

Nya ersättningsformer för handikappförvaltningens verksamheter

Dnr RSK 719 - 2006

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING

DEL 1 BAKGRUND OCH NULÄGE

1. Bakgrund	3
1.1 Uppdrag	3
1.2 Arbetsgrupp och tidplan	3
2. Förutsättningar	4
2.1 Nämnder och handikappförvaltning	4
2.2 Flera utförare	4
2.3 Handikappförvaltningens överenskommelse och ersättning	4
2.4 Målgruppen för handikappförvaltningen	5
3. Nulägesbeskrivning ersättningsformer	5

DEL 2 NATIONELLT ARBETE

4. Inventering av ersättningsformer i övriga landsting	6
5. Habiliteringen i Nysam – nyckeltalssamarbete	6
6. Beskrivningssystem	7

DEL 3 ERSÄTTNINGSMODELL

7. Ersättningssystemet som en del av hela styrsystemet	8
7.1 Helhetsstyrning och grundmodell för ersättning	8
7.2 Målet med ersättningssystemet	8
7.3 Ersättningen skall riktas till förvaltningsnivå	9

DEL 4 HABILITERINGEN

8. Förslag avseende ersättningsformer för habiliteringen	10
8.1 Habiliteringsverksamheten	10
8.2 Grundåtagandet är åtföljt av en fast ekonomisk ersättning	10
8.3 Fast ersättning per capita - kapitation	10
8.4 Prestationsersättning	11
8.5 Målrelaterad ersättning	12
8.6 Särskild ersättning – riktad ersättning	13
8.7 Patientavgifter	13
9. Grundåtagande för habiliteringen	13

DEL 5 HÖRSEL OCH DÖVVERKSAMHET

10. Hörsel och dövverksamhet	14
-------------------------------------	-----------

DEL 6 SYNVERKSAMHET

11. Synverksamhet	14
--------------------------	-----------

DEL 7 TOLKVERKSAMHET

12. Tolkverksamhet	15
---------------------------	-----------

DEL 8 IMPLMETERING

13. Implementering av de nya ersättningsformerna	15
---	-----------

Bilagor

- Bilaga 1 Regional viktlista avseende kapitation för habiliteringen år 2008
 - Bilaga 2 Uppgifter/data avseende habiliteringen år 2006 via vårddatabasen Vega
 - Bilaga 3 Förslag till regional ersättningsbilaga år 2008
 - Bilaga 4 Inventering ersättningsformer övriga landsting
 - Bilaga 5 Grundåtagande Barn- och ungdomshabilitering
 - Bilaga 6 Grundåtagande Vuxenhabiliteringen
-

SAMMANFATTNING

Regionens *handikappförvaltning* har uppdrag från samtliga 12 hälso- och sjukvårdsnämnder. I varje överenskommelse mellan nämnderna och handikappförvaltningen finns idag en lokal del samt den gemensamma beställningen avseende de regionövergripande verksamheterna. De regionövergripande verksamheterna som handikappförvaltningen ansvarar för innefattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet. Dessa regiongemensamma verksamheter får ersättning från alla tolv hälso- och sjukvårdsnämnder, där nämnderna och handikappförvaltningen skall vara överens om ersättningsnivån. Den ekonomiska ersättningen till Handikappförvaltningen har fram till 2007 framförallt bestått av ett *fast anslag* med en mindre del som varit målrelaterad.

En kartläggning visar att *landstingen* idag framförallt ersätter handikappverksamheten via *anslagsfinansiering*. Några landsting uppger att man tillämpar resursfördelning mellan olika verksamhetsområden som i viss mån tar hänsyn till behovsbilder och nationella jämförelser. Man anger som bakomliggande orsak till anslagsfinansieringen att bra beskrivningssystem idag saknas vilket skulle kunna ge underlag för andra ersättningsformer. Stockholm läns landsting diskuterar former för nya ersättningsmodell där fast ersättning och prestationsersättning nämns.

Ett enhetligt *beskrivningssystem* är väsentligt. Handikappförvaltningen bör omgående prioritera och påbörja arbetet med ett gemensamt beskrivningssystem. Intresse finns för denna fråga från flera andra landsting vilka också efterfrågar samarbete och gemensam utveckling.

Ersättningssystemet bör innehålla flera delar, vilka ska kunna väljas utifrån de mål eller effekter man önskar uppnå. Västra Götalandsregionen har sedan några år tillbaka valt att utveckla ersättningssystemet från en gemensam bas oavsett vårdområde, en gemensam *grundmodell* som ska ge ett mer enhetligt ersättningssystem. Grundmodellen består av fast ersättning, prestationsrelaterad ersättning, målrelaterad ersättning samt tilläggsersättningar.

Ett viktigt syfte med ersättningssystemet är att ge en så bra grund för *ekonomisk styrning* som möjligt. Värdet ligger i möjligheten att på ett systematiskt sätt kunna följa upp vårdproduktionen och möjliggöra jämförelser mellan enheter och vårdområden. Genom en ökad förståelse för vårdinsatsernas resursförbrukning och innehåll skapas förutsättningar för effektivisering och förbättrad ekonomistyrning. Syftet är också att stimulera utveckling genom att stödja olika mål exempelvis kvalitetsmål via ekonomisk ersättning.

I förhållande till den sammantagna hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen är handikappförvaltningen en av de *mindre förvaltningarna*. Synpunkter och önskemål har därför framförts under arbetets gång att ersättningssystemet för handikappförvaltningen måste kunna utformas så att de administrativa kostnaderna inte ökar.

Barn- och ungdomshabiliteringen tillsammans med *vuxenhabiliteringen* är de verksamheter som till volymen är de största inom handikappförvaltningen vilket motsvarar ca 75 % av den totala ersättningen. Beskrivning av habiliteringens *grundåtagande* ska ge vägledning om standardkrav och långsiktig utveckling. En tydlig beskrivning som ger förutsättningar för en *enhetlig* tolkning mellan både beställare och utförare och inom verksamheten. Grundåtagandet bör alltså vara de standardkrav som skall uppnås av verksamheterna och vara så tydligt formulerade att det är till hjälp och stöd för parterna.

För att ytterliggare tydliggöra grundåtagandet och jämförbarhet geografiskt föreslår arbetsgruppen en fast ersättning via *kapitation*. Med samma utgångspunkt som återfinns i regionens resursfördelningsmodell, där konsumtionen är ett vedertaget mått på behovet av vård, har man för habiliteringens olika åldersgrupper tagit fram konsumtionsstatistik via vårddatabasen. Det totala antalet besök för habiliteringen har satts i relation till befolkningen och därefter har så kallade *åldersvikter* kunnat beräknas.

Dessa vikter räknas sedan om till en poängsumma per nämndsområde och summan står då i relation till den kapitationsersättning i kronor som handikappförvaltningen får av respektive område och nämnd. *Krontalet fastställs lokalt av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd* efter förhandling med handikappförvaltningen.

Arbetsgruppen föreslår att den *målrelaterade ersättningen* skall utvecklas och användas i relativt hög grad avseende handikappförvaltningens verksamheter. Den bör på sikt kunna uppgå till mellan 5-10 % beräknat på respektive nämnds totala ersättning till handikappförvaltningen. I överenskommelsearbetet mellan nämnderna och handikappförvaltningen får lämpliga målområden samordnas och fastställas.

Särskild ersättning/riktad ersättning kan utgå för åtaganden som inte ingår i det preciserade grundåtagandet. Som exempel har nämnts verksamheterna Brunbo och Knoppaliden vilka utöver sitt grunduppdrag också har ett vidgat uppdrag. Arbetsgruppen har dock valt att i nuläget inte förorda användningen av särskilda ersättningar men öppnar samtidigt för möjligheten att precis som idag använda särskild ersättning för tillfälliga projekt eller andra satsningar.

Arbetsgruppen föreslår att *prestationsersättning* prövas via *skuggersättning* inom habiliteringen. Prestationsersättning utarbetas under år 2008 och prövas via skuggning år 2009. När skuggersättningen följts upp och värderats måste en bedömning göras och ett beslut tas om prestationsersättning skall användas eller inte.

Hörsel- och dövverksamheten föreslås erhålla fast ersättning från de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna. Målrelaterad ersättning kan tillkomma. Delar av verksamheten som exempelvis hörapparatsutprovningar bedöms på sikt kunna ersättas med prestationsersättning.

Synverksamheten föreslås ersättas med en fast ersättning per nämnd. Målrelaterad ersättning kan på sikt prövas.

Arbetsgruppen föreslår att *tolkverksamheten* ersätts via fast ersättning samt målrelaterad ersättning. Överenskommelsen med Tolkverksamheten har tidigare år innehållit planerings- och volymstal, vilket åter kan övervägas. Fortsatt utvecklingsarbete bör pröva vilka ersättningsformer som är lämpliga för tolkverksamheten, där prestationsersättning kan vara en sådan.

En gemensam ersättningsbilaga är framtagen för samtliga nämnder och skall fungera som underlag vid överenskommelsearbetet.

Arbetsgruppen anser att det är av största vikt att införandet av nya ersättningsformer för handikappförvaltningen ges tillräcklig tid, dels för att det innebär ett nytt sätt att ersätta vilket i sig kräver implementering och dels att kvalitetssäkring av uppgifter till vårddatabasen måste ske. Arbetsgruppen föreslår därför ett *stegvist införande* enligt upprättad flerårsplan samt att uppföljning, utvärdering och fortsatta beslut tas avseende av de nya ersättningsformerna.

1. Bakgrund

Hälso- och sjukvårdscheferna har väckt frågan om en översyn av ersättningssystemet för handikappförvaltningens verksamheter. Handikappförvaltningen har uppdrag från samtliga 12 hälso- och sjukvårdsnämnder i regionen. Idag ersätts dessa uppdrag/överenskommelser framförallt via anslag. Handikappförvaltningens verksamhetsområden är: barn och ungdomshabilitering, vuxenhabilitering, hörsel och dövverksamhet, tolkverksamhet samt synverksamhet.

De regionövergripande verksamheterna innefattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet. Dessa regiongemensamma verksamheter får ersättning från alla tolv hälso- och sjukvårdsnämnder, där nämnderna och handikappförvaltningen skall vara överens om ersättningsnivån. Handikappförvaltningen har under år 2005 infört datajournaler inom samtliga delar av verksamheten. Datoriseringen av journalhanteringen har skapat förutsättningar för att behandla statistik och uppföljning på ett annat sätt än tidigare. Habilitering-, hörsel- och dövverksamhet lämnar fr.o.m. hösten 2006 uppgifter till den regionala vårddatabasen Vega. Synverksamheten lämnar idag inte uppgifter till vårddatabasen på grund av problem med dataöverföring via journalsystemet.

1.1 Uppdrag

Uppdraget innebär att:

- inventera samt beskriva befintligt ersättningssystem avseende handikappförvaltningens verksamheter
- genomföra en kartläggning över hur övriga landsting och regioner beskriver samt ersätter handikappverksamheten
- utreda samt lägga fram förslag rörande ett framtida ersättningssystem för handikappverksamheten

1.2 Arbetsgrupp och tidplan

Arbetsgruppen som fått i uppdrag att ta fram en ny ersättningsmodell har bestått av Berit Karlsson, Ingegerd Svensson, Johanna Fägerlind, Kari Harvonen, Marianne Laiberg, Nina Hautanen, Stefan Weiefors, för Hälso- och sjukvårdskanslierna, Berith Pettersson, Birgitta Arnling, Lena Hedberg för handikappförvaltningen samt Maria Gabrielsson Fredrikson för regionkansliet, ordförande och huvudförfattare till rapporten. Gruppen har haft ett flertal gemensamma möten samt separata möten med planerargruppen och ekonomgruppen.

Mona-Lis Dalbrekt och Stefan Svallhage har varit behjälpliga med databasutsökningar. Annika Sundqvist-Möller har informerat om Nysamarbetet. Regionkansliet har varit sammankallande och ansvarat för uppdraget.

Uppdraget redovisas till hälso- och sjukvårdsdirektören.

2. Förutsättningar

2.1 Nämnder och handikappförvaltning

I Västra Götalandsregionen finns 12 Hälso- och sjukvårdsnämnder, vilka ansvarar för överenskommelserna med regionens vårdgivare. Regionen har stegvis gått från en fördelning av resurser till nämnderna baserade på historiska kostnader i riktning mot en fördelning efter befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Fördelningen sker enligt en modell vilken utgår från att det är möjligt att beskriva vårdbehovet för olika grupper i befolkningen genom att ta hänsyn till vårdkonsumtionen.

Genom nämndernas tilldelade ekonomiska resurser, ersättningsutrymmen, avsätts medel till Handikappförvaltningens verksamheter. Handikappförvaltningen bedriver habiliteringsverksamhet, hörsel- och dövverksamhet, synverksamhet och tolkverksamhet vid flera enheter inom regionen.

2.2 Flera utförare

För hörselområdet är huvudmannskapet delat på flera utförare. Handikappförvaltningen ansvarar för hörsel- och dövverksamheten inklusive texttelefoni i Fyrbodals, Skaraborg och södra Älvsborg. I södra Älvsborg finns även hörcentraler och hörapparatsverkstad i handikappförvaltningens regi. Inom förvaltningen finns också ett dövteam och ett dövblindteam som arbetar inom hela regionen.

Inom Sahlgrenska universitetssjukhuset bedrivs hörsel- och balansdiagnostik, utprovning av hörselhjälpmedel och texttelefoni. NU-sjukvården och SkaS ansvarar för hörcentraler i respektive område.

Synverksamheten bedrivs av Handikappförvaltningen vid syncentraler i Borås, Uddevalla och Vänersborg. Därutöver drivs syncentraler av SU Högsbo och Skas.

En pågående utredning avseende regionens syn-, hörsel- och dövverksamhet har som syfte att kartlägga hur nuvarande verksamheter bedrivs i relation till målet om en välfungerande habiliterings- och rehabiliteringsprocess och möjligheterna att erbjuda en likvärdig tillgång till åtgärder i hela Västra Götaland. Kartläggningen kommer att presenteras under hösten 2007 och därefter tas beslut om eventuellt fortsatt uppdrag.

2.3 Handikappförvaltningens överenskommelse och ersättning

I varje överenskommelse mellan nämnderna och handikappförvaltningen finns idag en lokal del samt den gemensamma beställningen avseende de regionövergripande verksamheterna. De regionövergripande verksamheterna som handikappförvaltningen ansvarar för innefattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet. Dessa regiongemensamma verksamheter får ersättning från alla tolv hälso- och sjukvårdsnämnder, där nämnderna och handikappförvaltningen skall vara överens om ersättningsnivån.

Den ekonomiska ersättningen till Handikappförvaltningen har fram till 2007 framförallt bestått av ett fast anslag med en mindre del som varit målrelaterad.

De verksamheter som bedrivs i sjukhusens regi får ersättning enligt modellen för sjukhusens ersättningssystem. Dessa verksamheter berörs inte av denna utredning.

2.4 Målgruppen för handikappförvaltningen

Insatser till funktionshindrade ingår som en del av det samlade regionala utbudet av hälso- och sjukvård. Beröringspunkter finns med kommunal hälso- och sjukvård, omsorg och socialtjänst och skola. Det finns också samröre med Försäkringskassan och Arbetsförmedling. En person med funktionsnedsättning måste ofta träffa många personer inom olika områden. Barn, unga och vuxna med funktionshinder har ofta mer kontakt med sjukvården än andra. Samordningen mellan olika vårdgivare är därför mycket viktig för denna grupp.

Antalet personer med olika former av funktionshinder bedöms öka över tid, bland annat till följd av att den medicinska utvecklingen medför att personer med funktionsnedsättning, liksom resten av befolkningen, lever allt längre och att allt fler personer överlever allvarliga olyckor, ibland med livslång funktionsnedsättning. Samtidigt har den medicinsktekniska utvecklingen medfört att fler sjukdomar kan botas och att konsekvenserna av många funktionsnedsättningar kan minskas, genom behandling, inklusive personliga hjälpmedel.¹

3. Nulägesbeskrivning ersättningsformer

Samtliga hälso- och sjukvårdsnämnder har idag lokala överenskommelser med handikappförvaltningen avseende habiliteringsverksamheten, hörsel- och dövverksamheten och synverksamheten vilka sammantaget ersätts med ett fast anslag och utbetalas periodiskt i tolfedelar. Ersättningen till Handikappförvaltningen via den lokala delen i överenskommelsen är knutet till ett grundåtagande och ett geografiskt områdesansvar. I områdesansvaret ingår att svara för habilitering för boende i ett geografiskt definierat område.

Några av nämnderna har gjort riktade satsningar via överenskommelsen där man också specificerat vilka belopp som ska utgå, i likhet med särskilda ersättningar för sjukhusen. Planeringstal finns definierade i samtliga överenskommelser, vilka anger antalet individer och planerade besök. Planeringstalen är avsedda för uppföljning och ej ämnade för ekonomisk ersättning. Läkemedel ersätts från samtliga nämnder med ett fast belopp.

Den regiongemensamma beställningen omfattar tolkverksamhet, dövblindteam, dövteam och råd- och stödenhet vilken också den ersätts med ett fast belopp från respektive nämnd.

I avtalen för år 2007 återfinns målrelaterad ersättning avseende tolkverksamheten. Samtliga nämnder ersätter handikappförvaltningen med 100 tkr enligt ett angivet intervall vid olika grad av måluppfyllelse. Det betyder att totalt kan 1 200 tkr erhållas via målrelaterad ersättning vilket står för 0,2 procent av det totala ersättningsutrymmet.

Ersättningarna kan sammanfattas enligt nedan;

- Lokal verksamhet – anslag
- Läkemedel – anslag
- Projekt och särskilda satsningar – anslag
- Regionövergripande verksamhet – anslag och målrelaterad ersättning

¹ Behovskartläggning, Personer med funktionshinder, Hälso- och sjukvårdsnämnderna i Fyrbodalen 2006

4. Inventering av ersättningsformer i övriga landsting

En kartläggning visar att landstingen idag framförallt ersätter handikappverksamheten via anslagsfinansiering. Några landsting uppger att man tillämpar resursfördelning mellan olika verksamhetsområden som i viss mån tar hänsyn till behovsbilder och nationella jämförelser. Man anger som bakomliggande orsak till anslagsfinansieringen att bra beskrivningssystem idag saknas vilket skulle kunna ge underlag för andra ersättningsformer.

Flera av landstingen kombinerar dock den fasta ersättningen med målrelaterad ersättning. Den målrelaterade ersättningen utgår i förhållande till hur väl målen uppfyllts samt antal mål som har definierats. Uppnås inte alla mål leder det till att ersättningen reduceras i olika grad. En tydlig uppföljningsplan är ofta kopplad till de mål som ska uppnås.

Utvecklingstendenser som pekas på i några av landstingen är att man har som mål och uppdrag att införa ersättningssystem som ska bestå av tre delar; fast ersättning, prestationsrelaterad ersättning samt målrelaterad ersättning. Flera anger dock att högsta prioritet är utvecklingen av bra system för att bättre kunna beskriva verksamheten.

5. Habiliteringen i Nysam – nyckeltalssamarbete

Via Nysam har representanter för habiliteringsverksamheten i Sverige arbetat med att ta fram enhetliga uppgifter för att beskriva habiliteringsområdet. I detta arbete har även regionens habiliteringsverksamhet deltagit. Nysam beslutade år 2002 att etablera habiliteringen som eget statistik- och uppföljningsområde. Habiliteringsverksamheten är olika organiserad från landsting till landsting vilket försvårar framtagning av enhetliga uppgifter. Det finns även skillnader i hur vår region har organiserat habiliteringen, vilket framförallt härrör från de tidigare landstingens upplägg och organisering av verksamheten.

Målsättningen för NYSAM-arbetet har varit att ta fram ett system för att kunna beskriva habiliteringsfunktionen på mesta möjliga likartade sätt från landsting till landsting, trots stora olikheter i organisationsformer. I nyckeltalsredovisningen tar man fram data och nyckeltal för de delar av habiliteringsfunktionen som är gemensam och beskriver det övriga på mesta möjliga enhetliga sätt. Det är dock fortfarande betydande problem med att få en enhetlig redovisning.

Exempel på uppgifter som tagits fram är;

- Aktivitetsdata - antalet brukare per 1000 invånare
- Resursdata - antal arbetade timmar totalt per brukare
- Produktivitetsdata - antal brukare per årsarbetare, antal upprättade habiliteringsplaner
- Verksamhetspraxis - andel brukare som avslutat sin kontakt
- Personalresurs - andel habiliteringspersonal av all personal

Utvecklingsarbetet via NYSAM bör ge återbäring på hur regionens habilitering bättre och mer enhetligt kan beskrivas via enhetliga definitioner, metoder, registreringsrutiner mm.

Beträffande nytt ersättningssystem för habiliteringen så måste dock detta baseras på regionens egna datafångstmöjligheter där till exempel basen för prestationsersättningar ska gå via regionens vårddatabas, Vega.

6. Beskrivningssystem

Att ge en bra beskrivning och dokumentation av verksamheten är strategiskt viktigt både för uppföljning och för ledning. För att skildra vad man utför, göra jämförelser och analyser samt stimulera till verksamhetsutveckling används inom vården bland annat det man brukar kalla beskrivningssystem. Dessa beskrivningssystem, som exempelvis DRG (Diagnosis Related Groups) inom slutenvården, samverkar ofta med ersättningssystemen. Ersättning kan utgå för det som beskrivs och presteras och ersättningssystemens utformning har i sin tur stor betydelse för rapporteringens kvalitet och omfattning. Det finns därmed ett viktigt samband mellan beskrivningssystem och ersättningssystem

Oavsett om man knyter ersättning till beskrivningssystemen eller inte så är det av stort värde att få den gemensamma bas som ett enhetligt beskrivningssystem innebär.

Beskrivningssystemet ICF – klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd, har utvecklats av WHO och är översatt av Socialstyrelsen. ICF är antagen i 192 länder och är orienterad på att beskriva människors fungerande och hälsa. Det innehåller termer och begrepp som kan användas inom olika verksamhetsområden och av olika yrkesgrupper. ICF kan användas som struktur för journaldokumentation, beskrivning av vårdtyngd mm². KVÅ – klassifikation av vårdåtgärder är ett beskrivningssystem för den öppna vården. KVÅ används idag både nationellt och inom regionen. En KVÅ-testmodul³ med åtgärder och ICF-struktur har tagits fram av en tvärprofessionell nationell arbetsgrupp bestående av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor. Denna modul har nu testats och kan vara klar för användning från år 2008. Modulen med åtgärder rör främst verksamhetsområdena för arbetsterapeuter, sjukgymnaster och sjuksköterskor, men åtgärderna kan även användas av andra professioner.

Arbetsgruppen anser att ett enhetligt beskrivningssystem är väsentligt. Det finns idag beslut på att handikappförvaltningen skall byta till ett regionalt enhetligt journalsystem. En upphandling är planerad och detta systembyte bedöms tidigast vara installerat och infört i slutet av år 2009.

Handikappförvaltningen bör omgående prioritera och påbörja arbetet med ett gemensamt beskrivningssystem. Intresse finns för denna fråga från flera andra landsting vilka också efterfrågar samarbete och gemensam utveckling.

² ICF – klassifikation av funktionshinder vid vanliga sjukdomstillstånd . Grimby G, Harms-Ringdahl K, Morgell R, Nordenskiöld U, Stibrant-Sunnerhagen, K. Klinik och vetenskap. Läkartidningen 2005.

³ www.socialstyrelsen.se

7. Ersättningssystemet som en del av hela styrsystemet

7.1 Helhetsstyrning och grundmodell för ersättning

Det finns många olika former av styrning som samverkar avseende hälso- och sjukvården, där ersättningssystemet är *en* del i helheten. Styrkomponenterna är många och de vårdområden som hälso- och sjukvården innefattar är mångfacetterade. Ersättningssystemet skall framförallt samverka med och stödja de överenskommelser som beslutas mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och vårdgivarna.

Ersättningssystemet bör innehålla flera delar, vilka ska kunna väljas utifrån de mål eller effekter man önskar uppnå. Västra Götalandsregionen har sedan några år tillbaka valt att utveckla ersättningssystemet från en gemensam bas oavsett vårdområde, en gemensam grundmodell som ska ge ett mer enhetligt ersättningssystem. Grundmodellen består av fast ersättning, prestationsrelaterad ersättning, målrelaterad ersättning samt tilläggsersättningar. Dessa delar kan väljas i utifrån de styreffekter man vill nå och beroende på vårdområde så har förhållandet mellan ersättningsformerna varierat. Grundmodellen är därmed enhetlig men med möjlighet till flexibilitet utifrån vad man vill uppnå och vilka förutsättningar som gäller.

Ett bra ersättningssystem ska fördela, stödja och styra resurser, så att insatserna ger önskat resultat och effekter samt verkar för att olika mål kan uppnås.



En gemensam grundmodell ger en bra bas för bättre uppföljning vilket i sin tur ger större och bättre kunskap om modellens styregenskaper. Jämförelser över tid och mellan vårdområden ger oss möjlighet att bättre ta tillvara och utveckla kunskapen om hur ersättningssystemet faktiskt styr. Sådana uppföljningar är planerade inom regionen och skall bland annat se på effekterna av primärvårdens nya ersättningsmodell. Genom denna kunskap har vi möjlighet att utveckla och bättre använda ersättningsformerna till att nå rätt syfte.

7.2 Målet med ersättningssystemet

Ett av målen med ersättningssystemet är att uppnå gemensamma, enhetliga ekonomiska villkor för vårdgivarna. Vilket vi tidigare påpekat så är situationen speciell avseende beställningen till handikappförvaltningen. Tolv hälso- och sjukvårdsnämnder sluter överenskommelser med en och samma avtalspart, handikappförvaltningen, där hälso- och sjukvårdsnämnderna både har egna specifika delar i överenskommelsen och delar som är regionövergripande och gemensamma med övriga nämnder.

Vad man istället önskar uppnå i det här avseendet, är en transparens och en öppenhet mellan verksamheterna i de olika geografiska områdena så att jämförbarhet kan uppnås.

Ett annat viktigt syfte med ersättningssystemet är att ge en så bra grund för ekonomisk styrning som möjligt. Värde ligger i möjligheten att på ett systematiskt sätt kunna följa upp vårdproduktionen och möjliggöra jämförelser mellan enheter och vårdområden. Genom en ökad förståelse för vårdinsatsernas resursförbrukning och innehåll skapas förutsättningar för effektivisering och förbättrad ekonomistyrning.

Syftet är också att stimulera utveckling genom att stödja olika mål exempelvis kvalitetsmål via ekonomisk ersättning.

7.3 Ersättningen skall riktas till förvaltningsnivå

I förhållande till den sammantagna hälso- och sjukvården i Västra Götalandsregionen är handikappförvaltningen en av de mindre förvaltningarna. Synpunkter och önskemål har därför framförts under arbetets gång att ersättningssystemet för handikappförvaltningen måste kunna utformas så att de administrativa kostnaderna inte ökar. Överenskommelserna mellan handikappförvaltningen och nämnderna innebär idag att flera styrdokument gäller för verksamheterna även om överenskommelserna harmoniserar med varandra.

Handikappförvaltningen har idag enbart erfarenhet av anslagsfinansiering och som tidigare har nämnts är det av största vikt att man får tillräcklig tid att närma sig, utveckla och följa upp det nya ersättningssystemet och dess effekter.

Ersättningen skall även fortsättningsvis gå till handikappförvaltningen (förvaltningschef och styrelse) som sedan via budgetstyrning har det övergripande resultatansvaret.

Förvaltningsledningen beslutar vilka interna styrmedel som ska finnas och ansvarar för att styrningen harmoniserar med överenskommelserna och de ekonomiska ersättningarna från nämnderna.

8. Förslag avseende ersättningsformer för habiliteringen

8.1 Habiliteringsverksamheten

Arbetsgruppen har valt att inledningsvis se på ersättningsformerna avseende habiliteringsverksamheten. Barn- och ungdomshabiliteringen tillsammans med vuxenhabiliteringen är de verksamheter som till volymen är de största inom handikappförvaltningen vilket motsvarar ca 75 % av den totala ersättningen.

8.2 Grundåtagandet är åtföljt av en fast ekonomisk ersättning

Den fasta ersättningen är den grund som i princip kan motsvaras av den fasta kostnaden för verksamheten. Denna princip kan sägas gälla för sjukhusens ersättningssystem med hälften fast och hälften rörlig ersättning. En fast ersättning i basen kan också vara en garant för att undvika att andra incitament för volymökningar får för stor genomslagskraft.

Arbetsgruppen har fört diskussion om vikten av att tydliggöra beskrivningen av det *grundåtagande*, se kapitel 9, som skall motsvaras av den fasta ersättningen. Beskrivningen av grundåtagandet ska ge vårdgivaren vägledning om standardkrav och långsiktig utveckling. En tydlig beskrivning som ger förutsättningar för en *enhetlig* tolkning mellan både beställare och utförare och inom verksamheten. Grundåtagandet bör alltså vara de standardkrav som skall uppnås av verksamheterna och vara så tydligt formulerade att det är till hjälp och stöd för verksamheterna. Beskrivningen av grundåtagandet anknyter därmed direkt till den fasta ersättningen. Poängteras bör att till skillnad mot sjukhusens ersättningar med hälften rörlig och hälften fast ersättning så kommer för habiliteringens del inte jämförelsen med att fast ersättning är detsamma som den fasta kostnaden att gälla, då merparten av ersättningen kommer att utgå i form av fast ersättning/kapitation. Den fasta ersättningen för habiliteringen kommer därför att motsvaras av både fast och rörlig kostnad.

Grundåtagandet bör vara förbundet med ett tydligt uppföljningskrav som formuleras mellan beställare och vårdgivare. Eventuella konsekvenser kan tydliggöras om man av någon anledning inte uppnår grundåtagandet.

8.3 Fast ersättning per capita - kapitation

För att *ytterliggare tydliggöra grundåtagandet och jämförbarhet geografiskt* har arbetsgruppen valt att pröva fast ersättning till habiliteringen via kapitationsersättning.

Med samma utgångspunkt som återfinns i regionens resursfördelningsmodell, där konsumtionen är ett vedertaget mått på behovet av vård, har man för habiliteringens olika åldersgrupper tagit fram konsumtionsstatistik via vårddatabasen VEGA. Antalet besök per definierad åldersgrupp för hela regionen har satts i relation till befolkningen och man har därmed fått fram olika vikter, så kallade åldersvikter. Dessa vikter räknas sedan om till en poängsumma per nämndsområde och summan står då i relation till den kapitationsersättning i kronor som handikappförvaltningen får av respektive område och nämnd. Krontalet fastställs av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd efter förhandling med handikappförvaltningen.

Man kan välja att ha en gemensam viktlista eller, som tabell 1 nedan visar, uppdelad på barnhabiliteringen och vuxenhabiliteringen. Syftet är att det skall stödja hur man valt att precisera överenskommelserna.

Tabell 1. Viktlista för kapitationsberäkning avseende barn- och vuxenhabilitering. Krontal per poäng fastställs av respektive hälso- och sjukvårdsnämnd.

Barnhabiliteringen

<u>Ålder</u>	<u>Poäng</u>
0-6	13,2
7-12	15,4
13-17	10,9

Vuxenhabiliteringen

<u>Ålder</u>	<u>Poäng</u>
18-35	3,5
36-50	1
51-65	0,5
66-	0,04

Mellan barnhabiliteringen och vuxenhabiliteringen är åldersgränsen emellanåt flytande och man kan därför finna enstaka personer i åldersintervallet 18-35 år som fortfarande tillhör barnhabiliteringen. Handikappförvaltningen anser att denna förskjutning kan komma att märkas allt mer i framtiden med en medveten betoning på barn- och ungdomshabilitering (0-25 år). Kommande uppföljning och omräkning av kapitationsvikterna kommer dock att fånga eventuella förändringar.

Då Handikappförvaltningen börjat leverera uppgifter till vårddatabasen Vega från hösten 2006 behöver dessa data följas upp och kvalitetssäkras under en period framöver. Det innebär att kapitationsvikterna får ses som preliminära och behöver valideras och säkras under en följd av år. Regionkansliet ges i uppdrag att ta fram årliga uppgifter från Vega och ansvara för den löpande justeringen av kapitationsvikterna.

8.4 Prestationsersättning

En prestationsrelaterad ersättning ska stimulera till någon form av önskad aktivitet. Ersättningen ska stimulera till produktion. Stimulansgraden beror på andel av ersättning och ersättningsnivå. Prestationsersättning ska också stimulera till inrapportering av vårddata, vilket innebär kvalitetssäkring, en garant för uppföljning och bas för utveckling. Prestationsrelaterad ersättning kräver en tydlig och enhetlig definition.

Ett av de mål som tydligt har angivits från hälso- och sjukvårdsnämnderna avseende habiliteringen är att andelen brukartid ska öka. Prestationsrelaterad ersättning kan med fördel användas för att nå detta. Den prestationsrelaterade ersättningen avseende handikappförvaltningens verksamheter bör baseras på uppgifter som är möjliga att fånga via inrapportering till vårddatabasen VEGA. Den prestationsrelaterade ersättningen bör därför inledningsvis baseras på besök.

Idag finns ett flertal komponenter som ingår i regionens prestationsrelaterade ersättningar. Dessa komponenter bedöms vara rimligt homogena både ur vårdens medicinska mening och

ur den ekonomiska. Inom slutenvården utgår ersättning efter antal redovisade DRG-poäng och efter antal vårdtillfällen. Inom öppenvården ersätts idag utöver redovisade besök också vårdkontakter via brev, mail eller telefon. Besöksersättning utgår för alla fysiska besök hos läkare, sjuksköterska med flera vårdgivarkategorier på mottagningar eller i hemmet. Samtliga dessa komponenter kategoriseras alltså som prestationsrelaterade ersättningar.

Terminologin avseende besök tydliggör att det rör sig om ett fysiskt besök, men det säger inget om innehållet, vikten eller resultatet av besöket. Den regionala termförteckningen lyder enligt nedan:

- Läkarbesök – öppenvårdsbesök som innebär möte mellan patient och läkare
- Sjukvårdande behandling – öppenvårdsbesök som innebär möte mellan patient och annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare
- Gruppbesök – öppenvårdsbesök där fler än en patient samtidigt möter hälso- och sjukvårdspersonal
- Gruppteambesök – planerat öppenvårdsbesök där mer än en patient möter ett vårdteam och där patienterna i gruppen deltar i en gemensam aktivitet

Då beskrivningssystemen i vården utvecklas och har så gjort under en följd av år, innebär det också att man på sikt kan ersätta hälso- och sjukvården för dess utförda insatser på ett bättre och tydligare sätt. Detta kan innebära att nya eller bättre definierade prestationer kan ersättas ekonomiskt.

Arbetsgruppen föreslår att prestationsersättning prövas via skuggersättning inom habiliteringen, vilket hänger samman med den kvalitetsssäkring av registreringen till vårddatabasen som behöver göras och det faktum att prestationsersättningen är en helt ny ersättningsform för habiliteringen. Prestationsersättning kan utarbetas under år 2008 och prövas via skuggning år 2009. Prestationsersättningens effekter på habiliteringen skall värderas och följas upp. I samband med att bättre beskrivningssystem utvecklas kan det även betyda att bättre former för prestationsersättning tydliggörs.

När skuggersättningen följs upp och värderats måste en bedömning göras och ett beslut tas om prestationsersättning skall användas eller inte.

8.5 Målrelaterad ersättning

Målrelaterad ersättning är en mycket tydlig variant av ekonomistyrning som syftar till att stödja att en verksamhet/vårdenhet arbetar mot klart definierade och fastställda mål. Målen kan vara av olika karaktär och har på många håll formulerats för att bland annat stödja tillgänglighet till vård och kvalitet på vård.

Målrelaterad ersättning har ofta kommit att knytas till *graden* av måluppfyllelse. Ersättning utgår med olika belopp och ju större grad av måluppfyllelse ju högre ersättning utfaller. Redan idag har målstyrd ersättning använts mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna och handikappförvaltningen om än i liten skala. Den är för år 2007 knuten till att handikappförvaltningen skall arbeta för att antalet tolkuppdrag där brukaren gjort en för sen avbokning eller uteblivit skall minska. Ersättning utgår enligt fastställda intervall i förhållande till måluppfyllelse.

Arbetsgruppen föreslår att den målrelaterade ersättningen skall utvecklas och användas i relativt stor grad avseende handikappförvaltningens verksamheter. Den bör kunna uppgå till

mellan 5-10 % beräknat på respektive nämnds totala ersättning till handikappförvaltningen. I överenskommelsearbetet mellan nämnderna och handikappförvaltningen får lämpliga målområden samordnas och fastställas.

8.6 Särskild ersättning – riktad ersättning

Arbetsgruppen har diskuterat möjligheten att på samma sätt som för sjukhus och primärvård nyttja så kallad ”särskild ersättning”. Denna ersättning kan utgå för åtaganden som inte ingår i det preciserade grundåtagandet. Som exempel har nämnts verksamheterna Brunbo och Knoppaliden som utöver sitt grunduppdrag också har ett vidgat uppdrag vilket skulle kunna tydliggöras med en särskild ersättning. Dessa verksamheter är de enda i regionen inom handikappförvaltningen som utöver besök redovisar vårdtillfällen. Den särskilda ersättningen skulle kunna bestå av både en fast och en prestationsrelaterad ersättning.

Arbetsgruppen har dock valt att i nuläget inte förorda användningen av särskilda ersättningar men öppnar samtidigt för möjligheten att precis som idag använda särskild ersättning för tillfälliga projekt eller liknande.

8.7 Patientavgifter

Inom barnhabiliteringen erläggs inte patientavgifter. Vuxenhabiliteringen tar enligt beslut ut avgift vid läkarbesök samt avgift för sjukvårdande behandling vid besök hos psykolog, sjukgymnast, arbetsterapeut, logoped, sjuksköterska och dietist. Eventuell avräkning via ersättningssystemet i likhet med primärvårdens ersättningssystem föreslås inte.

9. Grundåtagande för habiliteringen

Arbetsgruppen har vid flera tillfällen diskuterat och betonat att utvecklingen av ersättningsformerna också måste följas av tydligare och bättre utvecklade överenskommelser mellan beställare och handikappförvaltning. Ett väldefinierat grundåtagande ska vara till vägledning för verksamheterna och samtidigt vara den plattform som borgar för lika tillgång till vård. Ett grundåtagande som bas för en tydlig överenskommelse med stödjande ersättningsformer, ger möjligheter att styra, följa upp och jämföra verksamhetens resultat. Grundåtagandet skall stödjas av kapitationsersättningen och kompletteras med en uppföljningsplan, vilken upprättas i samverkan mellan beställare och handikappförvaltning.

Allmänt gäller för habiliteringen:

- Handikappförvaltningens olika habiliteringsverksamheter har ett geografiskt områdesansvar
- Arbetsprocessen för habiliteringen som den är definierad av Handikappförvaltningen är grunduppdraget
- Arbetsprocessen för habiliteringen består av öppenvård
- De habiliterande insatserna kan utifrån behov innehålla medicinska, pedagogiska, psykologiska, tekniska och sociala moment
- Barn- och ungdomshabiliteringens uppdrag är mer omfattande än vuxenhabiliteringens

I bilaga 5 och 6 beskrivs det av verksamheten framtagna och förankrade grundåtagande som ska gälla för barnhabiliteringen och vuxenhabiliteringen.

DEL 5 - HÖRSEL – OCH DÖVVERKSAMHET

10. Hörsel och dövverksamhet

Verksamheten arbetar med habilitering/rehabilitering för personer med hörselskada/dövhet/dövblindhet, i syfte att öka delaktigheten i samhället och ge ett så meningsfullt liv som möjligt.

Genom tvärprofessionella team med pedagogisk, psykosocial, teknisk och medicinsk kompetens ges råd, stöd, information och kunskap.

Hörsel- och dövverksamheten är en verksamhet med hög specialistkompetens och audiologiska kunskaper för att kunna erbjuda habilitering/rehabilitering, ge råd och stöd och vara en kulturöversättare för verksamhetens målgrupp. Verksamheten ger insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Hörsel- och dövverksamheten bedriver verksamhet i Fyrbodal, Skaraborg och Södra Älvsborg. Till verksamheten hör också ett Dövteam och ett Dövblindteam som arbetar över hela regionen. Verksamheten består av barn- ungdom- och vuxenverksamhet. I Södra Älvsborg finns dessutom hörcentraler och hörapparatverkstad. Verksamheten ansvarar för texttelefonin i Fyrbodal, Skaraborg och i Södra Älvsborg.

Förslag till ersättningsform:

Hörsel- och dövverksamheten föreslås erhålla fast ersättning från de tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna. Målrelaterad ersättning kan tillkomma, vilket också används av en nämnd idag. Delar av verksamheten som exempelvis hörapparatsutprovningar föreslås prestationsersättas via skuggersättning från år 2009, på motsvarande sätt som sjukhusen idag ersätts med öppenvårds-DRG för hörapparatsutprovning .

DEL 6 - SYNVERKSAMHET

11. Synverksamhet

Synskadad är den som på grund av sin synnedläggelse har svårt att läsa med vanliga glasögon, orientera eller förflytta sig eller klara sina dagliga aktiviteter.

Synverksamhetens målsättning är att förbättra livssituationen för människor med synskador.

Insatserna planeras och genomförs efter varje persons och familjs förutsättningar och behov. Insatserna kan bestå av psykosocialt stöd och rådgivning, träning av aktiviteter i det dagliga livet, utprovning och inträning av hjälpmedel samt uppföljning.

Till första besöket behövs remiss från ögonläkare.

Förslag till ersättningsform:

Synverksamheten föreslås ersättas med en fast ersättning per nämnd. Målrelaterad ersättning kan på sikt prövas.

12. Tolkverksamhet

Tolkverksamheten riktar sig till människor som är barndomsdöva, dövblinda och vuxendöva. I brukargruppen ingår också personer med hörselskada samt personer med röst-, tal- och språkhinder.

Vid de tillfällen då hörande kommer i kontakt med ovanstående ingår också de i målgruppen.

Taltjänst

Taltjänst är en tolkverksamhet för personer med röst- tal- eller språkskada. Taltjänst erbjuder talstöd, lässtöd och skrivstöd.

Tolktjänst

Tolktjänst erbjuder tolkservice dygnet runt, årets alla dagar samt informerar om tolkverksamheten.

Tolkservice vänder sig till barndomsdöva, vuxendöva, dövblinda, hörselskadade, samt hörande som kommer i kontakt med dessa grupper.

Tolkservice utförs med hög tillgänglighet och bred kompetens. Syftet är att utifrån brukarens behov göra kommunikation möjlig genom olika tolkmetoder.

Förslag till ersättningsform:

Arbetsgruppen föreslår att tolkverksamheten ersätts via fast ersättning samt målrelaterad ersättning. Överenskommelsen med Tolkverksamheten har tidigare år innehållit planeringstal och volymstal, vilket åter kan övervägas. Fortsatt utvecklingsarbete bör pröva vilka ersättningsformer som är lämpliga för tolkverksamheten, där prestationsersättning kan vara en sådan.

DEL 8 - IMPLEMENTERING

13. Implementering av de nya ersättningsformerna

Arbetsgruppen anser att det är av största vikt att införandet av ett nytt ersättningssystem för handikappförvaltningen ges tillräcklig tid, dels för att det innebär ett nytt sätt att ersätta vilket i sig kräver implementering och dels att kvalitetssäkring av uppgifter till vårddatabasen VEGA måste ske.

Arbetsgruppen föreslår därför följande stegvisa införande;

Hösten 2007

- Fortsatt kvalitetssäkring av de uppgifter som inrapporteras från handikappförvaltningens verksamheter till vårddatabasen Vega
- I överenskommelsearbetet inarbetas användandet av de nya ersättningsformerna inför år 2008

- Med anledning av nytt journalsystem år 2009 påbörjas diskussion om ett gemensamt beskrivningssystem

År 2008

- Habiliteringsverksamheten ersätts med kapitationsersättning definierat på barn och ungdom samt vuxna
- Kapitationsersättning skall stödja det i rapporten definierade grundåtagandet
- Kapitationspoängen per åldersgrupp är regiongemensam, men ersättning per poäng bestäms lokalt av respektive nämnd
- Fast ersättning tillämpas för övriga områden. Ersättningen specificeras per verksamhetsområde och nämnd såsom hörsel och dövverksamhet, synverksamhet läkemedel (lokala verksamheter), tolkverksamhet, dövblindteam/dövteam samt råd och stödenhet (regionövergripande verksamhet)
- Målrelaterad ersättning utvecklas och kan prövas för samtliga verksamheter
- Tilläggsersättningar kan utgå lokalt
- Enhetlig ersättningsbilaga upprättas för alla nämnder (se bilaga 3)
- Planeringstal, volymtal etc. kan upprättas lokalt
- Ersättningen går till handikappförvaltningen som har att hantera helhetsperspektivet via intern budgetstyrning
- Uppföljningsplan formuleras mellan parterna så att erfarenheter av de nya ersättningsformerna kan inhämtas
- Underlag tas fram för att möjliggöra en skuggad prestationsersättning år 2009
- Revidering av habiliteringens viktlista per åldersgrupp

Form av ersättning	Benämning	Andel (%)	
Fast och/eller rörlig ersättning	Särskild ersättning		Kan förekomma lokalt
	Målrelaterad ersättning	1-10	
Rörlig ersättning	Kapitation	90-99	Efter behov = konsumtion Regiongemensam viktlista i åldersintervall Lokala priser per poäng (enligt viktlistan)
Fast ersättning			

Figur 1. Sammanfattande bild av habiliteringsverksamhetens ersättningsformer år 2008

År 2009

- Uppföljning av erfarenheterna från år 2008
- Prestationsersättning kan prövas genom skuggersättning

Form av ersättning	Benämning	Andel (%)	
Fast och/eller rörlig ersättning	Särskild ersättning	?	
	Målrelaterad ersättning	5-10	
Rörlig ersättning	Prestationsersättning	5-10	Prestationsersättning prövas via "skuggning"
Fast ersättning	Kapitation	80-85	Efter behov = konsumtion Regiongemensam viktlista i åldersintervall Lokala priser per poäng (enligt viktlistan)
			Grundåtagande/grunduppdrag definierat i överenskommelsen

Figur 2. Sammanfattande bild av habiliteringsverksamhetens ersättningsformer år 2009

Avslutningsvis

Under införandetiden är det viktigt att arbetsgruppen med företrädare för hälso- och sjukvårdskanslierna, handikappförvaltningen och hälso- och sjukvårdsavdelningen ges fortsatt uppdrag att utveckla, följa upp och kvalitetssäkra det fortsatta arbetet med nya ersättningsformer för handikappförvaltningens verksamheter.

Bilagor:

- Bilaga 1** **Regional viktlista avseende kapitation för habiliteringen år 2008**
 - Bilaga 2** **Uppgifter/data gällande år 2006 via vårddatabasen Vega**
 - Bilaga 3** **Förslag till regional ersättningsbilaga år 2008**
 - Bilaga 4** **Inventering ersättningsformer övriga landsting**
 - Bilaga 5** **Grundåtagande Barn- och ungdomshabiliteringen**
 - Bilaga 6** **Grundåtagande Vuxenhabiliteringen**
-

Habiliteringen (barn- och vuxenhabiliteringen)

Regional viktlista

Enbart beräknat på antal besök

Baserat på data från år 2006

Vikt

Barnhabilitering

ålder	0-6	7-12	13-17
besök	15 522	15 656	11 736
Invånare totalt	117 436	101 975	107 503
Vikt	13,2	15,4	10,9

Antal poäng

Barnhabilitering Göteborg

ålder	0-6	7-12	13-17
Invånare	58 784	46 894	46 449
s:a poäng	776 972	719 953	507 079

Barnhabilitering Fyrbodol

ålder	0-6	7-12	13-17
Invånare	18 767	18 146	20 259
s:a poäng	248 051	278 592	221 166

Barnhabilitering Skaraborg

ålder	0-6	7-12	13-17
Invånare	18 056	17 070	19 203
s:a poäng	238 654	262 072	209 637

Barnhabilitering södra Älvsborg

ålder	0-6	7-12	13-17
Invånare	21 829	19 865	21 592
s:a poäng	288 523	304 983	235 718

Vuxenhabiliteringen

18-35	36-50	51-65	66-
12 548	3 235	1 371	102
357 123	315 202	290 292	247 176
3,5	1,0	0,5	0,04

Vuxenhabiliteringen Göteborg

18-35	36-50	51-65	66-
195 421	151 910	127 643	102 098
686 638	155 909	60 284	4 213

Vuxenhabiliteringen Fyrbodol

18-35	36-50	51-65	66-
52 928	54 354	56 027	50 980
185 970	55 785	26 461	2 104

Vuxenhabiliteringen Skaraborg

18-35	36-50	51-65	66-
51 388	51 429	51 640	46 972
180 559	52 783	24 389	1 938

Vuxenhabiliteringen södra Älvsborg

18-35	36-50	51-65	66-
57 386	57 509	54 982	47 126
201 633	59 023	25 967	1 945

Viktlista	Ålder	Poäng
	0-6	13,2
	7-12	15,4
	13-17	10,9
	18-35	3,5
	36-50	1,0
	51-65	0,5
	66 -	0,04

Summa poäng

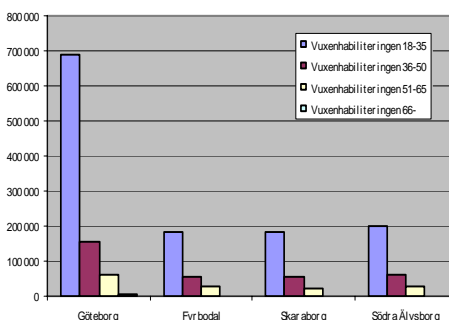
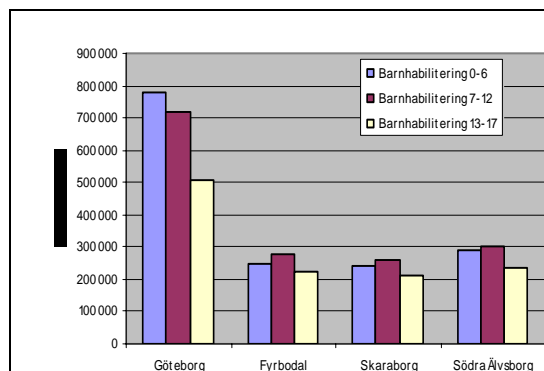
Fördelat per geografiska områden

Barnhabilitering

ålder	0-6	7-12	13-17
Göteborg	776 972	719 953	507 079
Fyrbodol	248 051	278 592	221 166
Skaraborg	238 654	262 072	209 637
Södra Älvsborg	288 523	304 983	235 718
Totalt	1 552 200	1 565 600	1 173 600

Vuxenhabiliteringen

ålder	18-35	36-50	51-65	66-
Göteborg	686 638	155 909	60 284	4 213
Fyrbodol	185 970	55 785	26 461	2 104
Skaraborg	180 559	52 783	24 389	1 938
Södra Älvsborg	201 633	59 023	25 967	1 945
Totalt	1 254 800	323 500	137 100	10 200



Bilaga 2

Antal öppenvårdsbesök
År 2006
Uttaget från Vega 2007-04-12

	Annan vård- givare	Arbets- terapeut	Audionom	Dietist	Kurator	Logoped	Läkare	Peda- goger	Psykolog	Sjuk- gymnast	Sjuk- sköterska	Tekniker	Summa
Habilitering Fyrbodalen	21	2 025			1 274	680	453	799	1 743	2 851	368		10 214
Brunbo, Vänersborg											368		368
BUH Uddevalla	5	732			319	334	156	439	434	1 055			3 474
BUH Vänersborg	3	662			354	266	297	360	348	1 326			3 616
Vuxenhab Uddevalla	3	181			197	20			207	236			844
Vuxenhab Vänersborg	10	450			404	60			754	234			1 912
Habilitering Gbg o S Bohuslän	568	5 531		366	3 617	2 983	1 235	3 850	3 396	7 690	223		29 459
BUH Centrum	324	644		3	182	504	279	266	141	625	48		3 016
BUH Frölunda	36	636		10	194	344	117	490	501	1 080	31		3 439
BUH Gamlestaden	22	858		36	392	437	141	882	381	1 025	27		4 201
BUH Kungälv	27	617		3	573	394	193	562	574	816	73		3 832
BUH Mölndal	15	1 117		36	426	394	230	582	380	1 668			4 848
BUH Älvstranden	20	525			368	403	275	597	493	757	44		3 482
Vuxenhab Centrum	87	157		77	276	57		170	275	274			1 373
Vuxenhab Frölunda	5	403		77	130	75		31	190	516			1 427
Vuxenhab Gamlestaden	1	118		40	300	69		88	110	194			920
Vuxenhab Kungälv	11	232			271	111		7	28	87			747
Vuxenhab Mölndal	6	78			292	155		4	206	72			813
Vuxenhab Älvstranden	14	146		84	213	40		171	117	576			1 361
Habilitering S Älvsborg	224	3 006		44	1 766	567		805	1 335	2 506	181		10 434
BUH Alingsås	2	597			222	159		387	236	462	29		2 094
BUH Borås	218	1 482			586	305		418	525	1 137	152		4 823
Vuxenhab Alingsås		129			147	102			270	58			706
Vuxenhab Borås	4	798		44	811	1			304	849			2 811
Habilitering Skaraborg	1	1 887		88	1 724	540	892	1 450	1 303	2 498	203		10 586
BUH Falköping		34			62	24			72				192
BUH Lidköping		436			524	295		653	235	731			2 874
BUH Mariestad	1	261			121	82	133	361	62	354			1 375
BUH Skövde		602			193	117	591	325	128	491	203		2 650
Knoppaliden, Skövde				88						32			120
Vuxenhab Skaraborg		554			824	22	168	111	806	890			3 375
Hörsel- o dövverks, HFV	422		20 408		1 710		217	2 923	310			4 325	30 315
Dovblindteam					26			175	36				237
Dövteam					878			265	1				1 144
Hörcentral, S Älvsborg, Alingsås			3 404		7			12					3 423
Hörcentral, S Älvsborg, Borås			9 723				5	8				3 350	13 086
Hörcentral, S Älvsborg, Skene			2 616										2 616
Hörsel o dövverks Fyrbodalen	286		1 443		374			942	196			245	3 486
Hörsel o dövverks S Älvsborg	111		1 819		86		155	468	19			335	2 993
Hörsel o dövverks Skaraborg			1 403		339		57	1 053	58			163	3 073
Texttelefoni	25											232	257
Summa	1 236	12 449	20 408	498	10 091	4 770	2 797	9 827	8 087	15 545	975	4 325	91 008

Annan kontakt (brev- och telefonkontakt)
År 2006
Uttaget från Vega 2007-04-12

	Annan vårdgivare	Arbets- terapeut	Dietist	Kurator	Logoped	Läkare	Pedagoger	Psykolog	Sjuk- gymnast	Sjuk- sköterska	Summa
Habilitering Fyrbodalen	49	1 343		1 376	281	123	405	665	1 770	135	6 147
Brunbo, Vänersborg										135	135
BUH Uddevalla	13	470		452	130	48	212	150	900		2 375
BUH Vänersborg	23	352		363	138	75	193	258	737		2 139
Vuxenhab Uddevalla	3	161		169	10			81	33		457
Vuxenhab Vänersborg	10	360		392	3			176	100		1 041
Habilitering Gbg o S Bohuslän	226	3 024	238	2 531	862	304	1 739	1 256	2 057	1 184	13 421
BUH Centrum	28	313	1	268	153	79	123	86	254	148	1 453
BUH Frölunda	26	201	17	64	86	21	79	104	258	89	945
BUH Gamlestaden	42	558	20	192	37	80	240	134	268	262	1 833
BUH Kungälv	17	316		490	90	55	358	250	172	176	1 924
BUH Mölndal	4	710	38	353	203	52	364	143	361		2 228
BUH Älvstranden	25	350	1	285	167	17	387	211	315	508	2 266
Vuxenhab Centrum	25	98	59	90	1		69	143	52	1	538
Vuxenhab Frölunda		138	17	91	17		7	13	45		328
Vuxenhab Gamlestaden	21	11	22	255	59		31	36	52		487
Vuxenhab Kungälv	29	108		173	26		6	15	87		444
Vuxenhab Mölndal	3	42		123	20		1	60	4		253
Vuxenhab Älvstranden	6	179	63	147	3		74	61	189		722
Habilitering S Älvsborg	32	1 572	118	941	108		564	589	754	716	5 394
BUH Alingsås		281		137	15		306	186	285	166	1 376
BUH Borås	19	639		333	72		258	223	436	550	2 530
Vuxenhab Alingsås		118		83	21			155	6		383
Vuxenhab Borås	13	534	118	388				25	27		1 105
Habilitering Skaraborg	15	759	76	1 498	152	494	559	380	527	388	4 848
BUH Falköping		12		69	6			1			88
BUH Lidköping	10	338		486	52		266	73	151		1 376
BUH Mariestad	3	30		104	86	79	92	44	55		493
BUH Skövde	2	120		156	6	253	146	17	107	388	1 195
Knoppaliden, Skövde			76								76
Vuxenhab Skaraborg		259		683	2	162	55	245	214		1 620
Summa	322	6 698	432	6 346	1 403	921	3 267	2 890	5 108	2 423	29 810

Bilaga 2

Antal indirekta kontakter (kontakt om patient)
 År 2006
 Uttaget från Vega 2007-04-12

	Annan vårdgivare	Arbets- terapeut	Dietist	Kurator	Logoped	Läkare	Pedagoger	Psykolog	Sjuk- gymnast	Sjuk- sköterska	Summa
Habilitering Fyrbodal	2 494	1 498		1 134	388	35	429	539	1 179		7 696
BUH Uddevalla	1 403	516		282	180	12	269	154	376		3 192
BUH Vänersborg	653	275		213	184	23	160	153	488		2 149
Vuxenhab Uddevalla	332	210		214	4			34	52		846
Vuxenhab Vänersborg	106	497		425	20			198	263		1 509
BUH Centrum	364	211	2	89	125	181	59	63	91	68	1 253
BUH Frölunda	415	99	56	160	69	35	62	92	167	24	1 179
BUH Gamlestaden	704	371	36	166	36	140	193	112	203	70	2 031
BUH Kungälv	581	192		291	170	71	313	114	141	47	1 920
BUH Mölndal	496	258	14	197	157	170	219	71	193		1 775
BUH Älvstranden	501	279		208	132	269	255	177	235	154	2 210
Vuxenhab Centrum	222	103	102	141	51		44	79	61		803
Vuxenhab Frölunda	161	190	80	24	19		5	7	102		588
Vuxenhab Gamlestaden	121	143	36	232	45		145	22	124		868
Vuxenhab Kungälv	345	116		173	49		1	7	170		861
Vuxenhab Mölndal	92	112		182	57			26	21		490
Vuxenhab Älvstranden	134	18	47	127	11		119	39	150		645
Habilitering S Älvsborg	2 237	883	154	733	147		622	493	701	146	6 116
BUH Alingsås	525	381		205	17		359	179	162	25	1 853
BUH Borås	839	428		123	74		263	172	335	121	2 355
Vuxenhab Alingsås	58	31		82	56			119	41		387
Vuxenhab Borås	815	43	154	323				23	163		1 521
Habilitering Skaraborg	168	541	12	1 165	288	1 803	434	518	302	179	5 410
BUH Falköping		9		30	3			4			46
BUH Lidköping		143		375	71		214	43	82		928
BUH Mariestad	154	58		100	193	135	37	34	27		738
BUH Skövde	13	29		59	19	1 500	90	36	40	179	1 965
Knoppaliden, Skövde			12								12
Vuxenhab Skaraborg	1	302		601	2	168	93	401	153		1 721
Summa	9 035	5 014	539	5 022	1 744	2 704	2 900	2 359	3 840	688	33 845

Antal vårdtillfälle
 År 2006
 Uttaget från Vega 2007-04-12

Vårdtillfällen
 Knoppaliden, Skövde 133

Sammandrag av ersättningar, volymer och priser till Handikappförvaltningen VGR år 2008

Hälso- och sjukvårdsnämnd

Verksamhetsområde	Antal poäng	å-pris	Ersättning
Del 1 - Lokala verksamheter			
A1 Barnhabiliteringen A1.1 Kapitation A1.2 Mårelaterad ersättning A1.3 Särskild ersättning			
Summa			0
A2 Vuxenhabiliteringen A2.1 Kapitation A2.2 Mårelaterad ersättning A2.3 Särskild ersättning			
Summa			0
B Hörsel och dövverksamhet Fast ersättning			
Summa			0
C Synverksamhet Fast ersättning			
Summa			0
Del 2 - Läkemedel			
D Läkemedel - fast ersättning			
Summa			0
Del 3 - Regionövergripande verksamhet			
E1 Tolkverksamhet E1.1 Fast ersättning E1.2 Mårelaterad ersättning			
E2 Dövblindteam/dövteam Fast ersättning			
E3 Råd- och stödenhet Fast ersättning			
Summa			0
Total ersättning (tkr)			0

Handikappverksamheten

Landsting

Skåne	<p>Regionen använder idag anslagsfinansiering eller rambudget för habiliteringsverksamheten. Man håller på att utveckla sin ekonomiska styrning och önskar bättre kunna styra resurserna efter behovet. Som första steg gäller att få bättre beskrivningsmodell för verksamheten med exempelvis indelning i olika habiliteringsgrupper. Här nämns ICF (Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa). Tanken är att kunna gruppera och sedan koppla resurserna mot detta. Utvecklingsarbete pågår inom regionen. Man kan tänka sig en kombination av anslagsersättning och prestationsersättning. Det är stora skillnader mellan olika grupper vilket gör det viktigt att bättre kunna beskriva. Inom hörselvården finns delvis bättre möjligheter till andra ersättningsformer exempelvis kan hörapparatsutprovningar enklare prestationsersättas än olika habiliteringsgrupper.</p>
Gävleborg	<p>Landstinget har idag en anslagsfinansiering av den interna verksamheten och dessa delar ingår där. Däremot tillämpas en resursfördelning mellan olika verksamhetsområden som i viss mån tar hänsyn till behovsbilder och till nationella jämförelser vad gäller resurstilldelning. Dessutom finns ett mindre antal privata vårdgivare där ersättningen regleras i vårdavtal/samverkansavtal.</p>
Östergötland	<p>Landstinget använder en kaptieringsersättning till närsjukvården (internmedicin, psykiatri mm) där habiliteringen ingår. Kapiteringen bygger på att det "gamla" budgetbeloppet nu fördelas efter det nationella kostnadsutjämningsindexet. Kapiteringen omfattar alltså även habiliteringens del. Man nyttjar målrelaterad ersättning för att rikta medel till särskilda mål eller satsningar. Gränsen mellan barn och vuxenhabiliteringen är en aning flytande.</p> <p>Hörsel och dövverksamheten ligger under landstingens länscentra (man har inte sjukhus längre) Ögonverksamheten ligger också här Länscentra har totalavtal där viss del styrs genom målrelaterad ersättning</p> <p>Tolk ingår i alla avtal och faktisk kostnad faktureras vidare.</p>
Örebro	<p>Landstinget har anslagsersättning (gäller för alla förvaltningar). Anslaget beslutas av Landstingsfullmäktige och går som en klumpsumma till Habiliteringsförvaltningen som i sin tur fördelar pengarna till sina verksamheter. Den styrning Landstinget har är att en liten del, 2,7 mkr, utgår i form av målrelaterad ersättning.</p> <p>Målrelaterad ersättning utgår för områdena; samverkan, sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete, tillgänglighet, brukarupplevd kvalitet, habiliteringskvalitet, prioritering, patient och brukarsäkerhet. Landstinget har ett principbeslut att utveckla ersättningsmodellen så att den består av tre delar: fast ersättning, målrelaterad ersättning och prestationsrelaterad ersättning, men ännu har man inte kommit igång annat än med en liten del som målrelaterad ersättning.</p>
Västernorrland	<p>Landstinget har som grund en modell (Sverker) som utgår från i första hand en fördelning utifrån befolkningens åldersstruktur. Detta blir sedan resp förvaltnings budget. Så i grunden har man en anslagsbudget. Ett undantag är dock hörselvården inkl tolkverksamheten där man har sk intraprenadavtal. Detta innebär att hörselvården får en given budget som de lite mer fritt kan hantera själv. Men i grunden är även detta anslagsfinansierad verksamhet.</p>
Kronoberg	<p>Landstinget tillämpar ren anslagsfinansiering.</p>
Västmanland	<p>Habiliteringsverksamheten, tolkcentralen och syncentralen ligger organisatoriskt tillsammans i Handikappcentrum. Handikappcentrum har enbart landstingsersättning som ersättningsform. Planer på att förändra ersättningsformerna för Handikappcentrum finns för närvarande inte (aug 2007).</p>
Stockholm	<p>I Stockholm finns idag en stor utförare, "Handikapp och habilitering" och flera mindre som kompletterar utbudet. Man tillämpar anslagsersättning kompletterat med planeringstal avseende antal patienter och antal besök. Det finns en god grund i registreringen av data, men man saknar ett bra beskrivningssystem. Ett uppdrag finns att utveckla ersättningssystemet för habiliteringen men man är inte helt framme ännu. Prestationsersättning tillsammans med en utvecklad målstyrning nämns som en möjlig utvecklingslinje. Stockholm använder i övrigt en grundmodell med fast, prestations- och målrelaterad ersättning. Man avser att upphandla Teckentolkverksamheten vilket innebär att ersättningsformerna kommer att ses över. De privata utförare som landstinget idag har avtal med ersätt med prestationsersättning.</p>

Grundåtagande Barn- och ungdomshabiliteringen

13.1 Handikappförvaltningens habiliteringsverksamhet

Grundåtagandet är att erbjuda habiliterande åtgärder på specialistnivå till angiven målgrupp inom det geografiska upptagningsområdet.

Habilitering definition:

”Med habilitering avses att vid nedsättning eller förlust av någon funktion, medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom, genom planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde.”⁴

13.2 Barn- och ungdomshabiliteringens huvuduppgift

- utreda barnets funktionsförmåga och möjlighet till aktivitet och delaktighet för att klargöra behov av habiliterande åtgärder
- ge planerade och från flera kompetensområden sammansatta och specialiserade åtgärder som komplement till övrig hälso- och sjukvård.
- upptäcka tillkommande ohälsa och funktionsnedsättningar samt aktualisera behov av åtgärder för dessa hos annan vårdgivare eller inom egen verksamhet.
- ge stöd och vägledning till familj och närstående.
- samverka på individnivå med för familjen viktiga kontakter i närmiljön.

13.3 Barn- och ungdomshabilitering, målgrupp enligt verksamhetsbeställningen

Barn och ungdomar 0-18 år med medfödda eller förvärvade funktionshinder som ger betydande och varaktiga svårigheter i vardagen.

- Barn med svåra motoriska och/eller kognitiva funktionshinder orsakade av skada i nerv-, muskel- och/eller skelettsystemet såsom cerebral pares, ryggmärgsbråck, neuromuskulära sjukdomar, artrogrypos, utvecklingsstörning och/eller autistiskt syndrom.
- Barn med kombinerade motoriska, perceptuella, tal- och språkmässiga och/eller kognitiva funktionshinder såsom svårare former av ADHD⁵+DCD⁶ (DAMP) ABI⁷, autismliknande tillstånd och Aspergers syndrom.

Här krävs en individuell bedömning för att avgöra om barnets/ungdomens svårigheter ska tillgodoses inom habiliteringen, inom barnpsykiatri eller hos barnläkare i öppen vård. Ofta krävs gemensamma insatser från ovanstående instanser i samarbete.

⁴ Prop 1992/93, Stöd och service till vissa funktionshindrade
Hälso- och sjukvårdslagen

⁵ ADHD: *Attention Deficit/Hyperactivity Disorder*

⁶ DCD: *Developmental Coordination Disorder*

⁷ ABI: *Acquired Brain Injury, inkluderar TBI (Traumatic Brain Injury)*

- Huvudmålgruppernas funktionsnedsättningar är bestående och
- antas påverka den fysiska, psykiska och sociala utvecklingen
 - kräver att stödet över tid är sammansatt från flera kompetenser, såsom psykologiskt, socialt, pedagogiskt och medicinsk
 - kräver att stödet förenar kunskap om barns/ungdomars utveckling med kunskap om funktionsnedsättningar och om deras påverkan på utveckling och livsvillkor
 - kräver att det vardagliga stödet kompletteras med fördjupad och specialiserad kunskap
 - medför behov av växlande men långsiktigt stöd från flera verksamheter som behöver samverka

13.4 Barn- och ungdomshabilitering, mål för habiliteringsåtgärder

- att barnet/ungdomen utifrån sina egna förutsättningar kan delta i vardagsaktiviteter och få stöd i sin personliga utveckling
- att föräldrarna får goda möjligheter att stödja sitt barn
- att barnet och familjen får ökade möjligheter till delaktighet i samhällsaktiviteter

13.5 Habiliteringskompetens

Personalen har

- särskild kompetens om funktionsnedsättningar och hur dessa påverkar vardagsliv, hälsa och utveckling.
- yrkesspecifik och gemensam kompetens om olika åtgärder som kan bli aktuella

I Habiliteringen finns olika yrkesgrupper med medicinsk, pedagogisk, psykologisk och social kompetens.

13.6 Arbetsätt för Barn- och ungdomshabiliteringen

För att få åtgärder från Barn och ungdomshabiliteringen behövs en utredning som styrker barnets/ungdomens funktionsnedsättning.

Habiliteringen får kontakt med barnet/ungdomen genom remiss t ex från läkare, psykolog. Föräldrar kan ta kontakt direkt med Habiliteringen.

Första mötet

Vid första mötet beskriver föräldrarna och barnet/ungdomen sin vardagssituation och de problem som finns där. Personalen beskriver habiliteringsverksamheten.

Utredning

Nästa steg är utredning, där personalen från Habiliteringen tillsammans med föräldrarna söker förklaringar till de svårigheter som funktionsnedsättningen ger. För att rätt stöd skall kunna ges utreds vilka förutsättningar och möjligheter barnet/ungdomen samt omgivningen/nätverket har.

Habiliteringsplan

När utredningen är färdig, träffar personalen från Habiliteringen föräldrarna och barnet för att tillsammans komma överens om målen; vad som ska förbättras och förändras, inom till exempel:

- Barnets välbefinnande och hälsa
-

- Barnets utveckling samt förmåga och möjligheter till att klara vardagsaktiviteter
- Samspel mellan barnet och dess omgivning
- Familjens möjligheter att stödja barnet
- Föräldrarnas kännedom om samhällets stöd och service

I habiliteringsplanen beskrivs vad som skall göras och av vem. Habiliteringsplanen ska regelbundet följas upp för att se om åtgärderna leder till de uppsatta målen.

Åtgärder

Habiliteringsåtgärderna ges individuellt eller i grupp, i Habiliteringens lokaler, i hemmet eller på annat lämpligt ställe. Träning och stöd kan på så sätt läggas in i lek och vardagsaktiviteter. Utifrån habiliteringspersonalens kunskap och erfarenhet tas ställning till på vilket sätt och hur ofta åtgärderna bör ges. Beroende på vilka åtgärder som är aktuella träffar brukaren personal från teamets olika yrkesgrupper.

Utvärdering

Tillsammans utvärderar föräldrar och habiliteringspersonal målen i habiliteringsplanen. Är målen uppnådda? Vad har fungerat bra, vad har fungerat sämre och i så fall varför?

Barn- och ungdomshabiliteringen, erbjudande,

Exempel på vad vi kan erbjuda, utifrån behov:

- Habiliterande åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra barnets/ungdomens hälsotillstånd.
- Olika former av träning, för att bevara eller förbättra barnets rörlighet, styrka, självständighet, kommunikation och samspel etc.
- Information till föräldrar, barn, och andra om funktionshindret och hur det kan påverka barnet, nu och i framtiden
- Vägledning till föräldrar och andra i närmiljön om hur de kan stödja barnet
- Olika sätt att få vardagen att fungera, genom anpassning av barnets miljö eller genom kompenserande hjälpmedel
- Samtalsstöd till föräldrar, barn och ungdomar
- Kunskap och stöd till närmiljön för en ökad förståelse
- Information om samhällets stöd och service

Samverkan, Barn- och ungdomshabiliteringen

Efter barnets/familjens behov och önskemål samarbetar och samverkar Habiliteringens personal med andra för familjen viktiga kontakter i närmiljön, medverkar i nätverksmöten, samplanerar åtgärder och tydliggör vem som har ansvaret.

Exempel på samverkanspartners:

- barnhälsovård, skolhälsovård, barn och ungdomssjukvård, barn och ungdomspsykiatri regionhabilitering
 - hjälpmedelscentral och ortopedteknisk avdelning
 - vuxenhabilitering, vuxenpsykiatri
 - förskola/skola/fritidsverksamhet/korttidshem
 - kommunal verksamhet för LSS-insatser, socialtjänst mm
 - försäkringskassa
 - arbetsförmedling
 - intresse-/brukarorganisationer och andra ideella föreningar
-

Grundåtagande Vuxenhabiliteringen

13.7 Handikappförvaltningens habiliteringsverksamhet

Habiliteringen består av de geografiska områdena Göteborg och Södra Bohuslän Fyrbodalen, Skaraborg och Södra Älvsborg

Grundåtagandet är att erbjuda habiliterande åtgärder på specialistnivå till angiven målgrupp inom det geografiska upptagningsområdet.

Habilitering definition:

”Med habilitering avses att vid nedsättning eller förlust av någon funktion, medfödd eller tidigt förvärvad skada/sjukdom, genom planerade och från flera kompetensområden sammansatta åtgärder, allsidigt främja utveckling av bästa möjliga funktionsförmåga samt psykiskt och fysiskt välbefinnande hos den enskilde.”⁸

13.8 Vuxenhabiliteringens huvuduppgift

Huvuduppgiften för vuxenhabiliteringen är att:

- utreda personens funktionsförmåga och möjlighet till aktivitet och delaktighet för att klargöra behov av habiliterande åtgärder
- ge planerade och från flera kompetensområden sammansatta och specialiserade åtgärder som komplement till övrig hälso- och sjukvård.
- upptäcka tillkommande ohälsa och funktionsnedsättningar samt aktualisera behov av åtgärder för dessa hos annan vårdgivare eller inom egen verksamhet.
- Ge stöd och vägledning till närstående.
- Samverka på individnivå med viktiga kontakter i personens närmiljö.

13.9 Vuxenhabilitering, målgrupp, enligt verksamhetsbeställningen

Avgörande för vilka vuxna (>18 år) som ska ha tillgång till habilitering är behovet av specialiserat tvärprofessionellt arbetssätt. Funktionshindrets svårighetsgrad och dess inverkan på vardagsfunktionen är avgörande för behovet av habilitering.

- Vuxna med medfödda svåra motoriska och/eller kognitiva funktionshinder orsakade av skada i nerv-, muskel- och/eller skelettsystemet såsom cerebral pares, ryggmärgsbråck, neuromuskulära sjukdomar, artrogrypos, utvecklingsstörning och/eller autistiskt syndrom
- Vuxna med kombinerade motoriska, perceptuella, tal- och språkmässiga och/eller kognitiva funktionshinder såsom svårare former av ADHD+DCD (DAMP), autismliknande tillstånd och Aspergers syndrom.
Här krävs en individuell bedömning för att avgöra om personens svårigheter ska tillgodoses inom habiliteringen, inom vuxenpsykiatri eller i primärvården. Ofta krävs gemensamma insatser från ovanstående instanser i samarbete.
- Personer med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom.

⁸ Prop 1992/93:159, stöd och service till vissa funktionshindrade
Hälso- och sjukvårdslagen

- Huvudmålgruppernas funktionsnedsättningar är bestående och
- antas påverka den fysiska, psykiska och sociala utvecklingen
 - kräver att stödet över tid är sammansatt från flera kompetenser, såsom psykologiskt, socialt, pedagogiskt och medicinsk
 - kräver att stödet förenar kunskap om barns/ungdomars utveckling med kunskap om funktionsnedsättningar och om deras påverkan på utveckling och livsvillkor
 - kräver att det vardagliga stödet kompletteras med fördjupad och specialiserad kunskap
 - medför behov av växlande men långsiktigt stöd från flera verksamheter som behöver samverka

”Olikheter” inom vuxenhabiliteringen

Habiliteringen Skaraborg: Hjärnskadehabilitering för personer med ABI oberoende av svårighetsgrad och med skador som inträffat under senare tonåren och därefter.

Habiliteringen Göteborg och Södra Bohuslän: Ej personer med enbart rörelsehinder.

ADHD:

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder

DCD:

Developmental Coordination Disorder

ABI:

Acquired Brain Injury, inkluderar TBI (Traumatic Brain Injury)

Svår DAMP:

kombinerade svårigheter inom motorik, perception koncentrationsförmåga, tal/språk och/eller social förmåga hos barn med eller utan förståelsehinder.

13.10 Vuxenhabiliteringen, mål för habiliteringsåtgärder

- att brukaren utifrån sina egna förutsättningar kan delta i vardagsaktiviteter och få stöd i sin personliga utveckling.
- att närstående och personal genom information och kunskap får goda möjligheter att stödja brukaren
- att brukaren får ökade möjligheter till delaktig i samhällsaktiviteter

13.11 Habiliteringskompetens

Personalen har

- särskild kompetens om funktionsnedsättningar och hur dessa påverkar vardagsliv, hälsa och utveckling.
- yrkesspecifik och gemensam kompetens om olika åtgärder som kan bli aktuella.

I Habiliteringen finns olika yrkesgrupper med medicinsk, pedagogisk, psykologisk och social kompetens.

13.12 Arbetssätt för Vuxenhabiliteringen

För att få åtgärder från vuxenhabiliteringen behövs en utredning som styrker personens funktionsnedsättning.

Habiliteringen får kontakt med personen genom remiss från t ex läkare, psykolog. Personen själv, någon närstående eller personal kan ta kontakt direkt med habiliteringen.

Första mötet

Vid första mötet beskriver personen sin vardagssituation och de problem som finns där. Personalen beskriver habiliteringsverksamheten.

Utredning

Nästa steg är utredning, där personalen från Habiliteringen tillsammans med personen söker förklaringar till de svårigheter som funktionshindret ger. För att rätt stöd skall kunna ges utreds förutsättningar och möjligheter.

Habiliteringsplan

När utredningen är färdig träffar personalen från Habiliteringen personen för att tillsammans komma överens om målen; vad som ska uppnås och förändras, inom till exempel:

- Personlig vård inkl psykisk och fysisk hälsa
- Personlig (psykologisk) utveckling
- Hemliv, familjeliv och ekonomi
- Socialt samspel och kommunikation
- Fritid/ rekreation och samhällsgemenskap
- Utbildning/ arbete/ sysselsättning
- Kännedom om rättigheter och skyldigheter i samhället
- Stöd till brukarens närstående

I habiliteringsplanen beskrivs vad som skall göras och av vem. Habiliteringsplanen ska regelbundet följas upp för att se om åtgärderna leder till de uppsatta målen.

Åtgärder

Habiliteringsåtgärderna ges individuellt eller i grupp, i Habiliteringens lokaler, i hemmet eller på annat lämpligt ställe. Träning och stöd kan på så sätt läggas in i vardagsaktiviteter. Utifrån habiliteringspersonalens kunskap och erfarenhet tas ställning till på vilket sätt och hur ofta åtgärderna bör ges. Beroende på vilka åtgärder som är aktuella träffar brukaren personal från teamets olika yrkesgrupper.

Utvärdering

Tillsammans utvärderar brukaren och habiliteringspersonal målen i habiliteringsplanen. Är målen uppnådda? Vad har fungerat bra, vad har fungerat sämre och i så fall varför? Vid behov av fortsatta åtgärder görs en ny habiliteringsplan.

Vuxenhabiliteringen, erbjudande,

Exempel på vad vi kan erbjuda utifrån behov:

- Habiliterande åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra personens hälsotillstånd.
 - Information till personen om funktionsnedsättningen och förklaringar till de svårigheter det kan medföra i vardagen.
 - Kunskap och stöd till omgivningen så att personen får ökade möjligheter att vara delaktig.
 - Olika former av träning i att klara aktiviteter, till exempel i hemmet och på fritiden.
 - Olika sätt att få vardagen att fungera genom anpassning av personens miljö eller genom kompenserade hjälpmedel.
 - Samtalsstöd till personen och till närstående
 - Information om samhällets stöd och service
-

Samverkan

Vuxenhabiliteringen samverkar med många verksamheter inom bland annat kommun och landsting och medverkar i nätverksmöten, planerar åtgärder och tydliggör ansvar. Samarbetet styrs av brukarens behov.

Exempel på samverkanspartners:

- hälso- och sjukvård t ex primärvård, ungdomsmottagning, vuxenpsykiatri och övrig specialistsjukvård
 - barn och ungdomshabiliteringen
 - hjälpmedelscentralen
 - kommunal sjukvård, rehabiliteringsteam
 - olika utbildningsinstanser till exempel gymnasiet, komvux, folkhögskolor, särsvux
 - kommunal verksamhet för LSS-insatser
 - arbetsförmedlingen, försäkringskassan, assistansföretag, kooperativ
-