellom Bo og habilitering i Vestnes kommune og spes. habilitering NR - implementere i alle samarbeidskommuner</p>		Leiar / nestleiar
<p>Drift av samarbeidstvalg for vaksnehabilitering</p>		I gang	Leiar / nestleiar
<p>Personer med habiliteringsbehov har</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsavtaler • Evalueringsmøter • Koordinatorrolle 	2023	Leiar / nestleiar

forutsigbare og koordinerte tjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Sørge for felles koordinatoropplæring • Koordinator nettverk <ul style="list-style-type: none"> - Fokus på IP som en aktiv plan 		
Implementering av de nasjonale veilederene i 1 og 2 linjetjeneste	Revidering av handlingsplan med vedlegg og relevante veiledere 2. hvert år	2. hvert år	Leiar / nestleiar

3 Forberede

3.1 Kunnskapsgrunnlag

(Analyse av konkrete utfordringer innen aktuelt område og mulige konsekvenser. Aktuelt: kompetanse, forskning/utvikling, demografi, omfang, teknologi.)

NOU 2020:15 beskriver økt behov for tjenester til eldre. Levealderen for personer med ulike funksjonsnedsettelse har økt. Det har vært en stadig økning i antall mottakere av hjemmetjenester blant personer under 67 år med komplekse diagnoser. Dette må blant annet ses i sammenheng med bedre medisinsk oppfølging og omsorg samt økt grad av overlevelse blant personer med ulike funksjonshemninger.

NorCP (sjekke) Forekomsten av cerebral parese har fallt med 25% i høyinntektsland. (1,6 /1000 babyer) Viser at utviklende standarder for omsorg og forebyggende tiltak har stor innvirkning.

NOU 2020:1 Andelen barn som får autismediagnoser, har økt sterkt siden 1980-tallet. Hovedårsaken er at diagnosekriteriene er blitt endret, slik at flere passer til diagnosen.

Norsk pasientregister har bare personidentifiserbare data fra 2008 og fremover, så det er ikke mulig å beregne de totale andelene som har autismediagnoser hos voksne.

Folkhelseinstituttet har i stedet beregnet andelene i den voksne befolkningen som var registrert med autismediagnoser i 2017. For aldersgruppen 20–29 år varierte andelen mellom 0,14 prosent og 0,46 prosent mellom fylken, Møre og Romsdal ligger på 0,33 prosent.

FHI – fakta om Downs syndrom: Hvert år fødes om lag 70–80 barn med Downs syndrom. Fra 1990 til rundt 2000 var det en jevn stigning i andelen barn som ble født med Downs syndrom (antall per 10 000 fødte). Fra rundt 2000 har antallet vært nokså stabilt. Denne stabiliseringen har skjedd parallelt med at gravide kvinner har fått tilgang til screening i svangerskapet. Antall nemdbehandlede svangerskapsavbrudd har økt.

Gjennom idemyldring i gruppen utpekte det seg raskt noen gjennomgående utfordringer.

- Manglende rolle – og ansvarsavklaring både mellom 1. og 2. linjetjeneste, men også internt i kommune og helseforetak.
- Mangel på system for samarbeid mellom 1. og 2. linjetjeneste

Konsekvensen av disse utfordringene blir et fragmentert tilbud til personer med habiliteringsbehov og behov for koordinerte tjenester

3.2 Erkjenne behov for forbedring

Kommunen og habiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten skal sørge for at personer med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse tilbys tverrfaglig utredning, diagnostisering og oppfølging ved behov for habilitering. Kommunen og habiliteringstjenesten skal i samarbeid sikre at personer som har behov for habilitering tilbys og ytes slike tjenester. Samarbeidet mellom kommunen og habiliteringstjenesten må være basert på likeverd og gjensidig respekt (Helsedirektoratet 2021). Helhetlig hjelp for personer med habiliteringsbehov forutsetter godt samarbeid. For å lykkes med samarbeidet forutsettes det at både kommuner og foretak jobber med beskrevet utfordringsbilde også internt. Helhetlig hjelp for pasient - /brukergruppen forutsetter ikke bare godt samarbeid mellom helsetjenesten, men også med andre tjenester som for eksempel skole /dagtilbud, fastlege, NAV mfl. Pasienter / brukere med langvarig oppfølgingsbehov på grunn av komplekse tilstander trenger et samtlet tjenestetilbud med gode rutiner for samarbeid mellom ulike instanser. Et koordinert tilbud vil kunne gi bedre henvisninger mellom 1. og 2. linjetjeneste og dermed tydeligere beskrivelse av behov. Det er et ønske om å gi tjenester på lavest mulig nivå. Et tett samarbeid mellom 1. og 2. linjetjeneste vil kunne styrke 1. linjetjeneste, og bidra til færre unødige innleggelse og direkte pasientkontakt i 2.linjetjenesten. Samtidig i pasientforløpet krever tett samarbeid og god kommunikasjon mellom 1. og 2. linjetjenesten. Mange av pasientene har behov for livslang oppfølging, men intensitet og hyppighet i oppfølging kan variere gjennom livsløpet.

3.3 Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Faglig samarbeidsutvalg arrangerer et faglig møtested minst en gang i året. Fagpersoner fra 1. og 2. linjetjenestene inviteres til å dele kompetanse og utvikle ny kunnskap i fellesskap. Målet er å skape en samarbeidsarena for 1. og 2. linjetjenestene for å løse det felles oppdraget.

3.4 Avgrensning

Oppgaver knyttet til rus, psykiske helse og habilitering for barn og unge under 18 år følges opp av faglig samarbeidsutvalg for barn og unge. Fagområder innenfor rus og psykisk helse voksne ivaretas av faglig samarbeidsutvalg for psykiske helse og rus.

Helsedirektoratets prioriteringsveileder for voksenhabilitering beskriver imidlertid et særlig ansvar for oppfølging av psykisk lidelse hos personer med moderat til alvorlig/dyp utviklingshemming. Det forutsettes at personer med en lett utviklingshemming får utredning og behandling i allmenpsykiatrien. Det er vanskelig og heller ikke ønskelig å sette noen absolutte grenser mellom fagområdene, men heller se på hvordan man kan samhandle og dra nytte av hverandres kompetanse.

Det kan komme endringer i forhold til bruk av tvang og lovverk. Ev tilpassinger som en følge av eventuelle endringer må innarbeides ved neste revidering.

Planlegge

3.5 Kartlegge behov og dagens praksis

Både i den kommunale helse – og omsorgstjenestene og i habiliteringstjenestene er det utfordringer knyttet til tilgang på nødvendig kompetanse. Dette har konsekvenser for livskvalitet og helse hos personer med ei utviklingshemming.

Personer med utviklingshemming som mottar tjenester bor i all hovedsak hjemme. Helsetjenester i hjemmet, praktisk bistand og støttekontakt til daglige gjøremål er de mest brukte omsorgstjenestene. Omtrent hver tredje tjenestemottaker med utviklingshemming har dagaktivitetstilbud. Utredning og dignostisering av utviklingshemming skjer i spesialisthelsetjenesten. Diagnose blir ofte satt mens barnet er lite. Gjennom oppveksten kan det imidlertid oppstå usikkerhet om graden av utviklingshemming, fordi barnet utvikler seg hele tiden. Utviklingshemming kan i tillegg være vanskelig å skille fra andre diagnoser som for eksempel autismespekterforstyrrelser, lærevansker og forstyrrelse i oppmerksomhet og konsentrasjon. Hos noen settes diagnose først i ungdomsårene eller i voksen alder. I voksen alder kan også psykisk sykdom, rusproblematikk eller adferdsforstyrrelser «overskygge» utviklingshemming.

Utredning og diagnostisering er viktig for forståelse av personens utfordringer og for individuell oppfølging og støtte. Opplæringstiltak og kompenserende tiltak kan utgjøre stor forskjell for personlig utvikling og grad av selvstendighet. Uten forståelse for personens utfordringer kan personer bli utsatt for både over – og undervurdering.

Kommunen og habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenestene skal sørge for at personer med utviklingshemming tilbys tverrfaglig utredning, diagnostisering og oppfølging ved behov for habilitering tilbys og ytes slike tjenester. Samarbeidet mellom kommune og habiliteringstjenestene må være basert på likeverd og gjensidig respekt (Helsedirektoratet, 2021).

3.6 Sette mål

Implementere samarbeidsavtale mellom 1. og 2. linjetjeneste.

Skape felles samarbeidsfora for erfaringsutveksling og felles kompetanseheving.

3.7 Velge måleverktøy

3.8 Finne/ utvikle forbedringstiltak

Gjennom Questback få informasjon til å utarbeide tiltak i handlingsplan.

4 Utføre

Leder og nestleder for faglig samarbeidsutvalg har ansvar for å rapportere på måloppnåelse av tiltakene årlig.

5 Evaluere

Faglig samarbeidsutvalg evaluerer årlig måloppnåelse og justere målene etter behov.

5.1 Måle og reflektere over resultater

Via questbackundersøkelse, dialog med de fire LSU for lokale forbedringsprosjekt/tiltak og SSU for fylkesdekkende forbedringsprosjekt/tiltak. Andre arenaer vurderes etter behov.

5.2 Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere

Faglig samarbeidsutvalg vurderer mål og tiltak i handlingsplanen og justerer ved behov. Vurderingsgrunnlag i form av ev questbackundersøkelser, via vurdering av måloppnåelse fra de enkelte forbedringsprosjektene forankret i SSU eller LSU

6 Følge opp

6.1 Implementere, sikre videreføring, dele erfaringene

Faglig samarbeidsutvalg følger opp forslag fra questbackundersøkelse som konkretiseres i prosjekt forankret i SSU og LSU. Videreføring og erfaringsdeling konkretiseres nærmere i planperioden.

7 Referanser og eventuelle vedlegg

7.1 Referanseliste

Helsedirektoratet (2015). Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 0202. desember 2020, lest 2626. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

Helsedirektoratet (2021). Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 0808. mars 2022, lest 2626. april 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/gode-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-utviklingshemming>

[Verktøy og nettressurser - Helsedirektoratet](#)

7.2 Eventuelle Vedlegg

(antall vedlegg punktvis)

8 Medlemmer

Medlemmer i utvalget er oppnevnt på vegne av sin kommuneregion (NIPR, RIPR, SR: Søre Sunnmøre, SR: Nordre Sunnmøre) og forventes å forankre arbeidet hos helseledere innenfor sin kommuneregion.

Etablering av faglig samarbeidsutvalg for Vaksenhabilitering [Faglig samarbeidsutvalg Vaksenhabilitering](#)

Delavtale: 1	Arbeidssted	Stillingstittel
Leder: Ina Killingrød Greve	Romsdal IPR	Einingsleiar Aktivisering og meistring, Vestnes kommune
Nestleder: Torill Myklebust Hjelseth	Helse Møre og Romsdal	Fagkonsulent, klinikk psykisk helse og rus
Øvrige medlemmer :		
Iris Relling Nielsen	Helse Møre og Romsdal	Overlege spesialisering rehabilitering Sunnmøre, Klinikk psykisk helse og rus
Perny Kristin Oksnes	Helse Møre og Romsdal	Avdelingsleiar, sykehuspsykiatri Sunnmøre, Klinikk psykisk helse og rus
Hilde Husby	Helse Møre og Romsdal	Seksjonsleder spesialisert habilitering Nordmøre og Romsdal og Spesialisert habilitering Sunnmøre, Klinikk psykisk helse og rus
Guro Bakke Liaskar	Sunnmøre Regionråd – Søre	Einingsleiar Bu – og habilitering, Ørsta kommune
Caroline Øien Fiksdal (gått ut september 2022) Heidi Vegsundvåg	Sunnmøre Regionråd – Nordre	Avdelingsleiar Bu – og aktivitetestenenesta, Sula kommune
Sofie Møller – Christensen* Vara: Jonas Vegsundvåg		Fastlege / praksiskonsulent
Siw Helgadottir Teksum * Vara: Elin Orbog Hafsås ?	Nordmøre IPR	Avdelingsleiar habilitering, Sunndal kommune
Tove Kroknes	Brukerrepresentant kommune	FFO / CP – foreining
Janne Remøy Endresen	Brukerrepresentant HMR	SAFO / NFU

*permisjon 2022

