



HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011





HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011

Innhold

9	Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011	5	9.4	Habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten	12
9.1	Introduksjon og sammendrag	5	9.5	Mål for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene	19
9.2	Innledning	7	9.6	Tiltak	19
9.3	Utviklingstrekk	11	9.7	Vedlegg	36

9 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011

9.1 Introduksjon og sammendrag

Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid.

Ti punkter står sentralt i strategien:

- Det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene. Det er også av betydning hvordan habilitering og rehabilitering prioriteres i den samlede ressursbruk i kommunene og i spesialisthelsetjenesten og i andre sektorer. I stor grad dreier dette seg om at habilitering og rehabilitering blir riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene.
- Den politiske styringen av arbeidet skal styrkes. Dette skal skje med sterkere medvirkning fra brukerorganisasjonene. Det skal etableres et oppfølgingssystem for strategien som etablerer fast kontakt mellom politisk ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet og brukerorganisasjonene.
- Brukermedvirkningen skal styrkes. Brukeren skal være sentral i egen rehabilitering. Hvordan likemannsarbeid kan brukes, skal inngå i dette arbeidet.
- Rehabiliteringsstrategien er primært rettet inn mot helse- og omsorgssektoren, men en rehabiliteringsstrategi kan ikke lykkes uten et nært samarbeid mellom samfunns-/departementsområder som har ansvar for tiltak som må inngå i tilbudet den enkelte brukeren. Dette gjelder områder som arbeid, utdanning, barn- og unges oppvekstforhold generelt, men også andre områder er viktige. I oppfølgingen av strategien vil det på departementsnivå bli etablert et eget samarbeid mellom relevante departementer, og i regi av Sosial- og helsedirektoratet vil tilsvarende bli gjort på direktoratsnivå. Det vil bli lagt vekt på å inkludere kontakt og dialog med kommunesektoren i disse oppleggene.
- Individuell plan og koordinerende enheter er tiltak som er innført for å styrke rehabiliteringstjenestene, men som i dag ikke fungerer etter intensjonen. Det samme gjelder andre koordineringstiltak i spesialisthelsetjenesten og kommunene, dels også pasientrettigheter. Konsekvensen er manglende koordinering og samhandling, noe som har negative effekter for brukerne. Strategien legger vekt på å få disse tiltakene til å bli gjennomført og virke i samsvar med intensjonene. Sentralt i dette arbeidet vil være at det i tjenesteapparatet identifiseres personer som i større grad kan ivareta brukerens behov for koordinering av tjenestene.
- Private institusjoner, noen drevet av ideelle organisasjoner, er en viktig ressurs i rehabiliteringsarbeidet. Det må erkjennes at deres rolle og rammebetingelser ikke har vært tilstrekkelig klarlagt. De private virksomhetenes organisasjoner vil bli invitert, sammen med andre berørte aktørgrupper, til en samlet gjennomgang av situasjonen. Sentralt i dette vil være å avklare behovet for nasjonale retningslinjer, samt at det skal etableres mer langsiktighet og forutsigbarhet i de private virksomhetenes rammebetingelser.
- Kommunene har en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Utgangspunktet skal være at rehabilitering skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå (LEON- prinsippet). Det legges opp til samarbeidsmønstre som skal ivareta helheten i tjenesteytingen, ved at kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng. Oppfølgingen av kommunenes lovpålagte oppgaver vil stå sentralt i strategien.
- Faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes. Det skal satses systematisk på utviklingen av kvalitet. Dette vil også bidra til å gi området økt prestisje innen helsetjenesten.
- Verdigrunnlaget for habilitering og rehabilitering skal ivaretas. Tilbudet skal ikke være avhengig av alder, kjønn, etnisitet, diagnose,

samfunnsmessig lønnsomhet eller hvor man bor i landet.

- Rehabiliteringsarbeidet skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivå, hjelp til å endre helseskadelig livsstil, bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv og bidra til at flest mulig kan være aktive deltakere i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv.

Ressursinnsatsen på rehabiliteringsfeltet

I vurderingene av ressursbruk og prioritering på habiliterings- og rehabiliteringsområdet er det viktig å ta utgangspunkt i den samlede ressursinnsatsen. Både kommunene og helseforetakene bruker store ressurser på habiliterings- og rehabiliterings tiltak i egen regi. I tillegg kommer de ressurser som brukes til kjøp av tjenester ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

Hovedområdene for habilitering og rehabilitering er:

- Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner: Til kjøp av rehabilitering ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner brukes det i 2007 1,14 mrd. kroner. I beløpet ligger også det beløp de regionale helseforetakene bruker fra egen ramme til kjøp av tjenester hos private, i 2007 om lag 40 mill. kroner.
 - De regionale helseforetakene: Det ytes rehabiliteringstjenester både poliklinisk, ambulant, som dag- og døgnopphold, i kliniske avdelinger og i egne rehabiliteringsavdelinger, samt i spesialiserte sykehus for rehabilitering. På bakgrunn av registrerte DRG-poeng i 2006 anslås imidlertid utgifter knyttet til rehabilitering i sykehus til om lag 1,5 mrd. kroner. I tillegg kommer rehabilitering på poliklinikkene. Dette tilsier at det innenfor de regionale helseforetakene brukes i størrelsesorden 1,5 – 2 mrd. kroner til rehabiliteringsrettede tiltak.
 - Kommunene: Det ytes et betydelig omfang av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene. Dette skjer både i regi av private utøvere og som en integrert del av helse- og sosialtjenestene, så vel som i barnehage, skole m.v., noe som gjør det vanskelig å identifisere de samlede ressurser kommunene bruker på rehabiliteringstjenester. Kommunene sikrer fysioterapi både ved å ansette fysioterapeuter og ved å inngå driftsavtale med private fysioterapeuter. Til fysioterapeutertjenesten alene (behandling og rehabilitering) ansås det at staten i 2007 yter om lag 1,4 milliarder kroner i trygderefusjoner til private, og 200 millioner i fastlønnstilskudd. Kommunene yter på sin side om lag 1 milliard kroner i årlig driftstilskudd, lønn til fast ansatte og driftsutgifter.
- Det har vært en økning i ressursbruken innenfor rehabiliteringsfeltet på alle disse tre områdene de senere årene.
- Summen brukt til kjøp av rehabilitering ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i 2007 (1,14 mrd.) representerte en økning fra 2005 på 14,2 pst. (løpende kroner). Det er lagt opp til fortsatt øremerking av midler til kjøp hos private leverandører på rehabiliteringsområdet.
 - Fra 2006 er det etablert en tilskuddsordning i Sosial- og helsedirektoratet med ca. 35 mill. kroner med formål å utvilke tilbudet i rehabiliterings- og opptrenings situasjonene. Bevilgningen er videreført i 2007 og foreslås også for 2008. Tilskuddsordningen er en styrkning av ressursinnsatsen på området.
 - De regionale helseforetakene har i 2007 i tillegg fått overført 65 mill. kroner av «gråsonemidlene» innenfor ordningen «Raskere tilbake». Disse midlene brukes i stor grad til kjøp av rehabiliteringstjenester fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Totalt har de regionale helseforetakene fått overført 445 millioner kroner gjennom ordningen «Raskere tilbake». Det forutsettes at de regionale helseforetakene tilbyr rehabiliteringsrettede tjenester av bevilgningen ut over gråsonemidlene på 65 millioner kroner.
 - Det har vært en jevn økning i den samlede årsverksinnsatsen i fysioterapitilbudet i kommunene.
 - Antallet yngre brukere av den kommunale omsorgstjenesten (under 67 år) er fordoblet på ti år, og utgjør i dag 1/3 av de som mottar hjemmetjenester. Yngre brukere mottar en relativt stor andel av omsorgstjenestens ressurser og botilbud. Disse tjenestene vil i stor grad ha habiliterings- og rehabiliteringsformål.
 - Nytt investeringstilskudd til kommunene skal stimulere kommunene til å investere i sykehjem og omsorgsboliger med heldøgns omsorgstjeneste (jfr. Omsorgsplan 2015). Tilskuddet kan blant annet nyttes til å styrke kommunenes tilbud om korttids plasser i sykehjem. Slike korttids plasser benyttes ofte for rehabiliteringsopphold.
- Alt i alt viser dette at de samlede ressurser til habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene og i spesialisthelsetjenesten er økende. Det er med dette utgangspunktet den nasjonale strategien skal brukes som underlag for videre satsning og utvik-

ling. Prosessene som skal gjennomføres som en del av strategiarbeidet, skal sikre at det fremover skjer bevisst prioritering mellom de ulike mål- og tjenesteområder som inngår i habilitering og rehabilitering.

9.2 Innledning

Soria Moria-erklæringen slår fast at regjeringen vil sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. Dette målet er det bred politisk oppslutning om. En samlet helse- og omsorgskomite har erklært at den mener at «habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsningsområdet i helsetjenesten». (Budsjett-innst. S nr. 11 (2006-2007))

Samhandling er kanskje den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Samhandling er sentralt innenfor habilitering og rehabilitering, der brukerne ofte er avhengig av tjenester fra mange aktører og sektorer, og der det i liten grad er én enhet som bærer det samlede ansvaret for oppfølgingen. Kvalitet i tjenestene er derfor avhengig av at det legges til rette for god samhandling, og at aktørene utvikler en samarbeidskultur.

For at rehabiliteringsarbeidet skal lykkes må innsatsen i kommunene og spesialisthelsetjenesten samordnes. Innenfor rammen av det kommunale selvstyret legges det opp til samarbeidsordninger som skal gi den helhet som oppfølgingen av den enkelte brukeren forutsetter.

Som et ledd i arbeidet med å styrke kvaliteten i tjenestene, er vi inne i en periode med omstillinger, som også endrer situasjonen for de private virksomhetene. Departementet legger til grunn at det fortsatt må skje omstillinger for å bedre tjenestene, men det skal i strategiperioden legges økt vekt på at prosessene blir forutsigbare for virksomhetene.

En av de tyngste tilbakemeldingene fra brukerne er at koordineringen av tjenestene ikke fungerer godt nok. Brukere og pårørende må ofte overta den koordineringsoppgaven som skal ivaretas av tjenestene. Det er ikke bare bedre systemer de ber om, men ett menneske – en koordinator – som kjenner brukerens situasjon, og som på en samlet måte kan koordinere tjenestene det er behov for. Forskrift om individuell plan viser til at det skal være en tjenesteyter som til enhver tid har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. Å svare på denne utfordringen og få denne ordningen til å fungere er viktig i denne strategien. Spørsmålet må vurderes i sammenheng med oppfølgingen av forslagene fra Wisløff utvalget (NOU 2005:3) og Bernt utvalget (NOU 2004:18) om individuell plan og planansvarlig.

I mange av diskusjonene om habilitering og rehabilitering er det uenighet omkring faktiske for-

hold. Hvor mange institusjonsplasser er tilgjengelige, hva skjer med ressursinnsatsen mv. Denne strategien skal bidra til et sikrere kunnskapsgrunnlag og en mer felles virkelighetsoppfatning.

Kjernen i habiliterings- og rehabiliteringspolitikken er det enkelte menneskets livskvalitet, mestring og deltakelse sosialt og i samfunnet. Engasjement fra den enkelte bruker og fra brukerorganisasjoner kan bidra til at dette perspektivet får prege både den offentlige og private innsatsen.

Ambisjonen for strategien er å etablere grunnlaget for et samlet oppfølgings- og utviklingsarbeid der aktørgruppene trekkes aktivt inn. I en slik oppfølging er det særlig viktig at brukernes og pårørendes erfaringer og synspunkter, formidlet gjennom brukerorganisasjonene, kommer fram og kan prege den videre utvikling av tjenestene.

Hva er habilitering og rehabilitering?

Behovet for samhandling i habilitering og rehabilitering gjør det særlig viktig at aktørene har en felles forståelse av de viktigste begrepene som brukes, og at det er bevissthet om områder der det kan være ulike oppfatninger.

Ved behandlingen av St. meld. nr. 21 (1998-99) «Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk» i 1999, ga Stortinget sin tilslutning til forståelsen av rehabilitering som:

«Tidsavgrensa, planlagde prosessar med klare mål og verkemiddel, der fleire aktørar samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukaren sin eigen innsats for å oppnå best mogeleg funksjons- og meistringsevne, sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet».

Habilitering forstås på samme måte, men dreier seg om tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/eller funksjonsproblemer.

Følgende elementer er sentrale i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser:

- En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens individuelle behov. Selv om bistand fra helsepersonell og andre yrkesgrupper er nødvendig, er den beste rehabilitering i prinsippet den brukeren selv står for.
- Planlagt og systematisk samarbeid mellom flere instanser og aktører, med et klart mål. Prosessene er tidsavgrenset. For mange pågår imidlertid en habiliterings- eller rehabiliteringsprosess i perioder over lang tid, og for noen i perioder så lenge de lever.

Denne forståelse av rehabilitering begrenser ikke rehabilitering til det som tidligere ofte er blitt knyttet til begrepet «medisinsk rehabilitering», som har vært definert som «helsetjenestens planmessige arbeid for at den som er funksjonshemmet pga sykdom, skade eller medfødt lyte skal gjenvinne, bevare eller utvikle funksjonsevnen og/eller mestringsevnen med sikte på en størst mulig grad av selvstendighet og livskvalitet på egne premiser». Definisjonen av rehabilitering omfatter både medisinsk rehabilitering, sosial rehabilitering, psykososial rehabilitering og attføring, og handler både om å bedre personens funksjonsevne, om å fjerne barrierer for selvstendighet og deltakelse i omgivelsene, bl.a. gjennom tilrettelegging og tekniske tiltak, og om praktisk/økonomisk hjelp. Rehabilitering dreier seg ikke om én enkelt tjeneste eller ett tiltak, men om flere tjenester og tiltak satt i system, og om samarbeidet mellom yrkesutøvere og personer som trenger sammensatt, planlagt og koordinert bistand for å nå sine mål. Fordi rehabilitering handler om tjenester og tiltak satt i system, og målet er deltakelse sosialt og i samfunnet og mestring av livet, skal helse- og omsorgstjenesten bidra til å realisere pasientens mål, også på områder der helse- og omsorgstjenesten ikke har et selvstendig ansvar, for eksempel i skole/utdanning og arbeidslivet.

Definisjonen av rehabilitering gitt over kan gi grunnlag for en forståelse av rehabilitering som et supplerende tiltak i forhold til medisinsk behandling. Dette gjelder særlig dersom man legger en snever forståelse av medisinsk behandling til grunn, dvs. at målet er å normalisere kroppsfunksjoner og/eller mentale funksjoner og å lindre smerte. En slik oppfatning, dvs. at behandling og rehabilitering er to ulike ting som kan skilles fra hverandre, har preget helsetjenesten. De kurative miljøene og rehabiliteringsmiljøene har hatt en tendens til å distansere seg fra hverandre, noe som har fått betydning for pasientforløpene. Arbeidsmodellen har ofte vært at pasienter først skulle behandles, så rehabiliteres, og mange pasienter har opplevd å måtte vente på rehabilitering.

Det er i dag gode grunner til å stille spørsmål ved en slik forståelse. Nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen, fører til bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper. Det gjelder blant annet for slagpasienter. Slike resultater bør få konsekvenser både for tankegangen innenfor, og for organiseringen av, rehabiliteringsvirksomhet. En alternativ forståelse til at behandling og rehabilitering er ulike tiltak, er å anse medisinsk behandling som ett av flere tiltak som inngår i en rehabiliteringsprosess.

Dette er en forståelse som er i overensstemmelse med at medisinsk behandling ofte har et videre mål enn å normalisere funksjoner. Behandling har for eksempel ofte som mål å forhindre eller bremse organskade og funksjonsnedsettelse. I noen sammenhenger vil det dessuten være vanskelig å definere tiltak som enten behandlings- eller rehabiliteringstiltak. Det gjelder for eksempel ved legemiddelassistert rehabilitering. Samtidig finnes det, ettersom habilitering og rehabilitering er langt mer enn medisinsk behandling, tjenester og prosesser innenfor dette feltet som ikke innebærer medisinsk behandling.

Innenfor psykisk helse er skillet mellom behandling og rehabilitering mindre skarpt enn innenfor somatikken. I følge verdigrunnlaget for opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) skal målet med tjenestetilbudet være å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Sektorer og tjenesteytere skal se det som en oppgave å bidra til å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer. Rehabiliteringsaspektet skal derfor være en integrert del av behandlingsskjeden, som skal inkluderes i alle ledd i tiltaksskjeden, både innen psykisk helsevern og det kommunale tilbudet til mennesker med psykiske problemer eller lidelser. Dette gjelder også ivaretagelsen av de psykososiale behov eller hjelp til å mestre traumer etter fysiologisk sykdom og/eller skade.

Det er ikke bare medisinsk behandling og rehabilitering som kan være vanskelig å skille. Også opptrening, som kan forstås som tiltak for å normalisere, bedre eller vedlikeholde kroppsfunksjoner og aktivitetsfunksjoner, er vanskelig å skille fra de øvrige tiltakene, og vil ofte være en del av en rehabiliteringsprosess.

Innenfor bredden av kommunale tjenester, vil en og samme tjeneste kunne være en deltjeneste i en individuell habiliterings-/rehabiliteringsprosess eller kun en enkelttjeneste med tilstrekkelig formål i seg selv. Det kan for eksempel gjelde en plass i barnehage eller noen timer praktisk bistand i hjemmet. Den kommunale sosial- og omsorgstjenesten har som mål, i samarbeid med brukeren, å bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre. Mange omsorgstiltak er viktige i en rehabiliteringsprosess. For eksempel kan kommunale tjenester for personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer mottar, ha karakter av rehabilitering. Dette gjelder for eksempel tjenester rettet mot brukerens evne og mulighet til å mestre dagliglivets krav, til å delta i arbeid og sosialt liv. Brukerstyrt personlig assistanse (BPA) er en måte å organisere omsorgstje-

Boks 9.1 Begrepsbruk i strategien

Innen for helsetjenesten, spesielt spesialisthelsetjenesten, brukes ofte begrepet pasient, mens man innenfor kommunale omsorgstjenester oftere bruker begrepet bruker eller person. Brukerbegrepet brukes også i definisjonen av rehabilitering. Av den grunn er brukerbegrepet forsøkt brukt mest mulig i dette dokumentet.

Ulike typer private institusjoner tilbyr opptrenings- og rehabiliteringstjenester. Disse omtales både som private opptreningsinstitusjoner, private rehabiliteringsinstitusjoner, spesielle helseinstitusjoner, helsesportsentre, attføringsentre, lungesykehus med mer, jmfør kapittel 4.3. I dette dokumentet brukes betegnelsen private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner som en samlebetegnelse på alle disse typene institusjoner.

Ofte brukes begrepet institusjonsbasert rehabilitering om den rehabilitering som skjer i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner. Også den rehabilitering som skjer ved innleggelse i sykehus og sykehjem er imidlertid institusjonsbasert rehabilitering, til forskjell fra rehabilitering som skjer poliklinisk eller i personens hjem.

Strategien dekker både habilitering og rehabilitering, og oftest brukes begge begreper. Der rehabiliteringsbegrepet brukes alene, forutsetter dette å dekke både habilitering og rehabilitering.

Habiliteringstjenester ytes både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Allikevel brukes i dag begrepene «Barnehabiliteringstjenesten» og «Voksenhabiliteringstjenesten» om spesialisthelsetjenestens habiliteringstjenester. Barnehabiliteringstjenesten skal sikre spesialisert utredning og kartlegging av behov, og god og relevant behandling og trening til barn (0-18 år) med medfødt og eller tidlig ervervet funksjonshemming eller kronisk sykdom, som har behov for langvarige og tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå. Tilsvarende er målgruppen for voksenhabiliteringstjenestene voksne (> 18 år) med medfødt eller tidlig ervervet funksjonshemming/langvarig sykdom og kognitiv svikt som har behov for tverrfaglige habiliteringstjenester på spesialistnivå. Fordi dette er innarbeidede begreper, vil disse benyttes også i dette dokumentet.

Med nedsatt funksjonsevne forstås her tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse pga. allergi, hjerte- og lungesykdommer. Det er ingen selvfølge at personer med nedsatt funksjonsevne blir funksjonshemmet. En funksjonshemming oppstår først når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utfordring eller krav til funksjon.

nester på som krever at tjenestemottakerne selv disponerer tjenesterressursene til å nå sine mål. For mange brukere blir opplæring i bruk og praktisering av BPA en viktig del av rehabiliteringen. Omsorgstjenester handler imidlertid om langt mer enn rehabilitering, og er ikke i samme grad tidsavgrensede tiltak. Mange brukere av den kommunale omsorgstjenesten kan være avhengig av tjenester hele livet.

Hvorfor så vanskelig?

Tilstanden på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er ikke tilfredsstillende. Det er store utfordringene både når det gjelder samhandling, brukermedvirkning, kvalitetsutvikling, de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene og ressursituasjonen. Disse utfordringene ble i stor utstrekning identifisert også i St. meld. nr. 21 (1998-99), og en rekke tiltak ble skissert for å bedre situasjonen.

Flere av tiltakene har vært viktige (individuell plan, koordinerende enhet i kommunene og i spesialisthelsetjenesten mv), men tilstanden innenfor tjenestetfeltet har ikke blitt tilstrekkelig bedret. Forhold som bidrar til dette er:

- For liten felles forståelse av status, utfordringer og av hvilke strategier og tiltak som er nødvendige for å møte utfordringene blant de mange aktørene som er involvert i rehabilitering. Dette kan skape konkurranse- og spillsituasjoner som rammer brukerne, og gi særlige utfordringer for rehabilitering, fordi ansvaret for rehabiliteringstjenester er lagt både til stat og kommune, og fordi mangelen av samlet organisatorisk ansvar gjør koordineringen av tjenestene mangelfull.
- Uklare oppfatninger om forholdet mellom behandling og rehabiliteringstiltak. Utilstrekkelig avklarte begreper kan føre til en fraskrivelse og forskyvning av ansvar, både mellom aktører

og nivåer, og dermed en nedprioritering av tjenestene.

- Utilstrekkelig avklart faglig og organisatorisk i hvilken grad rehabiliteringstiltak bør forankres i de ulike fagområdene (kreft, rus, diabetes mv) og/eller i generelle rehabiliteringsenheter.
- For lite forskning og fagutvikling.
- Fagfeltet har for lav status. Dette bidrar til svak rekruttering, forskning og fagutvikling mv.
- Organisatoriske strukturer understøtter ikke godt nok den plass habilitering og rehabilitering bør ha i helse- og omsorgssektoren. Det er blant annet dårlig oversikt over behov og aktivitet og få kvalitetsindikatorer rettet inn mot feltet.
- Helse- og sosiallovgivningen gir betydelige rettigheter til brukerne og plikter til tjenestene. Disse er for dårlig fulgt opp. Det har medført forslag om et sterkere innslag av lovgivning som er mer spesifikt rettet inn mot rehabilitering.
- Ansvar for mål og virkemidler på rehabiliteringsområdet ligger også under andre departementers ansvarsområder: Hovedansvaret for utdanning ligger under Kunnskapsdepartementet; hovedansvaret for arbeidsrettede tiltak og ansvaret for den samlede politikken på funksjonshemmedeområdet ligger under Arbeids- og inkluderingsdepartementet; ansvaret for samlet oppfølging av barn og unge under Barne- og likestillingsdepartementet; det overordnede ansvar for det kommunale tjenestetilbudet og for å sikre at lokaldemokratiet fungerer ligger i Kommunal- og regionaldepartementet, mens ansvaret for tilretteleggelse av omgivelsene ligger under Miljøverndepartementet.

Strategiske hovedgrep

Utgangspunktet for det kommende arbeidet er å sikre at rehabilitering blir ressursmessig riktig prioritert og at tjenesten er forankret i en grunnleggende holdning til brukermedvirkning, både i forhold til den enkelte og brukernes organisasjoner. I tillegg skal framheves følgende strategiske hovedgrep:

- Strategien skal tydeliggjøre det politiske ansvaret og lederskapet på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Dette skal kombineres med en inkluderende arbeidsform der brukerorganisasjoner, de ansattes organisasjoner, kommuner, foretak, myndighetsorganer og kunnskapsvirksomheter trekkes inn i arbeidet med å gjennomføre strategien. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor fra starten av implementeringen (2008) invitere representanter for relevante

virksomheter og organisasjoner til å delta i en departementsledet gruppe som kontinuerlig skal gjennomgå status, utvikling og utfordringer for implementering av strategien. Dette kan bidra til en mer felles virkelighetsforståelse hos aktørene, at svakheter fortløpende oppfanges og gripes fatt i, og være et miljø som identifiserer nødvendige samordningstiltak. Etableringen av gruppen vil ikke endre de ulike aktørenes ansvar.

- Det vil bli etablert en samlet struktur for samarbeidet med andre departementer og forvaltningsorganer under disse, for å bidra til at både strategier og tjenester tar opp i seg den bredde som en god rehabiliteringspolitikk forutsetter.
- Det er viktig at de juridiske virkemidlene blir brukt på en god måte for å realisere rehabiliteringsstrategien. Det juridiske regelverket på helse- og sosialtjenestens område gir god understøttelse av politisk satte mål, men tiltakene har ikke vært godt nok fulgt opp. Det er alvorlig at lovbestemte tiltak ikke følges opp i samsvar med regler og intensjoner. Et mål for strategien er derfor å videreutvikle tiltak som er etablert, men som ikke brukes godt nok. Et slikt arbeid vil også synliggjøre spesialisthelse-tjenestens og kommunenes ansvar innenfor rehabiliteringsområdet. Et viktig element i strategien er derfor at det i regi av Sosial- og helsedirektoratet skal foretas en samlet gjennomgang av oppfølgingen av rettsbestemmelser innenfor helse- og sosialsektoren som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet. Brukernes organisasjoner vil bli trukket aktivt inn i arbeidet. Gjennomgangen skal gi grunnlag for å vurdere om det er behov for ytterligere bestemmelser på rehabilitering innenfor helse- og sosialsektoren, samt identifisere tiltak som kan gi bedre oppfølging av disse lovbestemmelsene. I tillegg til gjennomgangen i regi av direktoratet vil Helse- og omsorgsdepartementet foreta en juridisk gjennomgang.
- De regionale helseforetakene ønsker å høyne kvaliteten på tjenestene i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene, noe som har kommet til uttrykk i krav som er stilt i anbudsrundene. Kravene har hatt konsekvenser, blant annet for hvilke tjenester som det er funnet plass til, og i form av en viss reduksjon av antallet døgnplasser. De regionale helseforetakenes kjøp av tjenestene er underlagt de ordinære bestemmelsene for kjøp av offentlige tjenester, med det unntak at det er større adgang enn ellers til bruk av direktekjøp av visse rehabiliteringstjenester. For å klargjøre i hvilken grad det bør settes nasjonale rammer for de regionale

helseforetakenes kjøp av tjenester fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, skal det etableres en arbeidsgruppe som skal foreta en samlet gjennomgang av hvilke generelle krav som skal stilles til de private institusjonene. De rammer som trekkes opp på bakgrunn av gjennomgangen, vil bli formidlet til de regionale helseforetakene gjennom de prosedyrer som helseforetaksloven setter for eierstyring, og foretakenes oppfølging vil skje ut fra deres ordinære ansvar. Brukerorganisasjoner og de private virksomhetene vil bli gitt en sentral rolle i arbeidet.

- Det legges opp til et koordinert opplegg for kvalitetsutvikling og riktig prioritering innen rehabilitering.

Helse- og omsorgsdepartementet vil ha det overordnede ansvaret for å følge opp tiltak skissert i denne strategien. Sosial- og helsedirektoratet vil få en sentral rolle i oppfølgingen.

9.3 Utviklingstrekk

Befolkningsutvikling og sykdomsutvikling

Arbeids- og velferdsdirektoratets stønadsregistre for grunn- og hjelpestønad gir anslag for antall barn og unge med kroniske sykdommer og funksjonshemninger som fører til vesentlige problemer i dagliglivet. Tall for de siste 5 år viser at det er om lag 2000 nye mottakere av grunnstønad og vel 4000 nye mottakere av hjelpestønad i alderen 0-17 år hvert år. Trolig har en stor andel av disse behov for habilitering.

Selv om antallet som fødes hvert år synes å være relativt stabilt, øker antallet personer med behov for habilitering og rehabilitering. Det skyldes at flere av barna født med misdannelser og funksjonshemninger lever opp, at flere både voksne og barn overlever akutt og alvorlig skade og sykdom, og at mange mennesker med nedsatt funksjonsevne nå har tilnærmet forventet levealder som resten av befolkningen.

Forlenget levealder og store fødselskull fra 1945 til 1960 gjør at antall eldre vil bli betydelig høyere i årene som kommer. Tall fra SSB viser at antallet eldre over 67 år vil øke fra om lag 600 000 i dag til om lag 800 000 i 2020 og omlag 1 mill. i 2030. Det største omsorgsbehovet finnes i gruppen over 80 år. Veksten i antallet eldre i gruppen 80- 89 år vil særlig finne sted fra rundt 2020. Til tross for at de eldres helsetilstand ser ut til å bedre seg, dvs. at en større andel eldre er friske, vil økningen i antallet eldre og de eldste eldre medføre en vekst i behovet for helse- og sosialtjenester. Eldre har

oftere enn andre behov for rehabilitering etter akutt sykdom. Tidlig intervensjon, herunder rehabiliteringstiltak, vil ha betydning for hvor mange av de eldre som vil kunne klare seg selv. En eldre befolkning nødvendiggjør bl.a. en sterkere innsats for å kompensere funksjons- og sansetap.

Det er forventet at antallet personer med demens vil fordobles innen 2040. Flere eldre bidrar også til at forekomsten av hjerneslag, hoftebrudd, kreft og depresjon øker, samt at antallet personer med sansetap, herunder alvorlig kombinert tap av både syn og hørsel, øker, som følge av aldersrelaterede sykdommer i sanseapparatet.

Som en følge av økt levestandard og endring i levesett, forventes at helseutfordringene i større grad vil bli preget av livsstilssykdommer som type-2 diabetes, hjerte-karsykdommer, og kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS). En økende andel av befolkningen blir overvektige og det er dokumentert økt forekomst av psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Tall fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) anslår at det er 40-50 000 personer med alkoholproblemer og mellom 11-15 000 injiserende misbrukere, som har behov for behandling og etterfølgende rehabilitering. Disse problemene er ofte underdiagnostiserte og henger ofte sammen med andre helsemessige og psykososiale problemer.

Hver tredje nordmann rammes nå av kreft og forekomsten øker. Høyere forekomst, bedre metoder for å oppdage kreft, og bedre behandlingsalternativer har ført til at flere blir friske eller lever lenge med sin kreftsykdom, nesten som en kronisk sykdom. Både kreftsykdommen og behandlingen fører ofte til større eller mindre bivirkninger, både av fysisk, psykisk og sosial karakter, som kan vare i kortere eller lengre tid. Rehabiliteringsrettede tiltak som ivaretar pasientens fysiske og psykososiale behov kan i en slik situasjon være avgjørende.

Antall opphold i spesialisthelsetjenesten økte i årene 2002-2006 med 24 pst. (Norsk Pasientregister 2006). Samtidig gikk liggetiden i sykehus ned. Utviklingen henger sammen med at pasienter som tidligere ble innelagt for behandling, nå får dagbehandling, ambulante tilbud eller poliklinisk behandling. Noe av omleggingen er en følge av mer skånsomme operasjonsmetoder som reduserer behovet for rehabilitering i etterkant av operasjonen. Reduksjonen i liggetid kan imidlertid også bety at en større del av opptreningen og rehabiliteringen overlates til kommunene, eller skjer som egne rehabiliteringsopphold i helseforetakene eller i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

Også innenfor rehabiliteringstjenestene går utviklingen fra bruk av innleggelse i spesialisthelsetjenesten (døgnopphold) mot sterkere satsning på dagopphold og poliklinisk og ambulante tjenester. Blant annet for hofteopererte er trenden internasjonalt kortere liggetid i rehabiliteringsinstitusjon. Mens vanlig lengde på slike opphold har vært 3 uker, gjennomføres det nå pilotprosjekter der liggetiden er 5-7 dager, og den videre rehabiliteringen skjer i form av dagtilbud.

Forskning viser at fremskritt innen habilitering og rehabilitering i hovedsak er knyttet til nye måter å organisere og levere tjenesten på. Nyere forskning peker blant annet mot behovet for en sterkere integrering av akuttbehandling og rehabilitering, i form av spesialisert, koordinert rehabilitering. Det er for eksempel dokumentert at pasienter rammet av hjerneslag har effekt av opphold i spesialiserte slagenheter, i form av redusert dødelighet og sykkelighet. Også for eldre mennesker med flere lidelser og kronisk funksjonssvikt som får akutte indremedisinske sykdommer eller bruddskader er det vist at rehabilitering integrert i akuttbehandlingen har stor betydning. Tidlig integrert rehabilitering av eldre gir færre komplikasjoner, redusert forekomst, alvorlighet og varighet av forvirring, bedre funksjonsevne og i følge noen studier også redusert dødelighet.

9.4 Habilitering og rehabilitering i helse- og sosialtjenesten

Omfanget av, og hvilke typer rehabiliteringstjenester brukeren har behov for, herunder fra hvilket tjenestenivå, varierer. Fordi mange av helsetjenestens brukere mottar både medisinsk behandling og rehabilitering, bør rehabilitering betraktes og planlegges som en del av et helhetlig forløp.

En forenklet inndeling av brukere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, er:

- Personer med medfødt eller tidlig ervervet tilstand som medfører varig funksjonsnedsettelse. Eks. autisme, cerebral parese.
- Personer med akutt oppstått sykdom eller skade med langvarig eller varig funksjonsnedsettelse. Eks. multitraume, ryggmargsskader, brannskader, hjerneslag, amputasjoner.
- Personer med medfødte og kroniske tilstander med varierende eller tiltakende funksjonsnedsettelse. Eks. lungesykdommer, MS, nevrologiske og revmatiske sykdommer.
- Personer med akutte sykdommer og skader som kan behandles og rehabiliteres slik at tidligere funksjonsnivå gjenvinnes. Eks. hofteopererte pga. slitasjegikt, enkelte hjerteopererte og personer med visse former for kreft.

For de fleste brukere vil tyngdepunktet av tjenester ligge i kommunen. Dette gjelder blant annet for mennesker med kroniske sykdommer, utviklingshemmede, eldre og personer med psykiske lidelser og rusproblemer. Tjenestenes formål tilsier at tjenestene må ytes nærmest mulig der personen lever sitt liv. For noen brukere vil imidlertid tyngdepunktet av tjenester ligge i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder først og fremst for tidligere friske personer som får en akutt sykdom eller skade, og hvor det forventes at personen vil kunne gjenoppnå normal funksjon uten vesentlig bistand fra kommunale tjenester.

Utfordringer innebærer i å etablere strukturer og ordninger som gjør det mulig å tilpasse tjenestene til den enkelte brukers behov.

Habilitering og rehabilitering i kommunene

Kommunenes ansvar når det gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester følger av kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, pasientrettighetsloven, forskrift om habilitering og rehabilitering og forskrift om individuell plan. Tjenester og tiltak etter andre lover er også viktig for å få til helhetlig rehabilitering i kommunene.

Alle landets kommuner skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering. Kommunene skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering, og etablere en koordinerende enhet for virksomheten. Kommunens planer skal fortrinnsvis innarbeides i den generelle kommuneplanen i sammenheng med andre kommunale delplaner.

Det kommunale ansvaret for helse- og sosialtjenestene er omfattende, og samlet sett er det kommunale tjenestetilbudet komplekst og sammensatt. Kommunal frihet og selvstyre gjør at kommunene står fritt i forhold til hvordan de organiserer tjenester. Ulikheter kommunene mellom i forhold til størrelse, geografiske forhold, demografi, lokale behov, tilgang på kompetanse, effektiv tjenesteproduksjon og god ressursutnyttelse fører til ulike måter å organisere tjenestene på. Tjenestene må imidlertid organiseres på en slik måte at de gir innbyggerne tilstrekkelig bistand når de har behov for det, og på den måten de har behov for. Det kommunale selvstyret må heller ikke stå i veien for samarbeidsordninger som sikrer en helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.

Kommunale rehabiliteringstjenester er derfor i hovedsak organisert slik at de tilbys på, eller i tilknytning til, de arenaer der den enkelte lever livet

sitt. Det vil si i eget hjem, i barnehagen, på skolen, i arenaer for fritidsaktiviteter, samt i kommunale institusjoner.

Det ytes et betydelig omfang av rehabiliterings-tjenester i kommunene. En stor del av disse leveres som en del av kommunale omsorgstjenester, som blant annet omfatter praktisk bistand og opplæring, støttekontakt, hjemmesykepleie, omsorgsboliger og alders- og sykehjem. Deler av sykehjem innrettes som kommunale rehabiliteringsinstitusjoner. Korttids rehabiliteringsplasser i sykehjem vil imidlertid bare dekke rehabiliteringsbehovet for noen grupper.

Regjeringen la høsten 2006 fram St. meld. 25 (2005-2006) Mestring og muligheter og mening. Her presenteres fem langsiktige strategier for å møte utfordringene for framtidens omsorgstjenester:

- Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging
- Kapasitetsvekst og kompetanseheving
- Bedre samhandling og medisinsk oppfølging
- Aktiv omsorg
- Partnerskap med familie og lokalsamfunn

Det er i omsorgsplan 2015 utformet konkrete tiltak. En rekke av disse tiltakene vil betydning for den kommunale rehabiliterings- og habiliterings-tjenesten.

Kommunene skal tilby tjenester fra allmennleger, fysioterapeuter, sykepleiere samt jordmødre. Alene, eller i samarbeid med andre kommuner, må kommunene også ha tilgang på andre yrkesgrupper, som ergoterapeuter, aktivitører, psykiatriske sykepleiere, sosionomer, hjelpepleiere, psykologer, vernepleiere, etc. I tillegg har en rekke helsepersonellgrupper som ikke er ansatt i, eller har avtaler med kommunene, sentrale funksjoner når det gjelder kommunal habilitering og rehabilitering. Det gjelder for eksempel psykologer, kiropraktorer, tannleger m.fl.

Frisklivs-/FYSAKsentraler etableres nå i stadig flere kommuner bl.a. i forbindelse med Grønn resept. FYSAK kan utvikles videre til også å omfatte kommunale lærings- og mestringssentertilbud.

Kommunene har ansvar for å identifisere behov for hjelpemidler, bistå brukere i søknadsprosessen, samarbeide med hjelpemiddelsen-tralen/NAV i tilrettelegging og for tilpassing av det enkelte hjelpemiddel, samt for oppfølging og opplæring for å sikre at hjelpemidlene virkelig er formålstjenlige for den enkelte.

Habilitering i kommunene

Kommunene har ansvar for all habilitering som ikke forutsetter spesialistkompetanse. Habiliteringstjenestene til barn i kommunene er av stor betydning

for at hverdagen for barn med behov for habilitering og deres familier skal fungere. Tilbudet i barnehage og skole vil ofte være en viktig del av habiliteringsprosessen. Helsestasjonene for barn og unge har kontakt med flertallet av barn i Norge gjennom regelmessige kontakter fra nyfødtp perioden til skolepliktig alder. Dette gir helsestasjonen en unik mulighet til å tidlig fange opp barn med behov for spesielle tjenester, og dermed muligheten til å kunne være viktige bidragsytere i habiliteringsarbeidet. På samme måte kan skolehelsetjenesten være en viktig samarbeidspartner. Både helsestasjons- og skolehelsetjenesten vil kunne være sentrale i utarbeidelse av individuell plan.

Kommunene har ansvar for å tilby tjenester til foreldre med særlig tyngende omsorgsoppgaver. Avlastnings- og støttekontakttjenester er derfor ofte viktige bidrag i habiliteringstilbudet. Barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier har behov for langvarige og koordinerte tjenester og dermed rett til å få utarbeidet individuell plan og få hjelp til at tjenestene blir koordinert. Habiliteringstjenesten til voksne i kommunene skal dekke tjenester til brukere med et bredt spekter av diagnoser og grad av funksjonsevne. Prosessene blir ofte startet opp i spesialisthelsetjenesten, men av og til skjer dette i kommunene eller i et samarbeid mellom nivåene. Ofte vil hovedtyngden av oppfølgingen skje i kommunene. Det gjelder særlig i forhold til personer som samtidig har behov for praktisk bistand til å mestre dagliglivets gjøremål.

Psykisk helse og rus

Kommunene har et omfattende ansvar for oppfølging av personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. Kommunen har også ansvar for oppsøkende virksomhet. Mange personer med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer vil ha behov for langvarig oppfølging og tjenester fra ulike sektorer og nivåer. Kommuner skal bistå med å etablere aktuelle tiltak i form av behandlings- og rehabiliteringsopplegg, herunder bolig, aktivitets- og arbeidsrettede tiltak og samarbeide med andre aktører. En del kommuner har opprettet egne enheter for psykisk helse og rus. Andre kommuner har forankret arbeidet i avdeling for oppvekst, pleie- og omsorgstjenesten, sosialkontortjenesten, NAV etc.

Kommunens helhetlige ansvar for personer med rusmiddelproblemer med hjemmel i lov om sosiale tjenester er opprettholdt etter iverksetting av rusreformen. I sosialtjenesteloven kapittel 6 er kommunen pålagt ansvar for å gi råd, veiledning og hjelpetiltak både til personene selv og til vedkommende familie. Kommunene skal utarbeide tiltaksplan for personer med rusmiddelproblemer som er

i institusjon og legge til rette nødvendige tiltak ved avslutningen av et eventuelt institusjonsopphold.

Aktivitet

Som pekt på ytes rehabiliteringstjenester av private utøvere eller som en integrert del av kommunale tjenester. Det er derfor vanskelig å få en nasjonal oversikt over rehabiliteringstjenester i kommunene. Utviklingen av aktivitetene i noen av sektorene gir imidlertid en pekepinn:

Omsorgstjenesten hadde i 2006 212 000 brukere, hvorav 41 000 bor på sykehjem og mer enn 171 000 mottar hjemmetjenester i omsorgsboliger og eller eget hjem. I tillegg var det 25 000 som mottok støttekontakt og 9000 som mottok avlastning. Den sterkeste økningen det siste tiåret finner vi i aldersgruppen under 67 år. I perioden 1992 til 2005 er antallet yngre brukere av hjemmetjenesten (dvs. hjemmesykepleie og praktisk bistand) under 67 år fordoblet. I 2007 er om lag $\frac{1}{4}$ av brukeren i omsorgstjenesten under 67 år. Utviklingen gjenspeiler at kommunene gjennom flere reformer har fått et større ansvar for mennesker med hjelpebehov knyttet til utviklingshemming, psykiske lidelser og rusmiddelproblemer. I tillegg yter kommunene et omfattende rehabiliteringstilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus.

Ressursinnsatsen i fysioterapitjenesten utgjorde til sammen 4205 årsverk i 2006 mot 4148 årsverk i 2005. I gruppen fastlønnede viser statistikken en nedgang i årsverksinnsatsen i perioden 2003-2005. Ergoterapiårsverkene økte fra 1029 i 2004 til 1203 i 2006 (tall fra SSB).

Finansiering

Kommunesektorens inntekter kommer fra skatteinntekter, statlige overføringer (rammetilskudd og øremerkede tilskudd), samt fra gebyrinntekter og brukerbetaling. Inntektsrammen for den enkelte kommune er behovsbasert med utgangspunkt i kostnadskriteriene i inntektssystemet. Finansieringen påvirkes ikke av aktivitetsnivå eller hvordan tjenestene utføres. Inntektssystemet for kommunene er blant de viktigste virkemidler for å sikre at velferdstjenestene når alle, uavhengig av hvor i landet de bor. Dette gjelder også rehabiliterings- og habiliteringstjenester.

Gjennom toppfinansieringsordningen for ressurskrevende tjenester kompenseres deler av kommunenes kostnader knyttet til personer med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester. Ut over innslagspunktet på 770 000 kroner per bruker får kommunene i 2007 kompensert for 70 pst. av utgiftene på landsbasis. Statens tilskudd beløp seg i 2007 til i over-

kant av 2 mrd. kroner. Totalt mottok 323 kommuner tilskudd til 4013 brukere. I kommuneproposisjonen for 2008 foreslås en økning av den statlige kompensasjonsgraden i ordningen fra 70 til 85 prosent. Samtidig foreslås det å endre modell for tildeling av tilskudd, slik at den enkelte kommune får kompensert en fast andel av egne utgifter utover innslagspunktet på 770 000 kroner (2007-kroner).

Hovedtyngden av tjenester til personer med psykiske lidelser og rusproblemer finansieres over rammetilskuddet, men det gis øremerkede midler gjennom Opptappingsplanen for psykisk helse og til kommunale rustiltak, hvor kommunene blant annet kan søke om tilskudd for å videreutvikle sitt arbeid med å rehabiliterer personer med rusmiddelproblemer. Det gis også tilskudd til prosjekter gjennom regjeringens handlingsplan mot fattigdom overfor langtidsmottakere av sosialhjelp.

Kommunenes utgifter til fysioterapitjenester består av driftstilskudd til privatpraktiserende fysioterapeuter og lønn til fastlønte fysioterapeuter.

De fleste avtalefysioterapeutene får imidlertid største delen av inntektene sine fra statlige trygderefusjoner etter aktivitetsbaserte takster. Utviklingen viser at statens/folketrygdens andel av den samlede finansiering av fysioterapitjenesten øker år for år. I 2007 finansieres om lag 75 prosent av behandlinger utført av avtalefysioterapeuter gjennom pasientens egenandeler og staten gjennom trygdens refusjonsbestemmelser. En økende andel pasienter har diagnoser som gir rett til dekning av egenandel.

Kommunene får tilskudd fra staten for fastlønte fysioterapeuter. Folketrygden yter refusjon til pasienten som utbetales til privatpraktiserende fysioterapeut dersom denne har driftsavtale med kommunen.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

I følge forskrift om habilitering og rehabilitering skal de regionale helseforetakene sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted i helseregionen tilbys og ytes nødvendig habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i og utenfor institusjon. De har ansvaret for rehabiliteringstiltak for innlagte pasienter, for vurdering av rehabiliteringspotensialet hos henviste pasienter, for å ta initiativ til og delta i utarbeidelse av individuell plan, for veiledning overfor kommunene og opplæring av pasienter og pårørende, for undervisning, forskning, kompetanseoppbygging og utviklingsarbeid.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er tjenester som krever en slik grad av spesialisering at det ikke er hensiktsmessig å legge dem inn under det kommunale ansvaret. Dette kan være tilfeller der bistanden må knyttes nært opp til spesia-

lisert medisinsk behandling, eller der det kreves spesialistkompetanse.

Tjenestene ytes både som døgntilbud, dagtilbud/dagopphold, tværfaglig eller særfaglig polikliniske tjenester, ambulante tjenester og lærings- og mestringstilbud. Døgntilbud gis ved at pasienten er innlagt i sykehus eller i private rehabiliterings- og oppføringsinstitusjoner m.m. Rehabiliteringsdøgnoophold kan enten skje som en del av et akutt eller elektivt opphold i klinisk avdeling eller som et elektivt opphold i spesialiserte rehabiliteringsavdelinger/-institusjoner. Generelt gjelder at svært kompliserte rehabiliteringsproblemstillinger må ivaretas i universitetssykehus eller spesialsykehus. At en problemstilling er komplisert kan skyldes tilstandens alvorlighet, at tilstanden er sjelden eller at problemstillingen er sammensatt. Eksempler på dette er ryggmargsskade og kompliserte multitraumer. Mindre komplisert rehabilitering ivaretas av lokalsykehus med både dag- og døgnoophold, polikliniske og ambulante tjenester og lærings- og mestringssentre.

Det skal tilrettelegges for at alle pasienter raskest mulig kan gjenoppnå best mulig funksjon og mestringsevne. Rehabiliteringstiltak må derfor være en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger.

Rehabiliteringstjenester skal gis ambulant dersom de ikke kan gis mest hensiktsmessig i institusjon. Ambulante tjenester innebærer at ansatte i spesialisthelsetjenesten reiser hjem til pasienten eller møter dennes hjelpeapparat. Gjennom samarbeidet med brukeren, de pårørende og kommunale tjenester før utskrivning, og ved å bistå kommunen med tilrettelegging, råd og veiledning, kan ambulante team bidra til en smidig overgang fra sykehus til kommunalt nivå, til å avdekke behov og til følge opp tiltak. De er dermed sentrale i samhandlingen mellom første- og annenlinjetjenesten, i tjenesteyting og i kompetanseoverføring mellom personell og nivåer. Flere foretak tilbyr i dag ambulante rehabiliterings- og habiliteringstjenester. Det er imidlertid store forskjeller helseregionene i mellom med hensyn til opprettelse av ambulante rehabiliteringsteam og hvordan de arbeider. (SKUR-rapport nr. 1/2005)

I forbindelse med innføringen av lov om spesialisthelsetjenester i 2001 ble sykehusene pålagt å drive opplæring av pasienter og pårørende. Per 10. september 2007 var det etablert 47 lærings- og mestringssentre, og 14 sentre var under planlegging i helseforetakene. Ved mange sykehus gis i tillegg pasientopplæringskurs som ikke er organisert gjennom lærings- og mestringssentre.

Behandlingsreiser til utlandet er et tilbud til pasienter med kronisk, somatisk sykdom. Ordningen omfatter pasienter med revmatiske lidelser, psoriasis og senskader etter poliomyelitt, barn og ungdom

med astma og lungesykdommer, samt barn med atopisk eksem. Behandlingen består av tre til fire ukers opphold i varmt og solrikt klima med fysikalsk behandling og medisinsk faglig oppfølging. Helse Sør-Øst RHF ved Rikshospitalet – Radiumhospitalet HF har daglig administrasjon og faglig ansvar for ordningen. Ved valg av behandlingssteder følges regelverket for offentlig anskaffelser. Ordningen er finansiert gjennom en egen tilskuddsordning i statsbudsjettet.

De regionale helseforetakene har i dag ansvaret for kompetansesentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. De 11 sentrene yter tjenester til personer fordelt på vel 300 ulike diagnoser. Bruker- og livsløpsperspektiv står sentralt ved sentrene. Viktige oppgaver er å samle og spre kompetanse, gi veiledning i enkeltsaker, og flere arrangerer kurs og konferanser for fagfolk og familier.

Barne- og voksenhabiliteringstjenesten

Barnehabiliteringstjenesten skal yte tjenester som krever særskilt kompetanse, og forutsettes å gi råd og veiledning til kommunene, og til foreldre og foresatte. Gjennom samarbeidet med kommunene om tilrettelegging av tiltak for barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom, samt barnehabiliteringstjenestens ansvar for å gi kommunen råd og veiledning, er barnehabiliteringstjenesten spesielt viktig for disse barna og deres foreldre/foresatte.

Barnehabiliteringstjenester tilbys ved flere sykehus i alle helseregioner. Tradisjonelt har barnehabiliteringstjenesten vært nært knyttet til barneavdelinger, og pediaterne har vært viktigste legeressurs. Kompetansesentrene for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger representerer også en viktig ressurs. Samarbeid mellom barnehabiliteringstjenestene, barneavdelingene i sykehus, sentrene for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger, og med kommunale tjenester, må vies stor oppmerksomhet for å skape et sammenhengende tilbud.

Voksenhabiliteringstjenesten har hatt ulik organisatorisk tilknytning. Tjenesten skal samarbeide med øvrige spesialisthelsetjenester og med kommunene, og gi råd og veiledning i forhold til tilrettelegging av tiltak for den enkelte. Samarbeid med barnehabiliteringstjenesten er særlig viktig for å få videreført tiltak som har vært iverksatt i barnehabiliteringstjenesten, og for å sikre en god overgang fra barn til voksen.

Psykisk helse og rus

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å yte spesialiserte helsetjenester, herunder rehabiliteringstjenester, til personer med psykiske lidelser og/eller

rusmiddelproblemer, på lik linje med alle andre brukere, og har i tillegg et veiledningsansvar overfor kommunene.

Tjenestene innen det psykiske helsevern ytes både i sentraliserte sykehusavdelinger og ved distriktpsikiatriske sentre (DPS), og de leveres både i form av opphold, polikliniske tjenester og ambulante tjenester. Opptappingsplanen for psykisk helse definerer DPS som en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevern innenfor et gitt geografisk område. Det følger av de oppgaver som DPS skal ivareta, at senteret må ha bred kompetanse innen utredning, behandling og rehabilitering av personer med psykiske lidelser.

Med rusreformen er alle de tidligere fylkeskommunale rustiltakene overført til staten og blitt en ansvarsmessig integrert del av spesialisthelsetjenesten. Personer med rusmiddelproblemer har dermed fått pasientrettigheter på lik linje med andre pasienter. Behandlingsilbudet for personer med rusmiddelproblemer er etter rusreformen definert som tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk. Med rusreformen er retten til individuell plan lovfestet også i sosialtjenesteloven.

Aktivitet

Det har vært en vekst i antallet rehabiliteringsopphold i sykehus de siste årene. I perioden 2004–2006 var veksten i antall opphold nær 25 pst. (NPR 2006). Det er regionale forskjeller både når det gjelder antall rehabiliteringsopphold og vekst i antall opphold. I perioden 2004–2006 har det også vært en økning i antall pasienter som har fått undersøkelse og utredning i poliklinikk innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Denne økningen har imidlertid ikke vært så stor som økningen i rehabiliteringsopphold.

Finansiering

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. I 2007 finansieres somatisk pasientbehandling med 60 prosent basisbevilgning og 40 prosent aktivitetsbasert bevilgning. Størrelsen på basisbevilgningen bestemmes bl.a. av antall innbyggere i en region og dens alderssammensetning, og er uavhengig av produksjon av helsetjenester. Gjennom innsatsstyrt finansiering (ISF) er bevilgningen til sykehusene avhengig av hvor mange pasienter som får behandling. Finansiering av poliklinikk og poliklinisk laboratorie- og røntgenvirksomhet er aktivitetsbasert gjennom et takstsystem som inntil videre forvaltes av Arbeids- og velferdsetaten.

Innsatsstyrt finansiering og polikliniske refusjoner er finansieringsordninger mellom staten og de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene har et selvstendig ansvar for å benytte disse midlene til å finansiere egne helseforetak og private virksomheter i egen helseregion i samsvar med «sørge for ansvaret». Regionale helseforetak kan med høy frihetsgrad velge modell for fastsettelse av godtgjørelsen av de ulike leverandørene av helsetjenester i egen region.

Til grunn for beregningen av ISF-refusjonen ligger DRG-systemet. DRG (Diagnose Relaterte Grupper) er et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av sykehusenes aktivitet og pasientsammensetning, og danner også grunnlaget for finansiering. Pasienter som grupperes til den samme DRG er tilnærmet like i medisinsk forstand og krever tilnærmet like mye ressurser å behandle.

Det er diagnoser og prosedyrer som representerer den medisinske informasjon. I tillegg er hver DRG tilordnet en kostnadsvekt som uttrykker hva et opphold i en DRG i gjennomsnitt koster i forhold til gjennomsnittet av alle opphold. Hvert sykehusopphold blir gruppert i én DRG. Noen opphold er mindre ressurskrevende enn gjennomsnittet, mens andre opphold er mer ressurskrevende.

Når det gjelder habilitering og rehabilitering, er ISF-refusjonen hovedsakelig rettet mot individuelle rehabiliteringstjenester i forbindelse med opphold i sykehus. For andre rehabiliteringstjenester gjelder hovedsakelig polikliniske takster. Polikliniske takster dekker mer varierende tilbud som vanligvis omfatter læring, mestring, opptrening, diettveiledning og lignende i grupper, samt utredninger og undersøkelser.

Hovedregelen for poliklinisk finansiering er at konsultasjoner må finne sted i poliklinikken. Helsehjelp som ytes utenfor definerte poliklinikker, for eksempel i form av ambulante team, dekkes i hovedsak av rammebevilgningen.

Polikliniske tjenester innenfor aktuelle fagområder som organiseres ambulant skal integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk fra 2008/2009.

Finansieringsansvaret for kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger er i sin helhet overført de regionale helseforetakene fra 2006. For 2007 er finansieringen av virksomheten øremerket for det enkelte senter.

Innleggelse i psykisk helsevern og rustilbudet er i dag rammefinansiert. Poliklinisk behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere delfinansieres gjennom polikliniske takster. I 2005 ble takststrukturen for psykisk helsevern og rus lagt om. Omleggingen har gitt økt fokus på aktivitet og pasientbehandling. Takstene for poliklinisk virksomhet innen psykisk

helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere kan benyttes ved ambulant virksomhet i dag. Samhandling mellom tjenestenivåene gir rett til takstrefusjon. Fra 2007 er det fritak for egenbetaling for oppsøkende behandling overfor personer med rusmiddelproblemer.

Rehabilitering i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner

I tillegg til habilitering og rehabilitering som foregår i kommuner og i helseforetak, ytes slike tjenester i private institusjoner. Dette dreier seg om:

- Private opptreningsinstitusjoner som er godkjent etter tidligere forskrift om opptreningsinstitusjoner.
- Såkalte «spesielle helseinstitusjoner» (helsesportsentre og attføringssentre) som var godkjente som «annen helseinstitusjon».
- Lungesykehus.
- Institusjoner som ikke har vært godkjent etter tidligere forskrift, men som yter tjenester som de regionale helseforetakene kjøper (eks. Cato-senteret i Son).
- Montebello-Senteret (senter for kreftrehabilitering)

Også institusjoner for blinde og svaksynte yter rehabiliteringstjenester, men uten avtale med RHF eller kommuner. Tjenesten er finansiert delvis av trygden, delvis av opplæringsmidler mv. Institusjonene tilbyr rekreasjonsopphold og opplæring, både i form av voksenopplæringskurs og tilpasningskurs, som forutsettes å ha et rehabiliteringsformål.

Bestiller- og finansieringsansvar for tilbudet i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre, attføringssentre og lungesykehus ble fra 1. januar 2006 overført til de regionale helseforetakene. Overføringen skjedde gradvis fra 2003 ved at en økende del av bevilgningen til institusjonene ble overført til de regionale helseforetakene. (Før 2003 ble oppholdsutgifter i opptreningsinstitusjoner dekket av folketrygden etter regler gitt i folketrygdloven § 5-20. I St.prp. nr. 1 (2002-2003) ble det foreslått en overføring av finansieringsansvar og bestilleransvar til de regionale helseforetakene i løpet av en 4-års periode fra 2003. Overføringen skjedde et år raskere enn planlagt, og ble gjennomført i 2006.) Midlene er fordelt til de regionale helseforetakene etter institusjonenes geografiske lokalisering, og er «øremerket» kjøp hos private leverandører. Å vurdere behovet for, og inngå avtaler med private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, er nå en del av de regionale helseforetakenes «sørge for»- ansvar. De regionale helseforetakene inngår avtaler med aktuelle institusjoner om hvilke tjenester som skal ytes, i hvilket

omfang og til hvilken pris. (Ordringen med at pasienter kan benytte plasser i rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner i andre regioner uten at det blir gjenstand for gjestepasientoppgjør mellom regionene ble videreført i 2007) Avtalene inngås etter de regler som gjelder for offentlig anskaffelser. Det er partene ved inngåelse av avtale som bestemmer hvordan oppgjøret skal foretas. Fra 2007 ble det, som følge av en endring i forskrift om offentlige anskaffelser i 2006, gitt større adgang til direktekjøp, ved at det er åpnet for at kjøp av spesialisthelsetjenester fra visse private rehabiliteringsinstitusjoner kan skje uten å kunnngjøre kjøpet etter prosedyrene i forskriften. Anskaffelsene må imidlertid fortsatt skje i samsvar med de grunnleggende prinsippene i anskaffelsesloven og forskriften. Dette gjelder krav om konkurranse så langt det er mulig, at innkjøper skal følge god forretningsskikk, at leverandørene skal likebehandles og at prosessen skal være forutsigbar, gjennomiktig og mulig å etterprøve. Fra 2005 til 2007 har midlene brukt til tjenester fra private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner økt med 14,2 pst.

Ved inngåelse av avtaler med de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene tar de regionale helseforetakene utgangspunkt i hvilke tjenester det er behov for i regionen. De regionale helseforetakene stiller krav til kvalitet, både når det gjelder personellens faglige kvalifikasjoner, og at ytelsen skal utføres i henhold til gjeldende lovgivning og øvrige myndighetskrav. Gjennom avtaler vil det også kunne stilles krav om hensiktsmessig bruk av ressursene, bl.a. faglig innhold i tilbudet og oppholdenes lengde.

En del av de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner har bakgrunn som kurbad, rekreasjonshjem, rekonvalesenshjem mv., men har over tid endret faglig innhold. I 2003, da overføringen av bestiller- og finansieringsansvaret til de regionale helseforetakene ble innledet, var imidlertid tjenestene som ble ytt mange steder ikke å anse som spesialisthelsetjenester, blant annet vurdert ut fra personellens medisinske kompetanse. Fortsatt yter de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene tjenester i hovedsak til pasienter som er selvhjulpne i det daglige, og der nærhet til et bredere medisinsk miljø ikke er avgjørende.

De private institusjonene har i noen grad endret sitt tilbud etter at RHF overtok bestiller- og finansieringsansvaret. Blant annet har enkelte institusjoner ansatt flere personer med helsefaglig utdanning. Mange ser denne kvalitetshevingen av tilbudet som positiv. Samtidig har det blitt stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig at alle institusjoner hever det faglige nivået på sitt tilbud. Dette begrunnes med at ikke alle pasientene som tradisjonelt har fått et tilbud ved disse institusjonene, har behov for et spesialisert tilbud. På et overordnet nivå handler denne diskusjo-

nen om tilbudet ved de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene skal være spesialisthelsetjenester, eller om de også skal yte tjenester innrettet mot kommunehelsetjenesten. I en slik vurdering må det tas hensyn til at antallet eldre øker, at eldre har et større behov for rehabilitering etter sykdom og skade enn andre, og at mange av de private institusjonene ikke har kunnet motta eldre som ikke har vært

selvhjulpne. Slik sett handler denne diskusjonen både om institusjonene skal innrette sitt tilbud som primær- eller spesialisthelsetjenester (og derfor om ansvarsdelingen mellom de to nivåene) og samtidig om hvilke behov som finnes i hvilke pasientgrupper. En tilhørende problemstilling er i hvilken grad det er ønskelig at noen av disse innretter sitt tilbud mot pasientgrupper med spesielle behov.

Tabell 9.1 Nøkkeltall¹ – private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner

		Helse Øst	Helse Sør	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Sum
Antall institusjoner	2005	14 ²	7 ⁴	4	7 ⁷	5 ⁹	37
	2006	14 ³	6 ⁵	5 ⁶	7 ⁸	6 ¹⁰	38
Antall opphold	2005	13 990	6077	3057	5424	4372	32 920
	2006	10 313 ¹¹	5684	3252 ¹²	5161	4015	28 425
Oppholdsdøgn	2005	319 212	147 125	67 995	128 272	107 327	769 931
	2006	229 703 ¹³	136 216	66 730 ¹⁴	118 890	90 019	641 558
Oppholdstid, median 2006 ¹⁵		21	22	21	21	23	21
Alder, median 2006 ¹⁶		64	65	67	67	60	67
Diagnoser 2006 ¹⁷							
- muskel-skjelett	Menn	33,9	50,4	38,8	36	40,9	50,1
	Kvinner	48,6	64,1	54,5	47,3	60,3	
- sirkulasjonssykdommer	Menn	17	20,8	18,6	22	17	11,2
	Kvinner	7,8	7,2	7,3	10,2	7,8	
- skader	Menn	10,4	8,6	9	11,7	12,3	10,9
	Kvinner	11,1	8,3	10,6	12,5	11,9	
Henvisning fra sykehus 2006 ¹⁸	I pst.	48	45	54	60	34	48
Henvisning fra primær-lege	I pst.	47	52	44	39	66	49
Plasser	2005	975	434	190	370	328	2297 ¹⁹
	2006	738	346	210	309	287	1890 ²⁰

¹ Kilder: Norsk pasientregister og informasjon fra regionale helseforetak

² Ekskl: CatoSenteret, Beitostølen Helse- og rehabiliteringssenter og Hernes Institutt

³ Inkl: CatoSenteret, Beitostølen Helse- og rehabiliteringssenter og Hernes Institutt – i tillegg inngikk Helse Øst avtale med Glittekliviken, Conrad Svendsens Senter, MS-senteret i Hakadal, Eiksåsen, Kure epilepsisenter Røysumtunet, PTØ Hamar, Friskvernklinikken, Feiringklinikken

⁴ Inkl. Nordagutu opptreningsssenter, ekskl. Attføringssenteret i Rauland

⁵ Ekskl. Nordagutu opptreningsssenteret (Telemark Rehabiliteringssenter, Nordagutu), inkl. Attføringssenteret i Rauland

⁶ Krokeidesenteret har to avdelinger – Fana og Nærlandsparken

⁷ Inkl. Aure opptreningsssenter

⁸ Ekskl. Aure opptreningsssenter

⁹ Ekskl. Valnesfjord helsesportssenter

¹⁰ Inkl. Valnesfjord helsesportssenter

¹¹ Ekskl. NIMI

¹² Ekskl. Krokeidesenteret

¹³ Ekskl. NIMI

¹⁴ Ekskl. Krokeidesenteret

¹⁵ For 2005 er det ikke beregnet median oppholdstid fordelt på helseregion. Median oppholdstid for landet var 21 også i 2005.

¹⁶ For 2005 er det ikke beregnet median alder fordelt på helseregion. Median alder for 2005 total er 68.

¹⁷ Det er ikke gjort tilsvarende beregninger fordelt på helseregion og kjønn for 2005. I 2005 hadde 50 pst. sykdommer i muskel- og skjelettsystemet, 11 pst. sirkulasjonssykdommer og 10 pst. skader.

¹⁸ For 2005 var 47 pst. henvisning fra sykehus inkl. poliklinikk og 51 pst. fra primærlege. Ser en henvisning til ulike institusjonstyper var 77 pst. av henvisningene til arbeidsrettet rehabilitering og 70 pst. til helsesportssentre fra primærlege. Til opptreningsinstitusjoner var 49 pst. fra primærlege.

¹⁹ Catosenteret er ikke inkludert. Aure opptreningsssenter og Nordagutu opptreningsssenter er inkludert.

²⁰ Aure opptreningsssenter og Nordagutu opptreningsssenter er ikke inkludert.

I 2007 var det 1 834 plasser i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, helsesportsentre og attføringsinstitusjoner. Dette er en nedgang på 434 plasser fra 2005. I 2005 var plasstallet tilsvarende antallet godkjente plasser, dvs. antall plasser i den enkelte institusjon som var godkjent etter forskrift om opptreningsinstitusjoner, og plasser som de spesielle helseinstitusjonene var godkjent for. Beleggsprosenten var varierende, både mellom institusjoner og fra det enkelte år til det neste. Belegget i de ulike institusjoner kunne variere mellom om lag 60 prosent og 100 prosent. I 2007 er plasstall beregnet ut fra avtaler om opphold. Det er ikke oppgitt hvilket belegg som er lagt til grunn for beregning av plasstall. I flere regionale helseforetak er det i hovedsak beregnet 100 prosent belegg. Dette innebærer at tallene for 2007 ikke nødvendigvis er sammenlignbare med tallene for 2005, og at forskjellen mellom plasser i faktisk bruk i 2007 og plasser i faktisk bruk i 2005 er mindre enn de 434 som nevnt over.

Som tabellen viser, er det i dag en geografisk skjevfordeling, både i antallet rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, og i bruken av tjenestene. Dette har langt på vei en historisk forklaring.

9.5 Mål for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene

Det overordnede målet for rehabilitering er nedfelt i Soria Moria-erklæringen der det heter at regjeringen vil sikre rehabilitering til alle som trenger det. Tjenesten må ha en kapasitet som står i forhold til behovene som skal dekkes og kapasiteten må brukes på en måte som gjør at tjenestene når ut til brukerne i samsvar med helsepolitikkenes likeverdighetsmålsetting. Målet må inkludere alle de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan, dvs. helhet og samhandling, demokrati og legitimitet, nærhet og trygghet, sterkere brukerrolle, faglighet og kvalitet og arbeid og helse. Bærebjelkene er fundamentert også for Sosial- og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten som sier at tjenester av god kvalitet er kjennetegnet av at de:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne av tjenestene
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

I oppfølgingen av rehabiliteringsstrategien legges det vekt på en skjerpet politisk styring av arbeidet, i kombinasjon med sterkere tilrettelegging fra

departementet for medvirkning fra brukernes organisasjoner.

De fleste av tiltakene som nå skal gjennomføres må særskilt rettes inn mot rehabiliteringstjenestene. Samtidig er det viktig at ikke rehabilitering utvikler seg til et særomsorgsområde og som en følge av dette ikke får sine interesser ivaretatt gjennom de mange generelle strategiene og tiltakene som iverksettes på helseområdet. Nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre for rehabiliteringsområdet for dårlig ivaretatt. Rehabilitering har for svak posisjon i forskning og utdanning, mv. I Nasjonal helseplan er det identifisert en rekke gjennomgående strategier og tiltak som skal prege utviklingen av helsetjenesten i de kommende årene. Det må spilles på lag med dette generelle utviklingsarbeidet, slik at rehabilitering får den riktige prioriteringen. Med dette som bakgrunn er det valgt å ha følgende struktur for tiltakene i rehabiliteringsstrategien:

- At det med utgangspunkt i Nasjonal helseplan vises hvordan rehabiliteringstiltak inngår og nå styrkes i oppfølgingen av helseplanen.
- I dialogen med brukerorganisasjonene er viktigheten av samarbeid med andre departementer og samfunnssektorer sterkt understreket.
- Gjennomgang av særskilte tiltak.

9.6 Tiltak

Tiltak forankret i oppfølgingen av Nasjonal helseplan

Fram til i dag har andre fag- og tjenesteområder fått større oppmerksomhet enn rehabiliteringsfeltet. I det kommende strategiarbeidet skal denne situasjonen endres. Ved å plassere utviklingen av rehabilitering innenfor Nasjonal helseplan kan man unngå at rehabilitering får karakter av et særomsråde, med de negative effekter som dette gir, blant annet at det er vanskelig å opprettholde tjenestefeltets rettmessige prioriteringsmessige plass over tid. Det er derfor lagt vekt på å kombinere at tiltakene i rehabiliteringsstrategien både får særskilt styringsmessig oppmerksomhet, og at de blir integrert i samlede utviklingsarbeidet som skjer med utgangspunkt i Nasjonal helseplan. Tiltakene er derfor plassert innenfor de seks bærebjelkene i Nasjonal helseplan. I tillegg presenteres supplerende tiltak som anses nødvendig for å nå målene i rehabiliteringsstrategien.

Helhet og samhandling

Fordi en individuell habiliterings- eller rehabiliteringsprosess ofte består av mange vekslinger fra

innad i kommunene og i spesialisthelsetjenesten, mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og mellom disse og andre samarbeidende etater, er god samhandling spesielt viktig innenfor habilitering og rehabilitering. Gode vekslinger gjennom god samhandling og koordinering er nøkkelen til et helhetlig tjenestetilbud for den enkelte bruker. Samhandling på systemnivå skal understøtte samhandling på individnivå, slik at habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til den enkelte bruker fremstår som meningsfylt, planmessig og helhetlig.

Samhandlingsverktøy i helse- og omsorgstjenesten

Forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering legger til grunn at helsetjenesten ved behov skal samarbeide med sosialtjenesten og andre tjenesteytende etater som bl.a. NAV, skole/utdanningssektoren og barnehage- og barnevernssektoren, kultur og teknisk sektor. Forskriften bygger på de generelle prinsippene om fordeling av ansvar mellom tjenestenivåene. Det vil likevel ofte kunne finnes en gråsoner mellom kommunens ansvar for å yte re/habiliteringstjenester og spesialisthelsetjenesten ansvar som tjenestenivåene må avklare seg imellom. Små og store kommuner har ulikt utgangspunkt og forskjellige innretninger for samhandling. Noen ganger vil interkommunalt samarbeid være en god løsning for å kunne yte gode, helhetlige tjenester.

Forskriften presiserer krav om koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Koordinerende enhet skal være et «sted å henvende seg til», et kontaktpunkt for eksterne og interne samarbeidspartnere, og en pådriver for kartlegging, planlegging og utvikling av rehabiliteringsvirksomheten generelt. Koordineringsfunksjonen skal være tydelig plassert og lett tilgjengelig både for tjenestemottakerne og for samarbeidspartnere. I mange tilfeller vil det være naturlig at koordinerende enhet i kommunene har et overordnet ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer.

Individuell plan

Individuell plan skal bidra til at en tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte tjenester får et helhetlig koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud som tar utgangspunkt i brukerens behov. Tjenesteyterne skal se behovet hos den enkelte bruker og fremme tilbud om en slik plan. Individuell plan skal være brukerens egen plan, og i tillegg fungere som en sektorovergri-

pende og koordinerende plan på tvers av tjenester, etater og forvaltningsnivå der flere aktører samarbeider om å yte bistand.

Formålet med individuell plan er bl.a. å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølging av tjenestemottakeren. Denne personen, som vil være en sentral person for tjenestemottaker, blir gjerne kalt koordinator i praksisfeltet, men omtales i forskriften som «tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølging av tjenestemottaker» og i veilederen om individuell plan som «ansvarlig tjenesteyter».

Forskrift om individuell plan er hjemlet i helse- og sosiallovgivningen og plikten til å utarbeide slik plan gjelder bare for helse- og sosialtjenesten. Ordningen med individuell plan er frivillig og brukeren skal samtykke i at det utarbeides en slik plan. Forskriften har tydelige føringer om samarbeid dersom tjenestemottaker har behov for tjenester fra andre tjenesteytere og etater. Aktuelle instanser bør alltid trekkes inn i samarbeidet om en felles overordnet plan når brukeren har behov for tjenester fra samarbeidende instanser utenfor helse- og sosialsektoren for å nå mål for sin egen rehabiliteringsprosess.

Andre verktøy for helhet og samhandling

Det er i helsetjenesten også tatt i bruk andre verktøy for å bedre helhet og samhandling. Dette gjelder blant annet lokale avtaler mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og praksiskonsulentordningen. Et annet viktig tiltak er at partene i fellesskap, på tvers av nivåene, utarbeider lokalt tilpassede behandlingsskjeder og prosedyrer. Dette bidrar til tydelige og velavklarte ansvarsforhold og legger til rette for etablering av forpliktende nettverk. Slike nettverk kan inkludere avtaler om gjensidig hospitering og felles kompetansetiltak, gi råd og veiledning overfor medlemmer i nettverket og eventuelt for fremme forslag om riktig oppgave- og funksjonsfordeling innenfor nettverket. Dette perspektivet er vektlagt i rapporten «Utvikling av rehabiliteringstjenesten i Helse Øst (URT), Helse Øst 2006.

Utfordringer når det gjelder helhet og samhandling

Utfordringene er særlig store i livsfaseoverganger, som overgangen fra barn til ungdom og fra ungdom til unge voksne. Brukerorganisasjonen peker på at mange av tiltakene som nå er etablert for å styrke samhandling, er riktige, men at tjenestene ikke bruker disse på en god nok måte. Brukernes oppfatning stadfestes av Statens helsetilsyn. I et tilsyn Helsetilsynet utførte i 2005 med 60 kommuner

om hvordan personer med behov for sammensatte og langvarige tjenester ble sikret et helhetlig og koordinert tjenestetilbud, fant tilsynet at 46 av de 60 kommunene manglet strukturer og prosesser for å sikre dette. Tilsynet viste at arbeidet med individuell plan er i gang i mange kommuner, men det mangler en overordnet styring med arbeidet. Tilsynet viste også at det i mange kommuner er uklart hvor i organisasjonen ansvaret for denne funksjonen er lagt, og at medarbeiderne ikke har kjennskap til hvor den er plassert i egen organisasjon eller hvilket ansvar en slik koordineringsfunksjon har.

Brukerorganisasjonene påpeker betydningen av at tjenestene må bli bedre til å identifisere koordinatorene som kan fylle en rolle som brukernes kontaktpunkt i det samlede tjenestesystemet. Brukerne ønsker seg ikke bare bedre koordinerte systemer, men en koordinator i form av et menneske, som har brukerens tillit, som til enhver tid kjenner brukerens situasjon, og som samtidig kjenner «systemet», og som derfor på en samlet måte kan koordinere de ulike tjenestene brukeren har behov for. En koordinator vil imidlertid måtte forholde seg både til systemet og brukeren, og vil måtte være lojal overfor begge. Etter gjeldende forskrift om individuell plan skal planen angi hvem som gis ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen.

Helse- og omsorgsdepartementet ser det som særlig viktig at individuell plan som verktøy for koordinering, samhandling og informasjon får økt fokus i tjenestene.

Et annet budskap fra brukere og deres pårørende er at det i mange situasjoner er avgjørende at pårørende får nødvendig informasjon, opplæring og veiledning, slik at de kan føle seg trygge i forhold til tiltak som iverksettes og gi sin støtte.

Tiltak for mer helhet og bedre samhandling

– Nasjonal rammeavtale for samhandling på helse- og omsorgsområdet ble undertegnet i juni 2007. Målet for rammeavtalen er bl.a. å sikre brukere et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. I rammeavtalen er det fremhevet at ett av områdene hvor det er behov for samhandling, er habilitering og rehabilitering, herunder kravene til koordinering i forskrift om habilitering og rehabilitering. Rammeavtalen skal understøtte inngåelse av lokale samhandlingsavtaler. I veiledning til rammeavtalen understrekes viktigheten av at lokale avtaler forankres i Kommunestyret og styrende organer i helseforetaket. For å sikre god oppfølging av den nasjonale rammeavtalen er det etablert sys-

temer for oppfølging. Bruker- og pasientorganisasjoner vil trekkes inn i dette arbeidet på en systematisk måte. Med utgangspunkt i dialogen som denne avtalen legger opp til, vil det bli gjennomført dialog mellom stat og KS (kommune) og legenes organisasjoner om hvordan fastlegene kan trekkes bedre inn rehabiliteringstil-tak.

- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering ble etablert i våren 2007. Rådet har som formål å bidra til mer helhetlig tilnærming til problemstillinger om kvalitet og prioritering i helsetjenesten. Nettopp fordi rehabilitering er så sterkt preget av samhandlingsutfordringer, bør rådet kunne gjøres til et nyttig redskap for å oppnå bedre koordinering på dette området.
- Styrke bruk av IKT mellom kommuner, spesialisthelsetjenesten og arbeids- og velferdsetaten, blant annet gjennom arbeid for at kommunene skal få en sterkere rolle i arbeidet med Norsk helsenett. Rehabiliteringsaktørene må gjøre bruk av mer koordinerte IKT-systemer.
- For å legge til rette for bedre samhandling mellom helse- og omsorgssektoren og andre samskapssektorer vil det på organisasjonsplan bli etablert faste kontaktordninger. Disse vil bli etablert på tre nivåer: mellom departementene, mellom direktoratene på berørte områder og lokalt.
- Det vil i regi av Sosial og helsedirektoratet bli foretatt en samlet gjennomgang av det juridiske regelverket på rehabiliteringsområdet i helse- og omsorgstjenesten. Det vil blant annet bli vurdert hvordan mange brukeres ønske om en koordinator følges opp.
- Både Bernt-utvalget og Wisløff-utvalget har foreslått nye regler om individuell plan, jf. NOU 2004: 18 og NOU 2005:3. Departementet er i gang med å vurdere forslagene på bakgrunn av uttalelsene fra høringsinstansene.
- Det skal utvikles større bevissthet om pårørendes rolle. Respekt for brukernes integritet og en god pårørenderolle må ikke være slik at pårørende overtar koordineringssoppgaver som er en del av det offentlige ansvaret.
- Det skal fra 2008 skje en skjerping av fylkesmannens oppfølging av kravene til koordinerende enheter i kommunene, samt oppfølging av individuell plan i samsvar med lovkrav og intensjoner. I embetsoppdraget for 2007 har Fylkesmennene fått i oppdrag å gi råd og veiledning og å følge med i kommunenes arbeid med å implementere forskrift om individuell plan, samt å kartlegge om alle kommuner har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og har oppdaterte adresselister

over eksisterende enheter. Fylkesmennene skal bistå kommunene med å etablere prosedyrer som sørger for at de som har rett til individuell plan, får det.

- De regionale helseforetakene er i oppdragsdokumentet for 2007 pålagt å rapportere på koordinerende enheter og på variabelen «Pasienter tildelt individuell plan». En viktig oppgave for koordinerende enhet kan være å peke ut en kontaktperson for den enkelte bruker.
- Regjeringen vil oppnevne et offentlig utvalg for gjennomgang av forvaltning, organisering og finansiering på hjelpemiddelområdet. Mandatet for utvalget vil også omfatte stønadsordningen til hjelpemidler til trening/stimulering og aktivisering til brukere med aldersgrense 26 år.
- Etablere opplæringstilbud til brukere om individuell plan, herunder opplæring i selvhjelp og brukermedvirkning. Et eksempel på et slikt opplæringstilbud er det e-læringstilbud for brukere som i dag finnes i regi av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, på www.mestring.no.

Demokrati og legitimitet

En viktig betingelse for både legitimitet og tillit er åpenhet. For helse- og omsorgstjenesten innebærer dette et behov for åpenhet, ikke bare i form av dialog i beslutningsprosesser, men også omkring tjenestenes resultater. Åpenhet er nødvendig for å legge grunnlaget for felles forståelse av status og utfordringer.

Utfordringer når det gjelder demokrati og legitimitet

Det er i prosessen med utarbeiding av strategien blitt tydelig at det i dag eksisterer ulike oppfatninger om en rekke aspekter ved habilitering og rehabilitering. Det er ikke tilstrekkelig tillit til at alle som har behov for habilitering og rehabilitering, får et tilbud som møter deres behov.

Innenfor habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet, der brukerens mål og perspektiv er spesielt viktige, er kulturelle verdier og perspektiver vesentlige for å sikre både legitimitet og kvalitet.

Helselovene sikrer den samiske befolkning rett til nødvendig helsehjelp, også med hensyn til kommunikasjon med brukerne. I tillegg har den samiske befolkningen i forvaltningsområde for samisk språk en absolutt rett, i henhold til samelovens språkregler, å få tjenester på sitt eget språk. Samisk språk- og kulturkompetanse er imidlertid fortsatt ikke tilfredsstillende ivaretatt på rehabiliteringsfeltet i kommuner og i spesialisthelsetjeneste med samisk befolkning. Samene i forvaltningsområ-

det skal kunne kommunisere på samisk, primært ved at helse- og omsorgspersonell selv kjenner språket. Videre bør de møtes av personell som har kunnskap til pasientens verdier og holdninger, religiøs tilknytning og skikk og bruk i pasientens nærmiljø.

Norge er i dag et flerkulturelt samfunn. Det kan stilles spørsmål ved om helse- og omsorgstjenesten i tilstrekkelig grad reflekterer dette, og ivaretar minoritetsgruppers perspektiver og tjenestebehov i tilstrekkelig grad.

Det er nødvendig innenfor habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet å etablere supplerende kontakter med organisasjoner som er bærere av minoritetsgruppers perspektiver. Ett eksempel på en slik organisasjon er Helseforum for kvinner. Dette er en frivillig organisasjon som tilbyr lavterskel helsefremmende tilbud spesielt rettet mot innvandrerkvinner.

Tiltak for å styrke demokrati og legitimitet

- Mer åpenhet om feil gjennom etablering av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet. Det skal påses at denne enheten har det tilstrekkelige fokus på rehabilitering.
- I Nasjonal helseplan er det sagt at det skal legges større vekt på å bruke kvalitetsindikatorer som fanger opp samhandling og helhetlige behandlingsskjeder. Det skal påses at det i dette perspektivet blir arbeidet med indikatorer for rehabiliteringsområdet.
- Departementet vil etablere kontakt med organisasjoner med perspektiver og interesser som ikke i tilstrekkelig grad ivaretas av eksisterende brukerorganisasjoner. Dette gjelder blant annet innvandrersorganisasjoner.

Nærhet og trygghet

Viktig for nærhet og trygghet er en god og likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester for befolkningen. Forutsetning for likeverdig tilgjengelighet er blant annet en desentralisert helsetjeneste. Det er i Nasjonal helseplan slått fast at helsetjenesten fortsatt skal organiseres etter LEON-prinsippet (Lavest Effektive Omsorgsnivå), samt at planen bygger på Regjeringens program om at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Utfordringer i forhold til nærhet og trygghet – tilgjengelighet og rettferdig fordeling

Forutsetningen for å sikre en likeverdig tilgjengelighet er at både kommuner og spesialisthelsetjeneste har oversikt over behovet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester og planlegger og

dimensjonerer sine tjenester i samsvar med dette. Når det gjelder kommunale planer for habilitering og rehabilitering, er det godt dokumentert at tverrsektoriell forankring og myndighet styrkes ved at mandat for oppstart og godkjenning av planene forankres på høyt nivå. Det er derfor uheldig at mange kommuner ikke har etablert planer og system som sikrer at rehabilitering blir ivare tatt innenfor de ulike tjenesteområdene og i samarbeid mellom disse.

Det er underkapasitet i forhold til slagenheter og integrert rehabilitering av eldre pasienter. Vitenskapelige artikler viser at kun 60 pst. av slagpasientene i dag får tilbud om behandling i slagenhet. Det er videre anslått at 30 pst. av alle pasienter på 75 år og over, akuttinnlagt i medisinske avdelinger, ville hatt behov for geriatrisk intervensjon og rehabilitering, mens det kun er 18 pst. som får dette tilbudet. Kirurgisk/ortopediske pasienter har ofte samme behov.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn i 2006, som omfattet både kommune- og spesialisthelsetjenesten, viste at tjenestene mange steder fungerte godt, men avdekket samtidig manglende likeverdighet i tilbudet som følge av variasjon i tilgjengelig fagkompetanse.

Utviklingen de siste tiårene, herunder den generelle nedbyggingen av institusjoner og særomsorg, samt reduksjon i liggetid i sykehus, har endret kommunenes ansvar. Parallelt har kommunale tjenester blitt styrket. Ut fra en faglig vurdering ønsker de regionale helseforetakene å korte ned sykehusoppholdene ytterligere, og legge mer vekt på dagbehandling og ambulante og polikliniske tjenester. Stigende flere brukere vil da ha behov for tjenester fra begge nivåer samtidig. Dette vil øke samhandlingsbehovet nivåene imellom.

Det er regionale forskjeller i bruk av private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner, og en skjevfordeling når det gjelder de øremerkede midlene til dette. Forskjellene innebærer ikke nødvendigvis at tilgjengelighet til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten samlet sett er skjev. Brukere med likeartede behov får noen steder tjenester i sykehus, mens de andre steder får tjenester i private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner eller i kommunen. Ett tiltak for å øke graden av likeverdighet og rettferdig fordeling av tjenester og bidra til bedre oversikt over behov og tilbud, kan være etablering av et nasjonalt nettsted for informasjon om rehabiliteringstilbudet.

En spesiell utfordring knyttet til tilbudet til unge med nedsatt funksjonsevne, er at enkelte av disse bor i institusjoner beregnet på eldre. Ingen ung person med nedsatt funksjonsevne skal mot

sin vilje bo i institusjon beregnet på eldre. Tall fra Statistisk sentralbyrå for 2005 viser imidlertid at 178 beboere under 50 år er innskrevet for langtidsopphold i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Av disse var 130 beboere i alders- og sykehjem. Dette er et lavere antall enn tidligere år. Reviderte tall for 2006 viser en ytterligere nedgang. Foreløpige tall for 2006, offentliggjort 15. juni, viser 114 beboere under 50 år i alders- og sykehjem, hvorav 7 med ønske om annet botilbud, men uten utflyttingsplan.

Fylkesmennene skal i 2007, som i 2005 og 2006, følge opp kommuner som har unge personer under 50 år bosatt i alders- eller sykehjem. En kontaktgruppe med representanter fra brukerorganisasjonene, KS, Sosial- og helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet skal følge utviklingen på området og komme med forslag til tiltak.

Lokalsykehusenes rolle i rehabilitering

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker å tydeliggjøre lokalsykehusenes rolle også når det gjelder rehabilitering. I de siste årenes styringsdokumenter er de regionale helseforetakene pålagt å utarbeide helhetlige strategier for lokalsykehusene i egen helseregionen. I tillegg nedsatte departementet i 2006 en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å tydeliggjøre lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede. I arbeidsgruppas rapport, avgitt i mars 2007, gis en kort omtale av gruppas syn på lokalsykehusenes rolle ut over akutfunksjonene.

Arbeidsgruppa påpeker at lokalsykehusenes fortrinn er nærhet, breddekompetanse og lokalkunnskap. Gruppa mener lokalsykehusene bør drive rehabilitering i bred forstand, herunder rehabilitering etter hjerteinfarkt og hjerneslag, ved gangvansker hos eldre etter brudd og etter andre skader og ved annen funksjonssvikt. Videre mener den at lokalsykehusene bør tilby opplæring av pasienter og pårørende, blant annet pasienter med lungesykdommer, hjertesvikt og diabetes, ved egne lærings- og mestringssentre. Lokalsykehusarbeidsgruppa understreker at behandling, rehabilitering og opplæring i lokalsykehus må dimensjoneres og planlegges i nært samarbeid med kommunene i nedslagsfeltet, slik at lokalsykehusene blir en samarbeidspartner for, og ikke en konkurrent til, kommunehelsetjenesten. Lokalsykehus skal, i all hovedsak, tilby tjenester som ikke kan gis i primærhelsetjenesten, og yte veiledning overfor denne.

Lokalsykehusrapporten viser at 50-70 pst. av alle som har behov for akuttinnleggelse kan ferdigbehandles på lokalsykehus. Flertallet av pasientene har behov for rehabilitering. Behovet for nærhet til

hjemmet, samt behovet for samtidig medisinsk behandling taler for at rehabiliteringstjenestene bør gis i lokalsykehuset. Videre tilsier en utvikling i retning av mer bruk av dagopphold, tverrfaglige polikliniske tilbud og ambulante tjenester at lokalsykehusene bør ha en sentral rolle. Dette fordi slike tilbud forutsetter at tjenestene befinner seg nærmere pasienten enn ved døgntilbud.

For eldre mennesker som ikke er selvhjulpne, er det ofte spørsmål om opptreningen/rehabiliteringen skal finne sted i lokalsykehuset eller i kommunene. Dersom rehabiliteringen skal skje i kommunene, krever dette en utadrettet spesialisthelsetjeneste som bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder sammen med de kommunale tjenestene. God tilgang på ambulante geriatri/rehabiliteringstjenester forutsetter oppbygging av dette tilbudet som en del av lokalsykehusfunksjonen.

Trygge og sikre tjenester

Innenfor habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet skyldes trolig feil og uønskede hendelser, i større grad enn for andre typer helse- og omsorgstjenester, svikt i samordning og koordinering mellom helsepersonell, avdelinger og nivåer. Viktige betingelser for trygge og sikre tjenester er et uavhengig tilsyn med at tjenestene drives på en forsvarlig måte, samt at tjenestene lærer av sine feil. Det siste krever åpenhet om at feil og uønskede hendelser skjer, og at slike hendelser blir meldt og brukt i kvalitetsforbedringsarbeidet.

Et viktig tiltak for å unngå feil og uønskede hendelser er etablering av internkontroll. God internkontroll sikrer i hovedsak trygge tjenester innenfor den enkelte enhet. Internkontrollsystemer må derfor suppleres med andre tiltak for å oppnå trygge pasientforløp. Tydelige og lokalt tilpassede behandlingsskjeder på tvers av nivåer og institusjonsgrenser, som avklarer ansvar og roller, gir trygghet både for brukere og tjenesteytere. Sosial- og helsedirektoratet har en sentral rolle på dette feltet som følge av sitt ansvar for at lovverk følges opp, og for råd og veiledning overfor tjenesten.

Ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi gir mulighet for betydelige forbedringer på sikkerhetsområdet. Innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må brukerne inngå som et sentralt ledd i informasjonsnettverket. Trygghet og sikkerhet for brukerne forutsetter imidlertid ikke bare god informasjonsflyt, men også at personvernet blir ivaretatt. Det er en utfordring å oppnå disse to målene samtidig, særlig innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, der mange aktører er involvert.

Tiltak for å oppnå nærhet og trygghet

- Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering skal bidra til en mer likeverdig fordeling av helsetjenester ved å sikre mer lik prioritering på tvers av helseregioner og nivåer i helsetjenesten, samt ved å bidra til mer likeverdig fordeling på tvers av fagområder.
- Samarbeidsprosjektet «Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten» mellom de regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet skal bidra til at habiliterings- og rehabiliteringstjenester blir riktigere prioritert. Høsten 2007 startes arbeidet med en veileder for fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Sosial- og helsedirektoratet skal, som departementets faglige rådgiver, gi råd om hvordan helsetjenesten bør organiseres for å sikre at effektive tjenester gjøres likeverdig tilgjengelige for befolkningen. Dette vil i første omgang kunne gjelde slagbehandling og integrert rehabilitering av eldre med flere lidelser og kronisk funksjonssvikt.
- Regjeringens tiltak for å styrke omsorgstjenesten oppsummeres i Omsorgsplan 2015. Planen vil være grunnlaget for de statlige satsingene i de kommunale omsorgstjenestene i årene framover.
- Departementet har i rundskriv I-5/2007 presisert det kommunale ansvaret for å organisere og dimensjonere tjenestene etter sosialtjenesteloven § 4-2, slik at tjenestemottakeren sikres et aktivt liv slik sosialtjenestelovens formålsbestemmelse forutsetter.
- Ta initiativ til at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etablerer et prosjekt for å avdekke risikofaktorer for uønskede hendelser innenfor habiliterings- og rehabiliteringstjenestene, samt utarbeider anvendbar læringsinformasjon til brukere, helsepersonell og myndigheter om tiltak som kan bedre pasientsikkerheten.
- Etablering av et nasjonalt nettsted for informasjon om rehabiliteringstilbudet utredes.

Det vises også til tiltak under «Ressurser og finansiering» senere i kapitlet.

Sterkere brukerrolle

Brukermedvirkning er brukeres innflytelse på utformingen både av tjenestene til den enkelte og av tjenestetilbudet på systemnivå. Brukermedvirkning er et virkemiddel for å øke kvaliteten i tjenestene, og er en rett som følger av pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven. Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommuner og helseforetak

å sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Brukeren selv bestemmer over egen deltakelse. Brukernes mål skal være ledende i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet. Brukerens innflytelse over egen situasjon er en forutsetning for at re-/habilitering skal kunne gjennomføres. De øvrige aktørene skal bistå og assistere brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse.

Samarbeid med brukere på systemnivå er ivarettatt gjennom brukerråd/brukerutvalg i de regionale helseforetakene. Rådene er opprettet som arenaer for dialog, med mål om å utvikle innholdet og kvaliteten i tjenestene og å videreutvikle en tjeneste tilpasset brukernes behov, basert på et samspill mellom fagpersonell og brukere.

Kommunene og fylkeskommunene er pålagt å ha råd eller annen representasjonsordning for mennesker med nedsatt funksjonsevne for å sikre bred og tilgjengelig medvirkning i saker som særlig angår målgruppen. I hver kommune og fylkeskommune skal det være et eldreråd som skal få til behandling saker som gjeldet eldres levekår.

Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) er også pålagt å legge til rette for brukermedvirkning på systemnivå.

Brukernes organisasjoner utgjør en stor ressurs og er sentrale samarbeidspartnere og bidragsytere for den offentlige helse- og sosialtjenesten. Brukerorganisasjonene har bred kunnskap om det å leve med en funksjonsnedsettelse. Mange organisasjoner tilbyr pasienter og pårørende kurs, likemannsarbeid, besøkstjeneste og fritids- og rekreasjonstilbud. Enkelte organisasjoner eier og driver også egne rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner.

Likemannsarbeid er frivillig ulønnet omsorgsarbeid, der en person (som ofte har gjennomgått likemannsopplæring i en brukerorganisasjon) yter hjelp til selvhjelp til mennesker som er i samme situasjon som dem selv. Arbeidet kan foregå mellom enkeltpersoner og i grupper og inkluderer både brukere og deres pårørende. Målet med likemannsarbeidet er hjelp, støtte og veiledning brukere imellom, ved å utveksle erfaringer som gir deltakerne økt kunnskap om en sykdom, mestring samt økt trygghet og selvinnsikt. Utgangspunktet for arbeidet er troen på at den som har skoen på, best vet hvor skoen trykker. Erfarne brukere kan formidle en annen type kunnskap enn fagpersonell, basert på egne erfaringer, som er verdifull for de mindre erfarne brukerne og deres pårørende. Arbeidet har betydning både for de erfarne og de uerfarne brukerne. Gjennom likemannsarbeidet får de erfarne brukerne brukt egne kunnskaper og

erfaringer til å hjelpe andre, og det etableres sosiale fellesskap og nettverk. Arbeidet som likemann oppleves derfor ofte som nyttig og meningsfylt av dem som engasjerer seg i dette. I tråd med målet for rehabilitering oppnås meningsfull deltakelse sosialt og i samfunnet.

Likemannsarbeidet har tett relasjon til lærings- og mestringssentrene, både ideologisk og praktisk. Lærings- og mestringssentrene er møteplasser der målet er økt kunnskap og bedre mestring, og der brukerkunnskap og brukererfaringer er sidestilt med fagkunnskap. For personer med kronisk sykdom eller funksjonshemming er god opplæring om mestring av sykdom og nedsatt funksjonsevne ofte like viktig som medisinsk behandling, og ofte er det viktig å inkludere nære pårørende i denne opplæringen. Lærings- og mestringssentrene er en av arenaene der likemann deltar og formidler sin kunnskap og sine erfaringer. Erfaringer fra lærings- og mestringssentervirksomhet i kommune viser at inkludering av organisasjonenes likemannsarbeid er svært viktig. Samarbeid med for eksempel NAV lar seg også gjennomføre gjennom dette likemannsarbeidet på lærings- og mestringssentrene. Gjensidig informasjon om tiltak og tilbud og opplæring når bedre ut når man systematisk involverer brukerorganisasjonenes likemannsvirksomhet.

Fra 1993 har det vært en tilskuddsordning til likemannsarbeid. Bevilgningen forvaltes av Sosial- og helsedirektoratet over budsjettet til Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Tilskuddet skal støtte opp under organisasjonenes arbeid med å utvikle gode servicetilbud til medlemmene, og omfatter blant annet besøkstjeneste, selvhjelpsgrupper, støttegrupper under yrkesmessig attføring og jobbsøkeklubber. I 2007 var tilskudd til likemannsarbeid på 24,3 mill. kroner.

Fordi likemannsarbeidet har verdi for mange, og man med begrensede ressurser kan oppnå betydelige effekter, er likemannsarbeid et viktig supplement til offentlig og privat profesjonell omsorg.

Utfordringer

I de senere år har forståelsen økt for at et godt samarbeid mellom brukerne og helsevesenet er viktig. «Empowerment» er et begrep som brukes om dette. Brukerrollen har blitt styrket, både gjennom generelle tiltak og mer spesifikke tiltak på rehabiliteringsfeltet. Tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene viser imidlertid at disse opplever at det ennå er et stykke igjen før den forutsatte rollen for brukerne og deres organisasjoner er gjennomgående etablert. Dette støttes av Norges forskningsråds evaluering av sykehusreformen. I

denne kom de regionale helseforetakene best ut når det gjelder å involvere brukerne i foretakenes beslutningsprosesser. Flere lokale helseforetak hadde imidlertid ikke gjennomført nødvendige tiltak for å sikre brukerutvalgene innflytelse på helsetjenestens virksomhet. Rapporten viste samtidig at brukerutvalgenes innflytelse har vært sterkest på områder som har bidratt til å styrke vekten på tjenester til mennesker med kroniske og sammensatte tilstander.

Tiltak for å videreutvikle brukerrollen på rehabiliteringsområdet:

- Brukerorganisasjonene skal trekkes systematisk inn i oppfølgingen av strategien og gis bred representasjon i det oppfølgingsorgan som etableres.
- Det skal være halvårslige oppfølgingsmøter for den nasjonale rammeavtale om samhandling i helse- og omsorgssektoren med sikte på at aktørene i fellesskap kartlegger situasjon og utvikling, og skisserer hva som videre bør være prioriterte utviklingstiltak. Tilbakemeldinger fra brukerorganisasjonene skal være et sentralt tiltak i disse møtene.
- Bruken av lærings- og mestringssentre vil bli utviklet videre med tanke på å styrke dem i rehabiliteringssammenheng. Det skal tilstrebes å vinne erfaring med nye former for lærings- og mestringssentre. Erfaringer fra lærings- og mestringssentrenes arbeid skal benyttes både i det departementsforankrede oppfølgingsarbeidet og i oppfølgingen av den nasjonale samhandlingsavtalen.
- Likemannsarbeidet skal gis økt fokus.

Faglighet og kvalitet

Innenfor alle deler av helsetjenesten er det nødvendig med kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid for å opprettholde og forbedre kvaliteten i tjenesten. Forskning og fagutvikling på rehabiliteringsområdet vil være en viktig del av dette arbeidet.

Kvalitet forstås i Nasjonal helseplan som i hvilken grad aktiviteter og tiltak øker sannsynligheten for at individer og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer. Med helsegevinst menes både å bli frisk, å mestre livet med sykdom og å mestre slutten av livet.

Kvalitet og prioritering

Tiltakene i oppfølgingen av helseplanens strategi for kvalitet og prioritering er nødvendig for å eta-

blere en kvalitetsstrategi for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Enkelte er spesielt relevante. Dette gjelder for det første arbeidet med å utvikle gode grunndata og nøkkeldata/indikatorer og med å videreutvikle de medisinske kvalitetsregistrene. Det er i dag lite kunnskap både om omfanget av, og om kvaliteten på de habiliterings- og rehabiliteringstjenestene som leveres. Det er blant annet ingen kvalitetsindikatorer som dekker disse tjenestene. I det nasjonale arbeidet som nå skjer i forhold til utvikling av grunn- og nøkkeldata, samt i forhold til kvalitetsregistre, vil det være avgjørende å rette på dette. Med personidentifiserbart Norsk pasientregister (NPR) er forholdene lagt bedre til rette for å hente ut kunnskap om aktivitet og kvalitet i helse- og omsorgstjenestene generelt, herunder i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene.

Viktig for å heve kvaliteten i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene vil også være det arbeidet som skjer i Sosial- og helsedirektoratet med nasjonale retningslinjer.

Etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, som fant sted i april 2007, var et viktig ledd i oppfølgingen av Nasjonal helseplan. Rådet vil ha en viktig rolle i forhold til å sikre at fagfeltet habilitering og rehabilitering får den oppmerksomhet og den status feltet er forutsatt å ha, i norsk helse- og omsorgstjeneste.

Forskning og fagutvikling

Både universiteter og høyskoler, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er i dag viktige bidragsytere til forskning på habilitering og rehabilitering. Slik forskning kan blant annet finansieres gjennom flere av Norges forskningsråds helseforskningsprogrammer. Programplanene er et særskilt virkemiddel for tverrsektorielle satsinger.

Allmenntilmedisinen og omsorgstjenestene er sentrale for rehabiliteringstjenestene. Det arbeides i dag med å etablere en egnet struktur for forskning innenfor disse fagfeltene, bl.a. ved å etablere forskningssenheter i tilknytning til universiteter eller høyskoler.

De regionale helseforetakene har allerede satset sterkere på forskning på rehabilitering. I Helse Nord RHF er det iverksatt en langsiktig satsing på aldersrelatert rehabilitering. I Helse Midt-Norge RHF er det etablert egne forskningskoordinatorer i hvert HF for forskning på trening som effektiv rehabilitering, og det er gitt tilskudd til utvikling av kvalitetsmål på rehabilitering. For ytterligere å styrke forskning på rehabilitering, ble de regionale helseforetakene i 2007 bedt om særskilt å prioritere forskning innenfor forskningssvake fagområder som rus og rehabilitering.

Et virkemiddel for å styrke kompetanse og kunnskap innenfor et særskilt område, kan være etablering av kompetansesentra eller kompetansesenheter. Sentrale oppgaver for et kompetansesenter eller -miljø er forskning, fagutvikling, undervisning og nettverksbygging. Det er i dag etablerte både nasjonale og regionale kompetansemiljøer innenfor habilitering og rehabilitering. Disse er generelle eller fokusert på særskilte områder innenfor rehabiliteringsfeltet. I januar 2007 ble Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU) etablert ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Attføringscenteret i Rauland er et nasjonalt kompetansesenter innen arbeidsrettet rehabilitering. Glitreklinikken arbeider med å etablere et nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering for lungesyke. I Helse Vest RHF er det etablert et regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering. Barnenevrologisk seksjon ved Rikshospitalet ivaretar funksjonen som pådriver og veileder for forskning og utvikling innen barnehabilitering.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom ble etablert ved Aker universitetssykehus i desember 2000. Kompetansesenteret har etablert egne lærings- og mestringstilbud til minoritetsspråklige, og i 2005 etablert det et fireårig prosjekt «Familieprosjektet», rettet mot familiene til barn med nedsatt funksjonsevne, psykiske vansker eller kronisk sykdom. Som en del av dette prosjektet ble internettportalen www.familienettet.no etablert i mars 2007.

Som oppfølging av St.meld. nr. 21 (1998-99) «Ansvar og mestring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk», ble det iverksatt et 6-årig prosjekt, «Statens kunnskaps- og utviklingscenter for helhetlig rehabilitering», ved høgskolen i Nordland. Prosjektets hovedoppgave har vært å utvikle og spre rehabiliteringsrelevant kunnskap gjennom konferanser, ny faglitteratur, utviklingsprosjekter og forskning. Dette arbeidet ivaretas fra og med 2007 av Sosial- og helsedirektoratet.

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse ved Ullevål universitetssykehus og Psykiatrien i Vestfold, Granli, har ansvar for FOA, dvs. Funksjonshemming og Aldring. FOA tilbyr kompetansehevnede tiltak til både kommuner og spesialisthelsetjenesten i forhold til funksjonshemmede som blir eldre. Fra 2003 har senteret også hatt ansvar for et kompetanseutviklingsprogram om eldre med utviklingshemning, UAU. Utviklingsprogrammet foreslås videreført fra 2008, jf. omtale foran i budsjettproposisjonen under kapittel 761, post 21.

Det pågår i dag et arbeid i regi av Nordiske samarbeidsorgan for handikapfrågor (NSH) for å

etablere et felles nordisk forskningsprogram innen barnehabilitering.

Felles klassifikasjonssystemer er en forutsetning for dokumentasjon, forskning og fagutvikling, og legger til rette for tverrfaglig samarbeid. ICF, dvs. International classification of function, ble vedtatt av Verdens helseorganisasjon i 2001. Det overordnede målet for ICF er å etablere et enhetlig og standardisert språk og verktøy for å beskrive helse og helserelaterede forhold. ICF er tatt i bruk som redskap i tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon ved flere rehabiliteringsavdelinger i sykehus og andre virksomheter. I Sosial- og helsedirektoratet arbeides det i dag med å lage et funksjonskodeverk basert på ICF til bruk innen habilitering, rehabilitering, rus og psykiatri, som skal danne grunnlag for innsatsstyrt finansiering av disse tjenestene. Kodeverket skal utprøves fra 2008. Departementet ønsker at ICF skal bli tatt i bruk flere steder i det daglige rehabiliteringsarbeidet.

Utfordringer i forskning og fagutvikling

Hvis forskning og utviklingsarbeid skal bidra til å realisere regjeringens rehabiliteringspolitikk, er det behov for ytterligere styrking av både diagnosebasert klinisk forskning, forskning på effekt av habiliterings- og rehabiliteringstiltak og forskning på organisering av tjenestetilbudet. Det er dessuten behov for en sterkere koordinering av dagens forskning på tvers av ulike fagområder. I Nasjonal helseplan er etablering av formelle forskningsnettverk på tvers av institusjoner, tjenestenivåer og fagdisipliner innenfor ulike medisinske og helsefaglige fagområder fremhevet som et sentralt virkemiddel for å styrke nasjonalt forskningssamarbeid. Dette vil bl.a. kunne sikre ivaretagelse av forskning på behandlingsforløp og behandlingsskjeder på tvers av tjenestenivåene.

Det er også viktig å sikre systemer for rask og systematisk sammenstilling og formidling av ny kunnskap. Her er Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsebiblioteket sentrale aktører.

Utdanning og kompetanse

Utdanning er én av de fire lovfestede hovedoppgavene for spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene er pålagt å legge til rette for et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser, noe som formidles som styringskrav i det årlige oppdragsdokumentet. Kommunene plikter å medvirke til undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, herunder også videre- og etterutdanning.

Universitet og høyskoler har betydelige frihetsgrader for selv å definere det faglige innholdet i utdanningene for helse- og sosialpersonell. Undervisning og praksis i habilitering og rehabilitering synes vektlagt i varierende grad i de fleste aktuelle utdanningene. Disse fokuserer i dag vesentlig på fag- og yrkesspesifikk kunnskap og mindre på kunnskap om samhandling med andre faggrupper og med brukerne.

Flere kompetansegivende videreutdanninger er nå omstrukturert til masterstudier som ledd i kvalitetsreformen ved universitetene. Høgskolen i Bodø tilbyr mastergradsstudium i rehabilitering. Høgskolen i Oslo starter opp et tilbud høsten 2007. Universitetet i Oslo har mastergrad i helsefag med studieretning rehabilitering eller omsorg. NTNU samarbeider med Høgskolen i Nord-Trøndelag om studietilbud i forebygging og rehabilitering som kan inngå i mastergradsstudiet helsefag. Høgskolen i Bergen tilbyr en tverrfaglig videreutdanning i rehabilitering.

Høsten 2007 starter en ny tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge ved flere høyskoler. Målet er å bygge opp kompetanse hos dem som skal arbeide med forebygging av psykiske lidelser hos barn og unge, lavterskel behandlingstilbud og med rehabilitering av barn og unge som har, eller har hatt, en psykisk lidelse.

Utfordringer i forhold til utdanning og kompetanse

Systematisk opplæring i rehabilitering som en integrert del av grunnutdanningene av helse- og sosialpersonell og annet personell mangler, noe som er et hinder for utvikling av de tverrfaglige arbeidsformene som moderne rehabilitering krever og forutsetter. En erkjennelse av for svak kunnskap om habilitering og rehabilitering ligger også til grunn for at departementet, etter forslag fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, har vedtatt endringer i spesialistreglene for en rekke medisinske spesialiteter, med sikte på å styrke kompetansen innenfor habilitering og rehabilitering.

Fagfeltet habilitering og rehabilitering har lav akademisk status og få akademiske stillinger. Det er svak rekruttering både til de medisinske spesialitetene fysisk medisin og rehabilitering og geriatri, der rehabilitering står sentralt, og svak rekruttering av leger til habiliteringsfeltet. Å styrke forskningen innenfor habilitering og rehabilitering er trolig viktig for å heve feltets status og dermed bedre rekrutteringen.

Ansatte i den nye arbeids- og velferdsforvaltningen får sentrale roller i individuelle rehabilite-

ringsprosesser. Det er derfor av stor betydning at etterutdanningstilbud tilpasses, slik at også NAV tilføres kunnskap gjennom deltagelse i tverrsektoriell etterutdanning, jf. St.meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd og inkludering.

Tiltak for å sikre faglighet og kvalitet

- Kunnskapscenteret skal innhente, sammenstille og gjøre kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringstjenester tilgjengelig.
- Kvalitetsindikatorer og styringsvariabler for habiliterings- og rehabiliteringstjenester søkes utviklet.
- Be Sosial- og helsedirektoratet, i sitt arbeid med nasjonale retningslinjer, særlig vurdere behovet innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.
- Følge opp avtale om kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene 2006-2010 mellom regjeringen og KS.
- Bedre statistikkgrunnlaget for dimensjonering av tjenestene, herunder geografisk tilgjengelighet, i etablerte rapporteringssystemer. Utvikling av KOSTRA til å omfatte rehabiliteringstjenester og IPLOS til også å registrere rehabiliteringstiltak som gis ambulant.
- Vurdere å etablere kvalitetsregistre for enkelte pasientgrupper under habilitering og rehabilitering, for eksempel for hjerneslag.
- Fortsette arbeidet med å styrke forskning på habilitering og rehabilitering gjennom etablerte systemer for forskningsorganisering og finansiering. Innenfor disse systemene må det legges til rette for tverrfaglig og tverrsektoriell forskning. Formelle forskningsnettverk vil være et viktig virkemiddel.
- Etablere et eget forskningsprogram for habilitering og rehabilitering i Norges forskningsråd.
- Etablere en koordinerende instans i Sosial- og helsedirektoratet med ansvar for å implementere ICF i fagmiljøene innen habilitering og rehabilitering.
- Ta et initiativ overfor Kunnskapsdepartementet om endringer i rammeplanen for helsefaglige grunnutdanninger med sikte på å styrke kompetansen innen habilitering, rehabilitering og samhandling.
- I oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene be om at samarbeidsorganet mellom de regionale helseforetakene, høyskolene og universitetene gjennomgår fagplaner for utdanningene med sikte på å sikre tilretteleggelse av praksis innenfor habilitering og rehabilitering, samt understreke tjenestens ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.

- Benytte kontaktmøtene mellom utdannings- og helse- og sosialmyndighetene til å fremme kompetansen innenfor habilitering og rehabilitering innenfor grunnutdanningene.
- Gi tilskudd til videreutdanning i rehabilitering av helse- og sosialpersonell med videregående opplæring gjennom fagskoleordningen, jf. Kompetanseløftet, som inngår i Omsorgsplan 2015 i St.meld. nr. 25 (2002-2006) «Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer»
- Iverksette en gjennomgang av legenes spesialutdanning for blant annet å sikre tilstrekkelig kompetanse innenfor samhandling, habilitering og rehabilitering, rus, geriatri og aldersmedisin, og god breddekompetanse generelt. (se egen omtale....).
- I oppdragsdokumentet be om at de regionale helseforetakene ved fordeling av stillinger, i særlig grad vurderer situasjonen innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.
- Sosial- og helsedirektoratet skal etablere og drifte en interaktiv, nettbasert erfaringsbank for den lokale helse- og sosialforvaltning, personell, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

Arbeid og helse

Det har de senere årene vært en sterk økning i antallet nye tidsbegrensede og varige uførepensjonister, særlig blant unge. Per januar 2005 mottok drøyt 310 000 personer i Norge, dvs. 10,7 prosent av befolkningen i alderen 18-67 år, uførestønad. På samme tidspunkt var 95600 personer definert med yrkeshemming. Dette er arbeidssøkere som på grunn av fysisk, psykisk eller sosiale problemer har vansker med å få arbeid, og som har behov for bl.a. rehabilitering for å kunne lykkes med dette.

Rehabilitering med arbeid som mål handler om å hjelpe folk til å mestre de problemer som hindrer aktivitet og deltakelse, og om å tenke nytt om hvilke muligheter den enkelte har for å delta i arbeidslivet. Det er viktig å se muligheter framfor begrensinger, og å fjerne de hindringene som finnes, enten det er i de fysiske omgivelsene, holdninger i arbeidslivet eller mangel på selvtillit og tro på at det nytter hos den det gjelder. Rehabilitering med arbeid som mål er imidlertid ikke en egen metode løst fra annen type rehabilitering. Rehabiliteringstiltakene vil ofte være de samme, enten brukeren har arbeidslivsdeltakelse som mål eller deltakelse på andre livsarenaer, og ofte vil spørsmål om arbeid være vurdert som ledd i en ordinær rehabiliteringsprosess. Visse tilbud kan imidlertid rette seg spesielt mot personer som har

arbeid som mål. Dette gjelder funksjonsavklaring, motivasjons- og mestringstiltak og opptrening rettet mot en spesiell arbeidsplass eller arbeidsfunksjon. Når en person har deltakelse i arbeidslivet som ett av målene for sin rehabilitering, er det viktig å tidlig få en tverrfaglig, og ofte tverretattlig, oversikt over hva som skal til for å nå målet.

Helse- og sosialtjenestene skal gjennom arbeidsrettede rehabiliteringstiltak bidra til at alle gis likeverdige muligheter til å delta i arbeidslivet. Helse- og sosialtjenestene skal videre samarbeide med arbeids- og velferdsforvaltningen for å gi brukerne et raskt og koordinert rehabiliteringstilbud, der spørsmål om arbeidslivsdeltakelse kommer tidlig inn i rehabiliteringsprosessen. Det er behov for flere arbeidsrettede tiltak og tjenester, mer effektiv tilrettelegging og oppfølging, og mer aktivt og samordnet arbeid fra myndighetenes side, både mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet og mellom NAV-kontorene og helse- og sosialtjenestene. Gode relasjoner til arbeidsgiverne vil også være sentralt her. Fordi rehabilitering med arbeid som mål skjer i et samarbeid mellom brukeren, helse-tjenesten, arbeidsplassen og NAV, er det også behov for et felles begrepsapparat, slik at alle snakker «samme språk». Individuell plan vil være et viktig verktøy i denne sammenheng.

Tiltak for å sikre likeverdige muligheter til å delta i arbeidslivet følger nedenfor:

Arbeidsrettet rehabilitering ved private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner

Både kommunene og spesialisthelsetjenesten skal tilby funksjonsvurderinger og opptreningsopphold til personer som er sykemeldt, uføretrygdet, står utenfor arbeidslivet eller står i fare for å falle utenfor. I tillegg har flere private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner utviklet et tilbud rettet spesielt mot personer som har arbeid som mål. Attføringscenteret i Rauland og Hernes Institutt har i flere år hatt et tilbud knyttet til deltakelse i arbeidslivet. Attføringscenteret i Rauland er et nasjonalt kompetansesenter for arbeidsrettet rehabilitering. Ved utgangen av 2006 var det 10 rehabiliteringsinstitusjoner som kan ta imot brukere med arbeid som mål i tillegg til andre brukergrupper.

Som et prøveprosjekt ble det i 2006 opprettet et eget tilskudd blant annet til utvikling av opptreningstilbud med arbeid som mål, administrert av Sosial- og helsedirektoratet. Private institusjoner som ikke fikk fornyet driftsavtale med de regionale helseforetakene etter omleggingen i 2006, var særlig aktuelle som deltakere i prosjektet. Tre institusjoner i Helse Øst og en institusjon i Helse Sør fikk

tilskudd i 2006. Funksjonsvurderinger, testing og utprøving av ulike aktiviteter, treningstilbud og mestringskurs går igjen i prosjektene. Dette omstillings- og utviklingsarbeidet videreføres i 2008.

Oppfølging av sykefraværsutvalget

– «Raskere tilbake»

Som oppfølging av sykefraværsutvalgets rapport, er det etablert en tilskuddsordning til helse- og rehabiliteringstjenester for å bringe personer som mottar sykepenger raskere tilbake til arbeidslivet. Det er bevilget 604 mill. kroner som et eget tilskudd til dette formålet i 2007. Av disse midlene er 445 mill. kroner overført til regionale helseforetak, som forutsettes å tilby tjenester innenfor hele sitt tjenestespekter, herunder rehabilitering.

I mange rehabiliteringsprosesser er det vanskelig å definere når en person er «ferdigbehandlet» av helse- og sosialtjenesten. NAV og helsetjenesten bør i slike tilfeller samarbeide. Generelt har det vist seg vanskelig å forankre tiltak som både ivaretar medisinsk utredning, fysisk opptrening og arbeidsrettede tiltak. Dermed har brukere falt mellom helsetjenestens og Arbeids- og velferdsetatens ansvarsområder. Problemstillinger knyttet til denne gråsonen har vært utredet spesielt i et samarbeid mellom Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Resultatet er at 65 millioner av midlene til «Raskere tilbake» våren 2007 er forutsatt benyttet til rehabiliteringstjenester for personer der det i utgangspunktet kan være uklart hva hjelpebehovet består i, og hvilken instans som er den rette til å bistå.

I ordningen «Raskere tilbake» er det en forutsetning at både offentlige helsetjenester og private tilbydere av relevante tjenester skal kunne bidra på lik linje.

Arbeidsmedisinske avdelinger i sykehus

Det er i dag seks arbeidsmedisinske avdelinger fordelt på sykehus i alle helseregioner. Avdelingenes hovedformål er forebyggende arbeid gjennom utredning av pasienter og rådgiving, informasjon og undervisning for å redusere risikoen for yrkes- og arbeidsrelaterte sykdommer. Som et ledd i arbeidet med å få et mer inkluderende arbeidsliv, er det behov for å styrke kapasiteten ved disse avdelingene, og for å øke utdanningskapasiteten i arbeidsmedisin, slik at arbeidsrelaterte skader og lidelser kan forebygges, avdekkes og diagnostiseres.

Strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007-2012)

Personer med psykiske lidelser utgjør en stor del av dem som står utenfor eller står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Disse trenger ofte fleksible ordninger i arbeidslivet og samordnede tilbud fra kommuner, spesialisthelsetjenesten og arbeids- og velferdsforvaltningen for å kunne delta i arbeid og annen aktivitet. For å sikre en helhetlig offentlig innsats på dette området, har Regjeringen, som en del av Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008), lagt fram en egen strategiplan for arbeid og psykisk helse høsten 2007. Et viktig mål for strategien er å se innsatsen for å få personer med psykiske lidelser i arbeid i sammenheng med NAV-reformen.

Kjøp av helsetjenester rettet mot lettere psykiske og sammensatte lidelser

Som en følge av at myndighetene og partene i arbeidslivet ble enige om et tillegg til avtalen om et inkluderende arbeidsliv for perioden 2006-2009, ble kjøp av helsetjenester rettet mot lettere psykiske og sammensatte lidelser innført. Tiltaket vil styrke behandlingstilbudet ved at det kjøpes helsetjenester fra private behandlere. Midlene er avsatt på Helse- og omsorgsdepartementet sitt budsjett, og disponeres av Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Helse- og omsorgsministeren og arbeids- og inkluderingsministeren vil sammen realisere et rehabiliteringsprosjekt ved Hysnes Fort i Rissa kommune som har arbeid som mål. Prosjektet vil ha 20 plasser for mennesker med lettere psykiske problemer. Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre et femårig prosjekt som planlegges å starte 1. januar 2008.

Andre tiltak

- Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil vurdere hvordan tiltak som befinner seg i skjæringspunktet mellom medisinsk utredning og behandling og attføring kan forankres bedre.
- Videreutvikle tilbud om medisinsk opptrening og funksjonsvurderinger knyttet til deltakelse i arbeidslivet. Systematiske arbeidsevnevurdering skal utvikles gjennom felles begrepsapparat i arbeids- og velferdsforvaltningen og helsetjenestene.
- Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet vil vurdere nærmere organisering av og samhandling ved tverrfaglige utredningstilbud ved sammensatte lidelser.

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet skal utarbeide forskrift om individuell plan med hjemmel i Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen, § 15 Samarbeid med brukeren og individuell plan.
- Bidra til å stimulere og utvikle samhandlingen lokalt mellom helsetjenestene og arbeids- og velferdsforvaltningen ved systematisk innsamling av erfaringer som ledd i evalueringen av NAV-reformen og spredning av gode eksempler på koordinering.
- Systematisere erfaringene fra prosjekter innenfor arbeidsrettet rehabilitering i sykefraværsprosjektet.

Samarbeid med andre sektorer

Ansvar for mål og virkemidler på rehabiliteringsområdet ligger under flere departementers ansvarsområder, som beskrevet foran. Dette betyr at det er behov for et bredt samarbeid på departementsnivå for å sikre en helhetlig rehabiliteringspolitikk og en koordinert oppfølging fra departementenes side, som kan legge til rette for god samhandling og koordinering på lavere nivåer. Helse- og omsorgsdepartementet vil derfor:

- Ta initiativ til et forum for samarbeid med andre departementer
- Etablere et samarbeid i regi av Sosial- og helsedirektoratet med myndighetsorganer under departementene

Særskilt om habilitering og rehabilitering og opplæring

Barn med medfødt og eller ervervet funksjonshemming eller langvarig sykdom kan ha behov for spesiell tilrettelegging for å få den opplæringen de har krav på. I følge opplæringsloven har elever som ikke har, eller som ikke kan få, tilfredsstillende utbytte av det ordinære opplæringstilbudet, rett til spesialundervisning. For elev som får spesialundervisning, skal det utarbeides individuell opplæringsplan. Opplæringsloven pålegger alle kommuner og fylkeskommuner å ha en pedagogisk-psykologisk tjeneste. Tjenesten skal hjelpe skolen i arbeidet med kompetanseutvikling og organisasjonsutvikling for å legge opplæringen bedre til rette for elever med særlige behov. Også barn under opplæringspliktig alder som har særlige behov for spesialpedagogisk hjelp, har, i følge opplæringsloven, rett til slik hjelp. I den grad retten følger av opplæringsloven har både førskolebarn, barn i skolepliktig alder og ungdom i følge pasientrettighetsloven rett til undervisning under opphold i helseinstitusjon.

Statlig spesialpedagogisk støttesystem (Statped), som fra 2004 er underlagt Kunnskapsdepartementet/Utdanningsdirektoratet, skal bistå skoleiere med å legge til rette for god opplæring for barn, unge og voksne med særskilte opplæringsbehov. Statped skal gi veiledning og støtte til opplæringsansvarlige instanser i kommunene, og skal tilby spesialpedagogiske tjenester som det ikke er rimelig å forvente at det kommunale nivået kan yte på egen hånd. Statped leverer tjenester både på individ- og på systemnivå, og består av statlige spesialpedagogiske kompetansesentre og spesialpedagogiske sentre og institusjoner som det kjøpes tjenester fra. Det er spesialpedagogiske kompetansesentre for bl.a. personer med hørselsvansker, herunder oppfølging etter cochlea implantat operasjon, synsvansker, språk-, tale- og skrivevansker, sammensatte lærevansker og emosjonelle vansker og ervervede hjerneskader.

Brukere av det statlige spesialpedagogiske støttesystemet har gjerne behov for tjenester fra ulike nivåer og etater. Brukere og kommuner har uttrykt at en utydelighet i ansvars- og rollefordeling særlig framkommer i saker hvor det er flere faginstanser som tilbyr tjenester (for eksempel barne- og ungdomspsykiatriske enheter, habiliteringstjenesten, private tiltak og Statped). Dette var noe av bakgrunnen for et felles rundskriv i 2004 om samarbeid fra daværende Barne- og familiedepartementet, Sosialdepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Helsedepartementet.

Særskilt om barn og ungdoms samlede situasjon

Et overordnet mål for barne- og ungdomspolitikken er at barn og unge skal sikres gode og trygge oppvekst- og levekår, og at alle skal ha likeverdige tilbud og muligheter. Sentralt står arbeid for å motvirke marginalisering, bidra til å utjevne levekårsforskjeller og fremme barn og unges medvirkning og deltakelse på ulike samfunnsområder. Dette er også sentrale mål for habiliterings- og rehabiliteringsprosesser.

Effekten av arbeidet for barn og unge vil styrkes dersom tjenestene og sektorene i større grad samarbeider om å utforme og iverksette tiltakene. Det innebærer, slik det påpekes i St. meld. nr. 39 (2001-2002), «Oppvekst og levekår for barn og ungdom i Norge», en dreining fra et helse- og sosialfaglig fokus til allmenne politiske og administrative løsninger, både i og utenfor sosial- og helsetjenesten. Jf. også St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Meldingen har som mål at alle barn og unge skal ha like muligheter til utvikling uavhengig av foreldrenes økonomi, utdanning, etnisk og geografisk

tilhørighet. Utfordringen knyttet til samarbeidet ligger både mellom etater og tjenester i kommune, mellom kommune- og spesialisthelsetjenestene og mellom offentlig og frivillig sektor.

Særskilte tiltak

Private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner

For å sikre kvalitet og kapasitet i rehabiliteringstjenestene er det viktig at de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner benyttes på en måte som bidrar til å nå de overordnede mål for tjenesten. Overføringen av bestiller- og finansieringsansvar for tilbudet ved disse institusjonene til de regionale helseforetakene hadde dette som formål. Departementet vil:

- At de regionale helseforetakene i 2008 minst opprettholder ressursinnsatsen overfor de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene
- Etablere en arbeidsgruppe som skal foreta en samlet gjennomgang av de regionale helseforetakenes kjøp av tjenester fra de private rehabiliterings- og opptreningsinstitusjonene, for å klargjøre i hvilken grad det skal settes nasjonale rammer for anbudene.
- Videreføre midlene til dette formålet. Det vises til Magnussen-utvalget som i løpet av 2007 skal vurdere fordelingen av inntekter mellom de regionale helseforetakene, herunder midler til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.
- Som pekt på innledningsvis skal det etableres en departementsledet gruppe som skal gjennomgå status, utvikling og utfordringer for implementering av strategien. Gruppen skal bl.a. ta tak i spørsmål knyttet til tilbudet til grupper med mindre komplekse problemstillinger.

Ressurser og finansiering

Tjenestene er viktige for den enkelte brukers livskvalitet. De bidrar også til god samfunnsøkonomi ved at brukere kan gå fra å være passiv mottakere til å bidra til verdiskapning, eventuelt fra en situasjon med et stort behov for helse- og omsorgstjenester til større grad av selvhjelpenhet.

På bakgrunn av registrerte DRG-poeng i 2006 kan utgifter knyttet til rehabilitering i sykehus anslås til om lag 1,5 mrd. kroner. I tillegg kommer rehabilitering på poliklinikkene. Det kan ut fra ovennevnte anslås at det innenfor de regionale helseforetakene anslås mellom 1,5 og 2 mrd. kroner til rehabiliteringsrettede tiltak. I tillegg brukes vel 1,1 mrd. kroner til kjøp av rehabiliterings- og opptreningstjenester fra private rehabiliterings- og

opptreningsinstitusjoner, som er en videreføring av midler benyttet til formålet, tilskudd til utvikling av tilbudet, og midler bevilget av de regionale helseforetakene fra egen ramme.

Det brukes betydelige ressurser til rehabilitering i kommunene. Dette er finansiert både av kommunene og gjennom trygdefusjoner.

For å møte utfordringene når det gjelder rehabilitering, vil det være nødvendig med organisatoriske reformer og tilførsel av nye ressurser. De økte ressursene vil komme på flere måter:

- Økt ressursmessig satsing på delområder innenfor rehabilitering. Rehabilitering med arbeid som mål er et område der det satses i stort omfang.
- Politisk styring av hvordan spesialisthelsetjenesten prioriterer mellom de forskjellige delområdene. Helse- og omsorgsdepartementet vil i oppdragsdokumentet for 2008 pålegge de regionale helseforetakene å gi rehabilitering høyere prioritet og oppmerksomhet enn tidligere.
- Rehabiliteringshensynet skal integreres mer i spesialisthelsetjenestenes generelle tjenesteyting. At helsetjenesten på de ulike fagområdene blir flinkere til å ivareta rehabiliteringshensyn, betyr i praksis at det samlet ressursinnsats økes. Også dette vil bli fulgt opp i oppdragsdokumentet for 2008 til de regionale helseforetakene.
- Spesialisthelsetjenester som organiseres ambulant skal integreres i planlagt ny ISF-ordning for poliklinikk som en ordning innenfor aktuelle fagområder, herunder habilitering og rehabilitering. Dette kan gjøres gjeldende fra 2008/2009.
- Kommunesektoren skal som hovedregel rammefinansieres. Kommunale rehabiliteringstiltak skjer på en rekke områder, til dels mer eller mindre integrert i annen tjenesteyting. Departementet legger til grunn at den generelle styringen av kommuneøkonomien og fylkesmannens tettere oppfølging av kommunenes lovpålagte oppgaver når det gjelder rehabilitering, bidrar til riktig prioritering.
- Regjeringen vil opprette 10 000 nye årsverk i pleie- og omsorgssektoren innen utgangen av 2009 ut fra nivået i 2004. Økningen i årsverk vil gi kommunene mulighet til bl.a. å utvide dagtilbud og satse mer på kultur, aktivitet og sosiale tiltak for brukere av omsorgstjenesten.
- Det er en utfordring for kommunene å knytte fysioterapi tettere opp mot kommunale tjenester. Departementet vil følge opp arbeidsgruppen som ser på alternative finansierings- og avlønningsformer for kommunal fysioterapi.

Departementet legger til grunn at det er mulig å oppnå både høyere kvalitet og større kapasitet i habiliterings- og rehabiliteringstjenestene innenfor de samlede ressursrammer i helse- og sosialtjenesten gjennom bedre bruk og fordeling av eksisterende ressurser. Forutsetningen er riktig prioritering på alle nivåer. Departementet forventer at alle med ansvarsposisjoner i helse- og omsorgstjenesten tar et helhetlig ansvar for å sikre en endring i fordelingen av de ressursene som stilles til rådighet for helsetjenestene totalt sett, i samsvar med de politiske signalene i denne strategien.

Utvikling av kode og klassifikasjonssystem for habilitering og rehabilitering

I St. meld. nr. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten er det foreslått å sette i gang utvikling av klassifikasjonssystemer på flere nye områder innenfor spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder bl.a. rehabilitering og rehabilitering. Sosial- og helsedirektoratet arbeider med dette. For rehabiliterings- og opptreningsinstitusjoner arbeider Norsk Pasientregister (NPR) med registrering av data med sikte på å få et grunnlag for utvikling av et kode- og klassifikasjonssystem.

Særlige strategier og planer

Rehabiliteringstiltak kan forankres både i fagspesifikke strategier og planer, i generelle gjennomgående strategier og planer, og i særskilte rehabiliteringsstrategier. Helse- og omsorgsdepartementet har de siste årene utarbeidet flere nasjonale strategier innenfor utvalgte fagområder, for eksempel Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2009), Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2010) og «Nasjonale strategier for KOLS-området 2006-2011». I alle strategiene er rehabilitering et tema. I tillegg, har departementet hatt fagspesifikke opptrappingsplaner, som opptrappingsplanen for psykisk helse. Også her er rehabilitering inkludert.

Helse- og omsorgsdepartementet har også presentert flere overordnede planer og meldinger det siste året. Spesielt sentralt står Nasjonal helseplan. I tillegg nevnes Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi 2006-2011, St.meld. nr. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller og St.meld. nr. 24 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Også meldinger og planer fra andre departementer har stor betydning for helhetlig rehabilitering. Dette gjelder blant annet St. meld. nr. 9 (2006-2007) Arbeid, velferd, inkludering og St. meld. nr. 16 (2006-2007) ...og ingen sto igjen og hang. Tidlig innsats for livslang læring.

Departementet har i denne strategien lagt til grunn at det skal tilstrebes at rehabilitering finner sin riktige plass og prioritet gjennom forvaltning og oppfølging av andre strategier og tiltak i helse- og omsorgstjenesten, både i oppfølging av Nasjonal helseplan og i de mange øvrige fagstrategier og handlingsplaner. På grunn av de særlige utfordringene innenfor rehabiliteringsfeltet, mener imidlertid departementet at det er nødvendig med særskilt innrettede tiltak for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene, noe denne strategien reflekterer.

Opptrappingsplaner: Psykisk helse og rus

Psykisk helse

Opptrappingsplanen for psykisk helse har bidratt til å styrke disse tjenestene. Flere undersøkelser dokumenterer imidlertid fortsatt store mangler i kommunenes tilbud til personer med psykiske lidelser og rusavhengighet. For å gi brukere med psykiske lidelser bedre og mer helhetlig oppfølging, er det nødvendig fortsatt å styrke og videreutvikle det psykiske helsearbeid både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Rus

Rusreformen var begrunnet i behovet for å styrke helsetjenestens ansvar og innsats for denne pasientgruppen, samt i behovet for å sikre personer med rusmiddelproblemer et bedre og mer helhetlig tilbud. Mange personer med rusmiddelproblemer har andre problemer og behov i tillegg til rusproblemet. Særlig gjelder dette til de dels omfattende helseproblemer (for eksempel kroniske sykdommer, psykiske lidelser, infeksjoner, tannhelse- og ernæringsproblemer) og sosiale problemer (som problemer knyttet til bolig, inntekt, utdanning, gjeld, nettverk). Personer med rusmiddelproblemer får ikke alltid den hjelpen de har behov for, og effekten av igangsatte tiltak blir ikke oppnådd. Bruken av individuell plan er lav for denne gruppen.

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) er særskilt regulert gjennom rundskriv. Den særskilte styringen har gjort at man har kunnet fastholde og understreke betydningen av det såkalte trekantsamarbeidet (fastlege, sosialtjeneste og LAR-sentre/spesialisthelsetjeneste) som grunnlag for best mulig rehabiliteringsresultater samlet sett. Det er fortsatt utfordringer knyttet til tilgjengelighet, pasientrettigheter, klageadgang osv. Tilbudet framstår i noen grad som et spesialisert tilbud ved siden av annen spesialisert rusbehandling. Det er store variasjoner i innslaget mellom spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester mellom regionene. Kommunenes arbeid med reha-

bilitering i LAR fremstår som mer systematisk enn overfor andre med rusmiddelproblemer. Det er en utfordring i større grad å normalisere LAR-tilbudet som en vanlig tjeneste.

Personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser har ofte dårlige boforhold som vil kunne være til hinder for rehabilitering og deltakelse i samfunnet.

En god bosituasjon er en forutsetning for å kunne delta i videre rehabiliteringsaktiviteter.

Departementet vil:

- Gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse vil regjeringen videreutvikle lavterskeltilbud i kommunene som skal utrede behandle og bidra til rehabilitering av mennesker som har eller har hatt en psykisk lidelse. Regjeringen vil styrke ambulerende virksomhet i spesialisthelsetjenesten slik at mennesker med psykiske lidelser skal slippe innleggelse i institusjon.
- I vedlegg III, kapittel 7 i denne budsjettproposisjonen legger regjeringen fram en opptrappingsplan for rusfeltet. Gjennom denne opptrappingsplanen vil Regjeringen bidra til et systematisk opplegg for å styrke den individuelle oppfølgingen av personer med rusmiddelproblemer. Regjeringen vil, i samarbeid med fylkesmennene, prøve ut en ordning med lokalbaserte koordinerende tillitspersoner for rusmiddelavhengige. Hensikten er å løse den enkelte gjennom hjelpeapparatet og bidra til at rusmiddelavhengige i større grad mottar tjenester de har behov for. Individuell plan, aktivisering, deltakelse i kvalifiseringsprogrammet i NAV og bistand til å få bolig og boligveiledning er eksempler på tiltak tillitspersonen skal bidra til. Kommunene kan samarbeide med frivillige organisasjoner i et partnerskap, men tilbudet må være forankret i sosialtjenesteloven slik at hensynet til saksbehandlingsregler og rettsikkerhet ivaretas.

Regjeringen forslår å innføre en tilskuddsordning fra 2008 hvor kommunene og staten samfinansierer lokale prosjekter i inntil fire år. Fylkesmennene vil, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, få en sentral rolle i å forvalte stimuleringsstilskuddet.

Rehabiliteringsspesifikke strategier

Syns- og hørselshemninger og talevansker

For å styrke rehabiliteringstilbudet til mennesker med syns- og hørselshemninger har det vært gjennomført og/eller foreslått egne handlingsplaner. Flere forhold taler for at det er behov for slike særskilte planer. Rehabiliteringstilbudet til mennesker med synshemninger i dag betegnes som frag-

mentert og mangelfullt, både av brukere og av fagfolk. I tillegg kommer at antallet med kombinerte sansetap øker som følge av at det blir flere eldre. Det blir færre døve som følge av at mange barn født med hørselshemning i dag får cochleaimplantat. Dette innebærer at behovene er under endring.

Det ytes bidrag til opphold i institusjoner for blinde og svaksynte. Disse institusjonene har ikke vært godkjent som opptreningsinstitusjoner, og tilbudet har ikke vært vurdert som spesialisthelsetjeneste. Disse institusjonene mottar midler fra tre finansieringskilder: Bidrag fra folketrygden til rekreasjonsopphold, midler fra folketrygden til tilpasningskurs, samt voksenopplæringsmidler. I tillegg kommer statlig tilskudd til organisasjoner, som delvis brukes til institusjonsdrift.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Sosial- og helsedirektoratet kartlegge virksomheten ved institusjoner for blinde og svaksynte, og vurdere hvordan rehabiliteringstilbudet til blinde og svaksynte bør ivaretas. På bakgrunn av arbeidsgruppens arbeid tas det sikte på å vurdere hvilke oppgaver institusjonene for blinde og svaksynte bør ivareta, og hvordan oppgavene bør finansieres.

Både syns- og hørselshemmede får rehabiliteringsbistand fra statlige kompetansesentra for syn og hørsel gjennom Statped.

Logopediske og audiopedagogiske tjenester kan være viktige i rehabiliteringsforløp for personer med språk- og talevansker, f. eks. personer med afasi etter hjerneslag, hørselshemmede med eller uten cochleaimplantat, og personer med leppe-ganespalte. Enheter innenfor helsetjenesten, f. eks. hørselssentraler, barnehabiliteringstjenester og andre har ansatt spesialpedagoger, for eksempel audiopedagoger. Flertallet av logopeder og audiopedagoger er ansatt i offentlige stillinger i kommuner og fylkeskommuner og i Statped. Kommuner og fylkeskommuner skal gi spesialundervisning, herunder logopediske og audiopedagogiske tjenester.

Det kan ytes stønad fra folketrygden til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling for språk- og taledefekter hos privatpraktiserende logoped og audiopedagog. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger er ikke en del av de kommunale eller fylkeskommunale spesialpedagogiske tjenestene, og deres tjenester vil ikke være en del av det helhetlige tjenestetilbudet i kommunen. Privatpraktiserende logopeder og audiopedagoger er ulikt geografisk fordelt. De logopediske og audiopedagogiske tjenester som dekkes etter folketrygdloven dekkes i dag også med hjemmel i opplæringsloven. Departementet ser det som riktig at logopediske og audiopedagogiske tjenester ses i sammenheng med andre pedagogiske og rehabiliteringsrelevante tiltak.

Departementet vil:

- Be Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide en tverrfaglig og tverretatlig handlingsplan for rehabilitering av synshemmede.
- Vurdere å sette i gang en kartlegging av logoped- og audiopedagogtjenesten i samarbeid med Kunnskapsdepartementet, og i den sammenheng vurdere betalingsordninger som grunnlag for departementets oppfølging av spørsmålet om trygdefinansiering av tjenester fra privatpraktiserende logoped- og audiopedagoger

Habilitering av barn

Et godt habiliteringsresultat er et gjensidig ansvar for kommunen og spesialisthelsetjenesten og er avhengig av et nært samarbeid.

Strategiplanen «Habilitering av barn. Helsetjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk syke barn, og deres foreldre – organisering og utvikling» som ble lagt fram i 2004, danner grunnlag for utvikling av barnehabiliteringstjenesten de senere år. Som en oppfølging av strategiplanen har Sosial- og helsedirektoratet gitt støtte til om lag 30 ulike prosjekter som har som mål å bedre tilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og kronisk sykdom og deres familier, samt gi ny kunnskap som kan bidra til å bedre innholdet i norske habiliteringstilbud. Om lag halvparten av prosjektene har fokus på intensiv trening. De fleste prosjektene ferdigstilles i løpet av 2007.

Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenester til barn med funksjonshemninger i 2006, som omfattet både kommune- og spesialisthelsetjenesten, viste at tjenestene mange steder fungerte godt, men avdekket samtidig manglende likeverdighet i tilbudet som følge av variasjon i tilgjengelig fagkompetanse. I tillegg har en undersøkelse SINTEF Helse har utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, vist at en stor andel av personer under 30 år som fikk innvilget midlertidig eller varig uførepensjon i 2005/2006, ikke kjente til viktige habiliteringstilbud. Dette kan tyde på at mange unge under 30 år ikke får tilstrekkelig tilbud om habilitering eller rehabilitering før de tilstås uføretrygd. Funnene totalt sett tilsier at det mange steder er behov for å styrke habiliteringstjenestene, både i kommuner og helseforetak, for å sikre nødvendig kvalitet, kapasitet og likeverdighet. Til tross for at barnehabiliteringstjenestene har hatt et videre perspektiv enn voksenhabiliteringen, kan det synes som om det også fortsatt er grupper som ikke er tilstrekkelig ivaretatt. Dette gjelder blant annet barn med kroniske sykdommer, som for eksempel astma, hjertesykdom, epi-

lepsi, revmatiske lidelser og kreft. Astma forekommer nå hos omlag 10 pst. av barn og unge i Norge. Det er viktig å møte denne utfordringen. Barn med kronisk sykdom har behov for et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Noen av prosjektene har fokus på barn med kronisk sykdom, som for eksempel astma, hjertesykdom, reumatisme, epilepsi og kreft. Barn med kronisk sykdom har behov for et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud.

Enkelte foreldre med barn med nedsatt funksjonsevne ønsker å benytte trenings-/behandlingstilbud etter utenlandske metoder for sine barn. Det kan ytes bidrag fra folketrygden til reise og opphold for tilrettelegging av noen slike treningsopplegg. Ved søknad om bidrag fra folketrygden skal det foreligge uttalelse fra det regionale helseforetaket om at eksisterende habiliteringstilbud er mangelfullt, og uttalelse fra barnets lege om at opplegget det søkes om anses som faglig forsvarlig i det aktuelle tilfellet. Det er i bestillerdokument til de regionale helseforetakene presisert at de regionale helseforetakene, i samarbeid med kommunen, skal vurdere økonomisk og praktisk støtte til familier med barn med nedsatt funksjonsevne for å kunne muliggjøre valg av treningsmetoder, samt at de regionale helseforetakene skal samarbeide slik at det blir størst mulig likhet i vurderingene.

Departementet vil:

- Be Sosial- og helsedirektoratet om å utarbeide en handlingsplan som oppfølging av «Strategiplan Habilitering av barn», herunder egne tiltak for ungdom og overgang fra barn til voksen. I dette oppdraget vil målet om et likeverdig tjenestetilbud stå sentralt.
- Gjennom styringsdokumenter følge opp Helsetilsynets rapport fra landomfattende tilsyn i 2006 med habiliteringstjenester til barn.
- Fremme forslag om at Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering tar likeverdighet og kvalitet innenfor habiliteringstjenestene opp som sak.

Voksenhabilitering

En gjennomgang av voksenhabiliteringstjenesten som nylig er foretatt viser at dette fortsatt i stor grad er en tjeneste for personer med utviklingshemning. Andre brukere, for eksempel personer med cerebral parese, mottar ikke i tilstrekkelig grad slike tjenester. Tjenesten er preget av lav legedekning og mangel på psykologer, noe som gir begrensninger i forhold til å yte tjenester til andre diagnosegrupper enn utviklingshemmede. Mange utviklingshemmede har behov for bedre oppfølging fra andre deler av spesialisthelsetjenesten, som psykisk helsevern. Funnene tilsier at det bør

klargjøres hvilke tjenester voksenhabiliteringstjenesten skal yte, og hvordan oppgavefordelingen skal være mellom denne tjenesten, den øvrige spesialisthelsetjenesten og i forhold til kommunen.

Departementet vil:

- Følge opp Sosial- og helsedirektoratets arbeid med veiledningsmateriell som skal bidra til å klargjøre hvilke tjenester voksenhabiliteringstjenesten skal ivareta, herunder behovene til unge over 18 år som tidligere har hatt tjenester fra barnehabiliteringstjenesten og som fortsatt har behov for habiliteringstjenester.
- Ha oppmerksomhet på helseoppfølgingen for personer med psykisk utviklingshemning

Etterlevelse av lovkrav

Etablering av rettigheter for brukerne og plikter for de tjenesteytende virksomhetene er viktige tiltak på rehabiliteringsområdet. Individuell plan og koordinerende enheter er eksempler på styring gjennom juridiske rammer i helse- og sosiallovgivningen. For at den framtidige bruken av det juridiske virkemidlet skal understøtte målene for rehabiliteringspolitikken, legges det opp til følgende oppfølging:

- Øke kunnskap om lover og forskrifter på helse- og sosialtjenestens del av rehabiliteringsområdet gjennom pedagogiske virkemiddel som veileder for habilitering og rehabilitering.
- Med forankring i Sosial- og helsedirektoratet foreta en gjennomgang av status for forvaltningens og tjenestenes oppfølging av sentrale rettslige bestemmelser på helse- og sosialtjenestens del av rehabiliteringsområdet. Gjennomgangen skal være gjennomført i løpet av 2008.
- At det i lys av denne gjennomgangen vurderes eventuelle oppfølgingstiltak. Det legges vekt på at denne vurderingen inkluderer tiltak for å sikre bedre gjennomføring av gjeldende regelverk og om det er behov for særskilte bestemmelser om pasientrettigheter eller tjenesteplikter i helse- og sosiallovgivningen som kan gi bedre realisering av rehabiliteringspolitikken.

9.7 Vedlegg

Gjeldende regelverk på helse- og sosialtjenestens del av rehabiliteringsområdet

Pasientrettighetsloven gir pasienter rett til rehabilitering. Pasientrettighetsloven § 1-3 definerer rehabilitering som helsehjelp på lik linje med handlinger som er forebyggende, diagnostiske, behandlende og helsebevarende. Når rehabilitering er omfattet av helsehjelpsbegrepet, medfører dette at

pasienter har rett til rehabilitering etter pasientrettighetsloven § 2-1. Etter første ledd i denne bestemmelsen har pasienter rett til rehabilitering fra kommunehelsetjenesten, og etter annet ledd har pasienter rett til nødvendig rehabilitering fra spesialisthelsetjenesten under forutsetning av at kriteriene i prioriteringsforskriften er oppfylt.

I henhold til kommunehelsetjenesteloven § 1-3 skal kommunens oppgaver bla. omfatte medisinsk habilitering og rehabilitering, og pleie og omsorg.

For å løse sine oppgaver skal kommunene bla. ha tilknyttet allmennlegetjeneste (herunder en fastlegeordning), fysioterapitjeneste og sykepleie (herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie). Der det er hensiktsmessig, kan kommunen også organisere ergoterapi og helsetjeneste ved bedrifter og ved primærnæring i kommunen.

Forskrift om habilitering og rehabilitering

Forskrift om habilitering og rehabilitering hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven trådte i kraft 1. juli 2001.

I henhold til forskriften skal kommunen:

- Ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering
- Sørge for at det finnes en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen
- Legge til rette for at tjenesteytere kan melde habiliterings- og rehabiliteringsbehov
- Integreere tjenestene som tilbys i et samlet habiliterings- og rehabiliteringsbehov.

Kommunene skal videre sørge for å

- Gi nødvendig undersøkelse og utredning
- Henvise til spesialisthelsetjenesten ved behov
- Utarbeide individuell plan i henhold til forskrift
- Yte nødvendige tjenester i individuelle habiliterings- og rehabiliteringsforløp
- Formidle hjelpemidler og tilrettelegging av miljø rundt den enkelte.

Habilitering og rehabilitering skal inngå i tilbudet av spesialisthelsetjenester, og ytelsene skal omfatte alle personer som har behov for habilitering og rehabilitering på grunn av medfødt eller ervervet nedsatt funksjonsevne eller kronikk sykdom.

I henhold til forskriften skal spesialisthelsetjenesten sørge for:

- at det finnes koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten som skal ha oversikt over habili-

terings- og rehabiliteringstilbudene i helseregionen og som skal tilrettelegge for melding av behov for habilitering og rehabilitering.

- at den enkelte bruker kan medvirke i eget habilitering og rehabiliteringsopplegg
- nødvendig undersøkelse og utredning
- trening og oppøving av funksjoner som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning
- intensiv trening
- tilrettelagt opplæring av brukere
- veiledning og samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere
- generell rådgivning og veiledning til ansatte i kommunen
- samarbeid med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte

Forskrift om individuell plan:

Med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, lov om psykisk helsevern og sosialtjenesteloven pålegger forskriften spesialisthelsetjenesten og kommunens sosial- og helse-tjeneste en plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Pasientrettighetsloven og sosialtjenesteloven gir tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester rett til en individuell plan.

- Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er å bl.a. å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud og kartlegge den enkeltes mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder
- Forskriften gir klare føringer for tverrfaglig og sektorovergripende samarbeid.
- En individuell plan skal være en overordnet, sektorovergripende plan som koordinerer de ulike tjenestenes tiltak og bistand. En slik plan opphever ikke behovet for mer avgrensede planer på bestemte sektorområder.
- Personen som planen skal utarbeides for, skal ha en sentral rolle i planarbeidet på en slik måte at vedkommende opplever at det er hans/hennes plan.
- Det skal alltid være en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker (i praksisfeltet ofte kalt koordinator)
- Tjenestemottakeren skal samtykke i at det utarbeides en individuell plan

Sosial- og helsedirektoratet ga i 2005 ut revidert veileder til forskrift om individuell plan IS-1253.

Veilederen understreker nødvendigheten av samarbeid med etater utenfor helse- og sosialtjenestene for å kunne utarbeide et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud samlet i en individuell plan.

Individuell plan i arbeids- og velferdsforvaltningen

Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven) trådte i kraft 1. juli 2006. Loven gir i § 15, Samarbeid med brukeren og individuell plan, hjemmel til å utarbeide forskrift med nærmere bestemmelser om hvem retten til individuell plan gjelder for og om planens innhold, tilsvarende forskrift om individuell plan med hjemmel i helse- og sosiallovgivningen. Arbeids- og inkluderingsdepartementet er i gang med dette forskriftsarbeidet.

Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

Forskriften trådte i kraft 1. juli 2003. I henhold til forskriften § 2-3 andre ledd, skal helsestasjons- og skolehelsetjenestens tilbud til barn og ungdom 0-20 år omfatte samarbeid om habilitering av barn og ungdom med spesielle behov, herunder kronisk syke og funksjonshemmede.

Tverrfaglig samarbeid omtales særskilt i § 2-1 tredje ledd som sier at helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, med andre kommunale tjenester, med tannhelsetjenesten, med fylkeskommunen og med spesialisthelsetjenesten

Sosialtjenesteloven

Etter sosialtjenesteloven § 4-3 har de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, krav på hjelp etter lovens § 4-2. Sosialtjenesteloven § 4-2 omfatter praktisk bistand og opplæring, avlastningstiltak, støttekontakt, plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester og omsorgslønn.

Rundskriv I-3/2004 om samarbeid

Barne- og familiedepartementet, Helsedepartementet, Utdannings- og forskningsdepartementet og Sosialdepartementet var i samarbeid avsendere av rundskriv» Samarbeid mellom tjenesteytere som gir tilbud til barn og unge under 18 år med nedsatt funksjonsevne – bruk av individuell plan».

Utgitt av:
Helse- og omsorgsdepartementet

Publikasjonen finnes på internett:
www.regjeringen.no

Omslagsillustrasjon:
Aurora Verksted, Rypa på vidda

Trykk:
Departementenes servicesenter 02/08 - 1000

