

Innspill fra ansatte i habiliteringstjenesten til omstilling kort sikt

Ansatte på habiliteringstjenesten i SI har på et personalseminar drøftet omstilling kort sikt. Hovedformålet er å spare penger. Samtidig skal brukertilbudet være like godt. Det finnes fordeler og ulemper med både dagens modell og med andre modeller. Ulike fagpersoner og faggrupper har et noe ulikt syn. Vi er dog enige om at nedenstående innspill bør tas med i omstillingsprosessen.

Vi oppfatter forslaget om organisering av habilitering og rehabilitering, der divisjonen samlet eller delt legges under en eller flere somatiske avdelinger, som kompleks og ikke uten utfordringer. Habiliteringstjenesten er avhengig av et godt samarbeid med mange ulike avdelinger/divisjoner i SI, i tillegg til samarbeidspartnere i 1. og 3. linje. Det er vanskelig å se for seg hvilken divisjon/avdeling som peker seg ut som naturlig å samle habiliteringstjenesten inn under. Omorganisering på kort sikt kan legge premisser for organisering på lang sikt. Vi anser det derfor som svært viktig at planleggingen av omorganisering foregår i en åpen prosess hvor alle aspekter er godt belyst og veloverveid, og ender opp i noe som har fordeler fremfor dagens organisering.

Vi gjør oppmerksom på at habiliteringstjenesten ikke har gått med underskudd, og at vi ikke ser behovet for eller muligheter til innsparing ved å endre organisering.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten

Habilitering og rehabilitering har samme definisjon og arbeidsområde [1, 2]. Vesentlige aspekter i definisjonen er blant annet at (re)habilitering forutsetter planlagte prosesser, samarbeid med andre instanser og at (re)habilitering skal bidra til funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet. Kommunene har primæransvar for habiliteringstjenester til sine innbyggere. Brukere har rett til bistand fra spesialisthelsetjenesten, og kommunene rett til veiledning, dersom behovene er komplekse og sammensatte [3]. Kommunens tilbud varierer [4]. Bistand fra habilitering i spesialisthelsetjenesten gis i samarbeid med, og som tillegg til, kommunale helsetjenester.

Habiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten omfatter utredning, behandling, veiledning, opplæring [4]. Tjenestene gis i form av poliklinisk og/eller ambulant virksomhet. Habiliteringstjenesten jobber utpreget tverrfaglig og mot hele aldersspekteret i et livsløpsperspektiv. Habiliteringstjenesten har fra ulike hold fått «særoppgaver» ovenfor flere brukergrupper blant annet iht retningslinjer og oppfølgingsprogrammer som CPOP, autismespekterforstyrrelser og oppgaver i forhold til å ivareta rettssikkerhet ved bruk av tvang og makt osv. [5-7]. Det er noe forskjell i arbeidsformen mellom tjenester gitt til barn og tjenester gitt til voksne [3]. Habilitering er avhengig av gjensidig samarbeid og utveksling av nødvendig informasjon.

Målgruppen

Brukere

Personer henvist til habiliteringstjenesten har en funksjonshemming og er som regel ikke (akutt) syk, selv om det er stor grad av komorbiditet med somatiske og psykiske sykdommer. Brukere har sammensatte og komplekse skader som varer livet ut, og trenger bistand i alle livsfaser. «Pasientene kjennetegnes ved at de ofte har diagnoser som cerebral parese, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, epilepsi, downs syndrom og hyperkinetiske forstyrrelser» [3 side 13]. Noen brukere har stort behov for tjenester fra somatiske avdelinger i 2. og 3. linjetjenesten som barneavdeling, nevrologisk avdeling, ortopedi og lungelege. Noen har behov for tjenester fra psykisk helsevern. Andre barn og voksne har sjelden eller aldri kontakt med somatiske eller psykiatriske avdelinger. Det er vanskelig å finne en somatisk avdeling som hele spekteret av brukere aldersmessig samt behovsmessig naturlig hører til.

Pårørende/familie osv.

Brukerens og pasientens egen innsats står sentralt i definisjonen. For at barn og ungdom skal oppnå mest mulig mestring og selvstendighet i sin hverdag, er det viktig å rette innsatsen mot hele familien [8, 9].

Andre

«Habiliteringstjenesten skal gi veiledning til kommunene og bistå kommunene i diagnostisering og utredning av behov» [3, 4]. Instanser og fagpersoner i 1. linjen er viktige samarbeidspartnere og mottagere for veiledning, oppfølging, kurs og andre kompetanseøkende tiltak. En undersøkelse har vist at behovet er større enn tilbudet [4].

Ambulante tjenester

En stor del av disse tjenestene gis ambulant. Habiliteringstjenesten har derfor utstrakt reisevirksomhet. Dette er i tråd med målsetningen om å vurdere brukere der de opplever utfordringer, og der det skal utarbeides løsninger. «Regjeringen vil at helseforetakene skal utvikle organisasjons- og arbeidsformer som sikrer oppfølgingen i kommunene bl.a. gjennom satsing på ambulant virksomhet» [4]. Ambulant arbeid tilsier nærhet til målgruppen. Om alle fagpersoner fra Hedmark og Oppland samles og lokaliseres på ett sted som ikke ligger midt mellom fylkene blir reiseavstander til mange brukere svært lang, noe som kan medføre ulik tilbud til brukere avhengig av geografi. På den annen side kan desentraliserte arbeidsplasser gi utfordringer i forhold til tilknytning til større fagmiljø i habiliteringstjenesten, og andre sykehusavdelinger.

Kompetanse

«Kompetanse og kapasitet er en forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi veiledning og støtte opp under habilitering og rehabilitering i kommunene» [4]. Fagfeltet er kompleks og krever spisskompetanse hos mange ulike yrkesgrupper samt et godt tverrfaglig fagmiljø. En oppdeling av tjenesten vil forringe både tverrfagligheten av tjenesten og et solid fagspesifikt miljø.

Lokalisering/organisering

Det er foreslått en «organisering av habilitering og rehabilitering under én eller flere somatiske divisjoner». Dette kan innebære en samorganisering/samlokalisering med en eller flere sykehusavdelinger som barneavdeling, nevrologisk avdeling og/eller psykisk helsevern. Dette kan være et virkemiddel for bedre samarbeid med andre avdelinger i SI, og bidra til økt forståelse for fagfeltet. Imidlertid er fokus i habilitering og akuttmedisin ulikt. I habiliteringstjenesten er hovedoppgaven å bidra til mestring sosialt og i samfunnet. Mange frykter at en organisering under en medisinsk avdeling ikke vil ivareta dette perspektivet. Habilitering og rehabilitering er per i dag organisert i samme divisjon, og begge har fokus på mestring og deltagelse.

En stor del av de ansatte ser det som svært viktig å holde hele avdeling for habilitering samlet fordi fagfelt er kompleks, samtidig som vi er et lite fagfelt som lett lider under prioritering mot akuttmedisinske tjenester. En mulig oppdeling i HABU og HAVO, samt en eventuell deling mellom fylkene, deler vår lille avdeling opp i ytterligere mindre enheter. Dette vil gi enda større utfordringer med å beholde ressurser, fagligheten og habiliteringsperspektivet i SI. I tillegg vil en splittelse mellom habiliteringstjenesten for barn og voksne gi utfordringer med å sikre overganger og bistå kommuner med å arbeide med brukere i et livsløpsperspektiv. Oppdeling mellom HABU og HAVO vil i tillegg skape utfordringer i forhold til at habiliteringstjenesten per i dag jobber med barn og voksne på tvers av seksjonene.

1. Helsedirektoratet. *habilitering og rehabilitering*. 2012 [cited 2012 26-11-2012]; Available from: <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/habilitering-rehabilitering/Sider/default.aspx>.
2. Forskrift, *Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator* H.o. omsorgsdepartementet, Editor. 2011.
3. Helsedirektoratet, *Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2013*, Helsedirektoratet, Editor. 2015.
4. og, o.H., *Prop. 1 S Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*, o.H. og, Editor. 2016.
5. Helsedirektoratet, *Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt ovenfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming*, Helsedirektoratet and a. omsorgstjenesten, Editors. 2015: Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9.
6. OUS, *CPOP Cerebral Parese oppfølgingsprogram*.
7. *Forslag til modell for organisering av spesialisthelsetjenester til personer med autismspekterforstyrrelser i Helse Sør-Øst*, in *Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (RKT)*, Nasjonal kompetansesenter for autisme (AE) og Autismeforeningen. 2015, OUS: OUS.
8. Rosenbaum, P. and J.W. Gorter, *The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think!* Child: Care, Health & Development, 2012. **38**(4): p. 457-463.
9. Dunst, C.J., C.M. Trivette, and D.W. Hamby, *Meta-analysis of family-centered helpgiving practices research*. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 2007. **13**(4): p. 370-378.