

Mål 3 – Gode forløp – fra symptom til diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering

Innspill fra innspillskonferanse, den 6. juni 2024, om utkast til oppdatert hjernehelsetrategi

1. Med utgangspunkt i mål 3, hvor er det størst forbedringspotensial? Hva er de viktigste grepene for å sikre bedre pasientforløp?

3. Skape tverrfaglige og koordinerte tjenester som tar utgangspunkt i pasientens behov og ønsker - har stort potensial. Samhandling og tverrfaglig arbeid fører til bedre behandling, kommunikasjon og ivaretagelse av pasient samt pårørende.

Bør rydde i delmålene og ha mer overordnede mål. Hva skal skje i kommunene helsetjensten og spesialisthelsetjensten. Identifisere områder. Ingen overordnet plan om hvem som skal behandle hvilke søvnproblemer. Bør ha overordnede mål.

Tverrfaglig spesialisert rehabilitering. Sikre riktig behandling, med uavklarte tilstander. Flere grupper mangler tilbud.

Vurdere hvordan man kan strukturere bedre. Kan grupper - hvem, hva og hvor? Den andre, fordele til mer overordnet.

Krevende med så mange mål. Tjenester og forløp - ulike årsaker og behov. Fordel å finne mer overordnede områder. Eks demens - mangelen sammenheng og samhandling i spesialisthelsetjensten - oppfølging foregår i kommunen. Bruke grep for informasjonsflyt og samhandling, gangne flere enn demens pasienter.

Trekke ut det som er overførbart til andre grupper. Ulikhet i tilbudet. Sjeldne sykdommer, der tilbudet er spedt. Ikke likeverdig.

Utfordringer overgang mellom primær og sekundærtjenester.

Finnland eksempel på et land hvor tjenestene er på ett nivå.

Utfordrende å se hele kompleksiteten når man velger pakkeforløp for en diagnose. Må se på ressursbruk generelt og ikke spesifikke pasientgrupper. Bruke prioriteringsforskriften.

Sammenheng med pkt 11. Handler bare om forløp.

Pakkeforløp; Snakker om så mange ulike tilstander. Stort sug etter pakkeforløp, fordi det skal løse samhandlingsproblematikken. Kan være et godt systemiseringsverktøy, men hjelper ikke på samhandling med kommunehelsetjensten. Kan være godt verktøy for kreft. Gjør lite for problemene mellom nivåene.

Tydeliggjøre hva som skal ligge på de ulike nivåene. Sykdommer som ikke hører hjemme i feks pakkeforløp blir glemt.

Pakkeforløp for alle hjernesykdommer der hvor det er relevant, f.eks. alle hjernesvulster og ikke bare høygradig hjernekreft. Beskrivende forløp med fordeling av ansvar for tjenester, ende til ende, på alle nivåer av helse- og omsorgstjenestene.

Overgangesproblematikk også her, samt tiden fra symptomer til fastsatt diagnose(r) og rettigheter/hjelp blir en realitet. Grupper med et uavklart behandlingsbehov må gis et særskilt fokus for god ivaretagelse.

Samhandlingsproblemer og sømløse forløp er et problem ved flere områder, ikke bare hjernehelse, men spesielt her. Spesialisthelsetjenesten må være førende på dette for å sikre gode overganger til primærhelsetjenesten, eller utelukkende behandling i primærhelsetjenesten for pasienter som i sin helhet kan behandles og følges opp der.

Fastlegene må få støtteverktøy og kunnskap for å vite hvilke pasienter som skal henvises videre til spesialisthelsetjenesten og når, samt hva som ikke skal sendes til spesialisthelsetjenesten.

Oppfølging av kronikerne lider under måling av fristbrudd på nye henvisninger. Mange venter i svært lang tid på kontroller, pga manglende ressurser. Forbedret kronikeromsorg.

Viktigste grep:

Strukturere forløp, med flere og bedre kvalitetsindikatorer.

Utarbeide og sikre sømløse forløp og gode overganger.

Styrke fastleger og sikre gode henvisninger.

Lage kompetansenettverk for å sikre lik behandling, men krever dedikerte ressurser for å lykkes. Ref. Parkinsonnet. Lage en standard for kompetansenettverk og forpliktende deltakelse fra alle foretak/sykehus. Regionale eller nasjonale nettverk, avhengig av hva som er hensiktsmessig og gjennomførbart.

Tydeliggjøre krav til henvisninger til spesialisthelsetjenesten, litt uenighet om dette punktet

Flere tilstander inn i prioriteringsveilederen for nevrologi.

* Spesialisert rehabilitering - livet ut, kommunal rehabilitering er ikke tilstrekkelig.

* Spesialisert rehabilitering for migræne.

* Finnes stort forbedringspotensiale for å bedre overganger. Fra barn til ungdom osv., også studier til jobb, eller fra spesialist til primær, må bli bedre. Overgang mellom privat og offentlig. Større fokus og kommunikasjon mellom ansvarlige, bedre rolleavklaring. Overgangene må systematiseres bedre, spesielt for barn og unge (varsling hos helsepersonell ved overganger, f.eks., slik at pasientene kan få den informasjonen de trenger i en endret livssituasjon).

- * Større fokus på samtidige plager (komorbiditet).
- * Kompetanseheving i skolen (hos ansatte), tenke mer helhetlig.
- * Styrke helsesykepleier-rollen i skolen.
- * Større fokus på pasientens behov - hvordan leve med kroniske sykdommer.
- * Benytte KI for å gjøre forløpene mer pasientrettet (eksempelvis som brukerstyrt epilepsioppfølging ved Vestre Viken).
- * Kvalitetsindikatorer i behandling.
- * Takstsystemer som ikke kun premierer direkte behandling, men også å leve med.
- * Etablering av kvalitetsregistre.
- * Pilot med overregional behandlingsnettverk, (ref. European Research Network) med regionale spesialiserte sentre som er pålagt nasjonalt samarbeid.
- * Diagnosepoliklinikker.
- * Utvidelse av ParkinsonNet.
- * Ambulerende, tverrfaglig team.
- * Hjemmesykehus og nettbasert hjemmeoppfølging.
- * Informasjon til helsepersonell på offentlige gode nettsider.
- * Koordineringsfunksjon – hjernehelseteamkoordinator.
- * Diagnostiske hjelpemidler /diagnoseverktøy.
- * Telefonbaserte hjelpelinjer til fagpersoner.
- * Bedre hjerneovervåkning og diagnostiske muligheter utenom kontortid.
- * Større bruk av tolketjenesten.

-Se hele individet er avgjørende for et godt forløp. Derfor er det viktig med god kommunikasjon og koordinerte tjenester

-Utredning- Manglende kunnskap om noen tilstander (eller usynlige vansker) og utfordringer i det tverrfaglige samarbeidet rundt sammensatte vansker hindre raske diagnoser. Erfaringer er at flere pasienter ikke får hjelp for deres symptomer og diagnoser under utredning. I den forbindelse trengs:

-Kunnskapsformidling- Utvikle modeller for strukturert formidle kompetanse (som ParkinsonNet) Det prøves "NevroNett". Telefontjenester for fagpersoner, og utvikle informasjon om hvor en kan få informasjon / veiledning relatert til konkrete tilstander.

-Ha tilgang til kunnskap og forbedre kommunikasjon kan spare flere ressurser

-Tidlig diagnostikk og tilgang til hjelp

-Hjelpemidler på diagnoseverktøy

-Finne et strukturert system for bedre kommunikasjon og samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjeneste.

-Få økonomisk insentiver for å få og formidle kunnskap.

-Bedre samarbeid mellom nevrologi og psykiatri

-Konkretisere delmål for at de blir målbare

-Utvikle og tilpasse informasjon om IP og koordinator

-Bruke pårørende som en ressurs under forløpet. Ta med perspektiv "å leve med" for å ivareta individene og pårørende.

-Utvikle kvalitetsindikatorer på informasjon, behandling og oppfølging i et pasientforløp.

- Utvikle kvalitetsregistre knyttet til flere diagnoser som inkorporeres i journalsystemet både i spesialisthelsetjeneste og primær helse- og omsorgstjeneste.

Delmål:

1. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten må følge opp rutiner for koordinering av tjenester til brukere med sammensatte behov
3. Skape tverrfaglige og koordinerte tjenester som tar utgangspunkt i pasientens behov og ønsker
8. Sikre at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt retten til individuell plan og koordinator
11. Vurdere å utvikle felles forløp for pasientgrupper med hjernesykdom som har liknende funksjonsutfordringer og behov for oppfølging

Forbedringspotensiale:

- Tverrfaglighet og sammenhengende tjenester i livsløpsperspektivet
- Skille habilitering og rehabiliteringsforløp både i delmålsskriving og anbefaling av tiltak
- Skille rehabilitering for kroniske sykdommer med fokus på mestring, motivasjon og opprettholdelse av funksjon, og rehabilitering med fokus på å gjenvinne funksjon etter et inngrep eller lignende
- Sengeplasser bygges ned på sykehus, hvor skal disse pasientene om rehabilitering bygges ned?
- Det å styrke rehabilitering på sykehus oppleves at vil gi dårligere tilbud til de med kroniske sykdommer som skal følges opp i et livsløp og er ikke bygget på faglige vurderinger
- Overgang barn til voksen er ikke bra nok

Viktigste grepene for å sikre pasientforløp:

- lytt til erfarne fagfolk
- pakkeforløp for å unngå personavhengige/lokalt forskjellige pasientforløp,
- medisinske kvalitetsregistre kan være med å oppdage feil i pasientforløp

Sikre god koordinering /koordinatorrolle for tjenestene som enkeltpersoner/pasienter trenger i hele forløpet. Behov for en stillingshjemmel i alle ledd, f.eks. hjerneskadekoordinator (f.eks. tilsvarende gjenopptreningsplan som i Danmark, som dekker hele forløpet)

Sikre gode overganger mellom ulike tjenester -sikre god kunnskap og kompetanse, tilbud om relevante tjenester,

Oppdatert kunnskap hos fastleger, behov for nasjonale retningslinjer rundt hjerneskade/sykdommer

Utfordringer med mangel på fagpersoner med spesialkompetanse rundt f.eks. sansetap, kognisjon, inkl ulike helsepersonell og pedagoger i opplæringssektoren

Skole og arbeidsliv som arena for rehabilitering, krever at da at fagpersoner har anledning til å følge pasientene/personene i hele forløpet

Behov for tverrfaglig pasientforløp, koordinert, når det gjelder syn/sansetap fra identifikasjon i spesialisthelsetjenesten, oppfølging og behandling, og gode overganger ut i kommunen

Behov for å identifisere kognitive/sanseutfall i akutt/sub-akutt fase for at riktig behandling og rehabilitering skal settes i gang.

Pakkeforløp for hjerneskade, og at det er behov for bruk av flere medisinske koder for å registrere og få tallfeste utfordringer (for planlegging av behov av tjenestene i framtiden)

Bedre kommunikasjon/koordinering/overganger mellom rehabiliteringsinstitusjoner og akuttfasen

Finansiering trengs for spesialiserte fagprofesjoner, små kommuner kan slå seg sammen om tilbud om tjenestene, f.eks. logoped, optiker, synspedagog, ergoterapeuter, fysioterapeuter, nevropsykolog, audiopedagog

Kommunalt samarbeid om spesialiserte rehabiliteringstjenester f.eks. sanser/kognisjon/språk

Følge opp riksrevisjonens rapport om rehabiliteringstjenestene

Bedre utfall og utnyttelse av ressurser i helsetjenestene krever at en benytter tjenester på lavest mulig nivå, tett på der folk bor. Det krever tverrfaglig koordinerte rehabiliteringstjenester som også tar hensyn til pårørende, og benytter frivillige og brukerorganisasjoner.

Trenger felles/dokumentsystem, plattform som følger pasientene gjennom forløpet.

Problembeskrivelse:

Kommunene har selvråderett, og da stopper mye opp. Staten kan gjøre mye for å legge til rette for gode forløp (lovverk, finansiering), men ikke pålegge kommunene å følge opp. Kommunene mangler ofte nødvendige ressurser (bemanning og fagpersoner). Vanskelig å bygge broen mellom kommune og spesialist. Lite stabilitet i spesialist, høy turn over. For skrint med spesialister i HABU/HAVO. Vanskelig å lage gode forløp, når kontinuitet brytes hos behandler. Det tar lang tid å få rett hjelp, til rett tid.

Størst forbedringspotensial:

Tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, og vedlikehold av denne hos helsepersonell

Tilstrekkelige ressurser og klarere prioriteringer

Bedre praksis på tidlig oppdagelse av symptomer og tidlig utredning/diagnostisering, og raskere behandling (habilitering/rehabilitering), samt oppfølging (samarbeid og samordning av tjenestene)

Individuell plan vil forenkle arbeidsgangen, men må gjøres mer konkret og anvendelig

Bedre informasjon til pasienter/brukere og pårørende.

Mer forskning på praksis (kvalitetsindikatorer og -register), for bedre styringsdata

Tenke mer helhetlig og langsiktig, etter utredning og diagnostisering - se hele pasienten/brukeren, og dennes totale behov i et livsløpsperspektiv.

Helsefellesskapene viktig, da utvikling av forløp er deres mandat. MEN: Noen må ha egne forløp. Dette må sikres i tjenesteavtaler.

Styrke samarbeidet med brukerorganisasjonene og legge til rette for frivilligheten.

2. Av de 14 nåværende delmålene – hvilke bør fjernes eller endres i oppdatert strategi?

2. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen- og spesialisthelsetjenesten skal ha gode rutiner i livsløpsovergangen fra ungdom til voksen bør endres til: skal ha gode rutiner i de kritiske første 1000 dagene, og i livsløpsovergangene; barn til ungdom, ungdom til voksen og voksen til senior.

Pkt 5. Fjernes eller omformuleres. Fjerne EGEN kommune. Rehabilitering er både spesialist- og kommunehelsetjeneste

Både regionalt og kommunalt. Spesifisere.

Diffrensiere mer, regionalt og kommunalt.

Skille på habilitering og rehabilitering.

PKT 1. Kan fjernes eller forandres.

Utvidelse av parkinsonNet - brukermedvirkning

Hjernehelsetjeneste

Pilot med overregional behandlingsnettsverk - pålagt nasjonalt samarbeid.

Taks systemet som også understøtter leve med perspektivet

Pkt 7, 12 (utgå) og 13 ikke være for spesifikke pasientgrupper.

Demensplan - slå sammen punktene som ligger der. Andre pasientgrupper kan også nyte godt av tiltakene. Eks kognitiv svikt. Hvis planen skal nevnes, bør vi holde oss til det.

Pkt 8 Skeptisk til koordinator for hjernehelsetjeneste - ønsker heller et kontaktpunkt inn i kommunene

Litt rotete. Eks koordinator. Punkt 3 bør fjernes. 14 pkt er litt mye. Noe kan slås sammen.

Koordinerende funksjon istedet for ulike koordinatorene for ulike diagnoser.

Målene må være smartere, tydeligere, mer handlings- og resultatorienterte. Det må være tydelig hvordan man evaluerer om delmålene realiseres. Hvordan evaluerer man om tilbud har blitt utviklet f.eks.?

Pkt. 2, må tydeliggjøres hva dette betyr.

Pkt. 3, tydeliggjøre samtidige plager (f.eks. angst, depresjon, rus osv.).

	Pkt. 5 kan ut, eller gjøres betydelig bedre, endres til spesialisert rehabilitering livet ut. Pkt. 7, endre til barn med hjerneskade, ikke bare de med ervervet skade (også medfødt f.eks.). Pkt. om demensplan (9 og 10) kan ut, eller oppdateres. Delmålene kan ikke inneholde ord som vurdere eller lignende (f.eks. pkt. 11).
	- 13. fjernes fordi alle fagmiljø ønsket avvikling og prioritere oppbygging av norske tilbud - 5. Mer enn egen kommune; tverrfaglig, spesialisert rehabilitering skal inngå i tilbudet og må opprettholdes. Kombinert med egnet lokalt tilbud. Rehabilitering bør holde faglig god standard, - 7. Tas bort, men mer målrettet til situasjonen i dag og behovene framover for denne gruppen - 12. stryke fritt behandlingsvalg siden ordningen ikke gjelder lenger, det er kun fritt behandlingssted innen helseregion - Vurdere å utvide fra kun barn med ervervet hjerneskade til "tidlig diagnostisering og tidlig innsats for barn med medfødte, kroniske hjernetilstander og ervervede hjerneskader for å favne flere, jmf Nasjonal Strategi for sjeldne diagnoser og retningslinjer for barn og voksne med CP.
	Målene er ikke målbare -må endres gjennomgående Tydeliggjøre ansvar for hvem som skal sørge for at mål eller oppfølging oppnås Presisere at tjenester skal være gitt /tilbudt på rett nivå for den enkelte, uavhengig av hvor i tjenesten det skal være Må pkt 10 kan fjernes -hører ikke til som delmål Flere punkter overlapper, og kan kanskje slås sammen Viktige 3 pkt: Pkt 2 overganger fra ungdom til voksne, Pkt 6 ambulante tjenester, alle kommuner skal ha dette, pkt 7 implementere nasjonal behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade Må finnes finansiering og øremerkede midler til rehabilitering i kommunene Pårørendeperspektivet savnes i pasientforløpet, det er avgjørende Mulig å tilpasse den enkeltes behov for rehabiliteringstjenester gitt i hjemmet, eller i spesialisert rehabilitering -operasjonalisere regelverk rundt ambulant team og tjenester Evaluere og følge opp hva finansieringen blir brukt til når den er øremerket ulike tjenester Behov for at ikke bare kommunene trenger å ta i bruk læringsnettverkt, behov for økt formell kompetanse
	Overordnede innvendinger: Det er altfor mange delmål, og strategien vil fort pulveriseres. Delmålene må formuleres slik at de kan evalueres, ikke på "overskriftsnivå". Noen (feks. 7) er FOR konkret (ekskluderer alle andre behandlingslinjer) og må abstraheres til flere

3. Hvilke nye delmål bør inn i den oppdaterte hjernehelseterategien?

Utvikle en nasjonal strategi for barnets første 1000 dager og nasjonale retningslinjer for perinatal mental helse. Begrunnelse: hjernen bygges i magen og formes utenpå. Det er vesentlig at gravide / nye mødre med symptomer / diagnoser får tilgang til umiddelbar

	kunnskapsbasert hjelp. Dette for å bistå med seponering av medisiner, eventuell behandling og ivaretagelse av den gravide og det ufødte / nyfødte barn.
	Færre delmål, med mer overordnet tekst. Noen store grupper og mange små. Kan bruke eksempler? Enten må de være forståelige på selvstendig måte eller ha med faktabokser. Identifisere sykdomsgrupper der det er diagnostisk forsinket. Også spesialisert rehabilitering - gjelder stor og små. Identifisere det som er viktigst. Diagnostisering, utredning, behandling og overganger. Bør kunnskapen øke? Hva slags kompetanse og hvor? Læringsnettverk - hvilken gevinst? PKt 5 og 12. Barn med hjerneskade - bør fjernes spesifikke. Samarbeid. Alle som representerer ulike grupper vil gjerne ha med sine grupper. Eks demenskompetanse, men alle vil kjempe for sin pasientgruppe. Krav til samarbeid- som gjør tilgjengeligheten lik. Hvordan få det til innenfor de ressursene vi har. Behandlingsnettverk - forpliktelse, så det flyter bedre og dermed redusere behov for ressurser Faglig begrunnet organisering og på hvilket nivå tjenestene skal gis. Tydeligere hvem som skal gi behandlingen. En annen form for organisering, regionalisering. se organisering Sjeldene sykdommer. SEntraliseringsbegrepet - politisk ukorrekt- heløler samle tjenester i noen regioner. Forsterke regional tilbud.
	Alt for mange punkter som er enten for spesifikke eller for generelle. Vi ønsker å beholde og videreutvikle dette i tråd med ovenstående. 11. Vurdere å utvikle felles forløp for pasientgrupper med hjernesykdom som har liknendefunksjonsutfordringer og behov for oppfølging. Utvikle kompetansenettverk etter modell av Parkinsonnet. Øke henvisningskompetansen hos fastleger.

	Pilot med overregional behandlingsnettverk, (ref. European Research Network) med regionale spesialiserte sentre som er pålagt nasjonalt samarbeid.
	1. Det skal etableres rehabiliteringstilbud for migrenepasienter. - Finnes ikke. 2. Det skal utarbeides nasjonale standarder for pasientforløp innen hjernehelse som ivaretar lik kvalitet på tjenester i hele landet. - Lik kvalitet, man skal få like gode helsetjenester i hele landet. 3. Bruk av tolk må vurderes i alle pasientforløp hvor pasienten har annet morsmål, også der hvor pasienten kan snakke norsk (også tegnspråk). - Gir bedre forløp og sikrer god forståelse hos pasienten. 4. Etablere diagnosepoliklinikker. - Kan avlaste andre deler av spesialisthelsetjenesten 5. Etablere kvalitetsregistre for å bedre kunne komme med gode tiltak. 6. Etablere gode systemer for bruk av KI i brukerstyrt behandling.
	-Behov for spesialisert rehabilitering for de med nevrologisk sykdom -Komme tidlig inn med kort lærings- og mestrings tilbud. Viktig med flere tilbud ved behov. -Opprettes hjernehelsekoordinator i primær helsetjenesten -Koordinatorfunksjon i spesialisthelsetjeneste som har ansvar for samhandling. Skal kartlegge behov for IP og koordinator, og ta initiativ til samarbeidsmøte med det lokale hjelpeapparatet rundt pasienten,
	- Tverrfaglig, spesialisert rehabilitering bør bygges opp for kroniske sykdommer - Lytt til erfarne fagfolk innen nevrologi når man utvikler tjenester - Skille rehabilitering og habilitering - Konkret nasjonal opptrappingsplan og utviklingsplan for økt kompetanse barne- og voksenhabiliteringen for å bedre kunne ivareta sykdomsgrupper som nevroutviklingsforstyrrelser som autisme og hjerneskade - Bruke eksempler på tilbud som fungerer godt i innland og utland (MS-poliklinikker, diabetes-poliklinikker, hodepineklinikker i Danmark osv) for å bedre pasientforløp - Etablere regionale søvnmedisinske sentere - National Reference centers, nasjonale spisskompetente sentere, ønskes slik kreftstrategien refererer til 4 Comprehensive Center - Nasjonale kvalitetsindikatorer for rask igangsetting av behandling for flere nevrofelt
	Alle pasientforløp skal inneholde pårørende/familieperspektivet må inn som en del av et godt pasientforløp Samarbeid med bruker/pasientorganisasjoner må formaliseres, f.eks. bruk av likepersoner i frisklivssentraler/ i alle deler av tjenestene Utjevne ulikheter (sosiokulturelt) for at sårbare grupper (alle som har hjernesykdom/skade i alle aldre) kan nytte seg informasjon digitalt/språklig/samfunnsmessig/gjøre kloke valg

	Sikre god dialog og kommunikasjon i pasientforløpet for å gjøre det enklere for personer med alvorlige tilstander å bestemme nivå av behandling (f.eks. takke nei til videre behandling) Ingen av punktene beskriver forløp fra symptom til rett behandling. her trengs kunnskap hos befolkning og fagpersoner (via f.eks. kampanjer, utdanning)
	BPA-ordningen vanskelig å få, for mange. Helhetlig helse, feks. tannhelse, og livløpshelseperspektiv ikke avgrenset til overgangen ung til voksen, men inkludere aldring. Genetisk undersøkelse bør tilbys flere

4. Dersom dere skal prioritere, hvilke tre delmål er de viktigste for å oppnå hovedmål 3

3, 14, 1	
Identifisere områder der variasjonen er stor. Stor variasjon er pekepinn på at tjeneste er mangelfulle. Pkt 2 og 3. Kan man strekke seg mot Pkt 5 spesialdiagnoser som glemmes lett er viktige. Pkt 3 som prioritert punkt Pkt om tverrfaglig spesialisert rehabilitering Skille på rehabilitering og habilitering Utvidelse av ParkomsonNet til andre diagnoser.	
Viderutvikle delmål 11. Utvikle kompetansenettverk etter modell av Parkinsonnet. Øke henvisningskompetansen hos fastleger. Pilot med overregional behandlingsnettverk, (ref. European Research Network) med regionale spesialiserte sentre som er pålagt nasjonalt samarbeid.	

	Spesialiserte rehabiliteringstilbud (også for migrene). Kvalitetsregistre. Brukerstyrt behandling hos spesialist.
	Følgende delmål bør prioriteres og kan slås sammen. 1. Ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten må følge opp rutiner for koordinering av tjenester til brukere med sammensatte behov 3. Skape tverrfaglige og koordinerte tjenester som tar utgangspunkt i pasientens behov og ønsker 8. Sikre at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt retten til individuell plan og koordinator 11. Vurdere å utvikle felles forløp for pasientgrupper med hjernesykdom som har liknende funksjonsutfordringer og behov for oppfølging - Kvalitetssikring med kvalitetsindikatorer for behandling - Behov for spesialisert rehabilitering for de med nevrologisk sykdom - Komme tidlig inn med kort lærings- og mestrings tilbud. Viktig med flere tilbud ved behov.
	1. Nasjonale kvalitetsregistre og kvalitetsindikatorer for flere nevrofelt og gjøre kvalitetsregistre enklere å bruke 2. Regionale søvnmedisinske sentere 3. Styrke habiliteringsfeltet 4. National Reference Centers- ref spørsmål 4
	Nytt mål -selvbestemmelse og pårørendeperspektiv må inn for gode forløp. VIKTIG Delmål 2 -men inkludere overganger i hele livsløpet barn-unge-voksne-eldre Delmål 7 - nasjonal behandlingsplan barn med hjerneskade Helt avhengig av finansiering i kommunene spesielt i rehabilitering, og det må følges opp om hvordan det går med pasientene når de har kommet hjem, og skal leve med sitt liv der de er
	3. Skape tverrfaglige og koordinerte tjenester som tar utgangspunkt i pasientens behov og ønsker 5. Pasienter med behov for habilitering og rehabilitering skal få tilbud om dette i egen kommune (med en klarere spesifisering av hva dette innebærer) 8. Sikre at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester får oppfylt retten til individuell plan og koordinator (trenger også klarere formulering)