Oslo universitetssykehus HF
Avd. for nevrohabilitering
Ullevål sykehus
Postboks 4956 Nydalen
0424 Oslo
Sentralbord: 02770

Vår ref.:	Deres ref.:	Saksbeh.:	Dato:
NOA			9.11.2017
Oppgis ved all henvendelse			

Høringssvar til «Høring - endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering.»

Forslagets endrede definisjon lyder:

> *"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål.*
> *Habilitering og rehabilitering er målrettete samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene.*
> *Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."*

Uklart skille mellom kommunal/ førstelinjes habilitering og habilitering i spesialisthelsetjenesten.

Den nye definisjonen er i likhet med den forrige, holdt i svært generelle vendinger og bidrar dessverre lite til å synliggjøre skillet mellom habilitering i kommunen og habilitering i spesialisthelsetjenesten. Helsemyndighetene bør derfor overveie å skrive i forskriften at kommunene forventes å yte tjenester der det er behov for kompetanse knyttet til nærmiljø og langvarig, koordinert oppfølging, mens habilitering i spesialisthelsetjenesten yter tjenester som krever spesifikk helsefaglig spesialkompetanse. Det er stor forskjell på kompetansekrav her, i spesialisthelsetjenesten må man for eksempel utføre nevropsykologisk utredning, gjøre medisinsk årsaksdiagnostikk og gi behandling av følgetilstander av tidlig ervervede hjerneskader, gjennomføre systematisk vernepleierfaglig adferdsanalyse av selvskading eller gi kvalifisert sexologisk veiledning. Oppgavene i kommunen er ikke mindre utfordrende, men de krever andre ressurser og kompetanse. Det er i det daglige et løpende behov for å spesifisere ansvars- og oppgavefordelingene her, noe forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator bør bidra til (se for øvrig 1-3). Definisjonen burde omarbeides slik at skillet mellom førstelinjens mer generelle habilitering og spesialisthelsetjenestens spesialiserte habilitering ble klarere.

I samme hensikt bør det understrekes at dersom den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan yte tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til en pasient, så skal pasienten ikke henvises til spesialisthelsetjenesten (4).

Uheldig at forskriften bidrar til å opprettholde sammenblanding av begrepene habilitering og rehabilitering.

Siden begynnelsen av 1990 tallet har det fra sentralt helsepolitisk hold vært en ordbruk eller definisjon av hva som er habilitering og hva som er rehabilitering som avviker sterkt fra hvordan dette betraktes i fagmiljøene (5). Dette har dessverre vært videreført av forvaltningen og skjer også i den reviderte «Forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering». Man ikke er tydelig på at dette er to helt ulike virksomheter. Når man leser forskriften, vet man således ikke hva det siktes til: er det rehabilitering eller er det habilitering?

Habilitering i spesialisthelsetjenesten er faglig sett vidt forskjellig fra alle former for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette burde derfor for å unngå misforståelser skilles tydeligere fra hverandre nå som forskriften endres.

Habilitering i spesialisthelsetjenesten har definerte oppgaver blant annet beskrevet i Helsedirektoratets veiledere for virksomheten (6,7). På samme måte som for alle andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten er det angitt definerte arbeidsoppgaver og ansvarsområder. Habilitering i spesialisthelsetjenesten skal i korthet utføre helsefaglige oppgaver som kommunal habiliteringstjeneste og fastleger ikke kan klare selv overfor beskrevne målgrupper og tilstander. Herunder

- Psykisk utviklingshemning/ kognitiv svikt
- Følgetilstander av tidlig ervervede skader i nervesystemet og tidlig ervervede muskelsykdommer
- Moderat og dyp utviklingshemning og alvorlig psykisk lidelse
- Atferdsvansker i målgruppen
- Demens i målgruppen
- Autismespekterforstyrrelser
- Språk/kommunikasjonsvansker i målgruppen
- Vansker knyttet til seksualitet i målgruppen

(se referanse 7).

Konklusjon:
Endringene vil ikke bidra til å gjøre klarere hva habilitering er og bør omarbeides.

Nils Olav Aanonsen
Avdelingsleder
Avd for nevrohabilitering

Referanser i teksten:

1) I Meld. St. 14 (2014- 2015), punkt 5.3.2 Habilitering og rehabilitering. «Kommunene skal yte tjenester der det er behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, og der det er behov for langvarig og koordinert oppfølging
2) Meld. St. 14 (2014- 2015), punkt 6.4.3: «Spesialisthelsetjenesten bør ha ansvaret for tiltak som krever spesialkompetanse eller utstyr, herunder medisinsk spesialkompetanse.»
3) Sitat fra Meld St 14. (2014-2015), Habilitering og rehabilitering, Punkt 5.3.2 side 43
4) Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, Helse og omsorgsdepartementet, 1. Juli 2013 slår dette uttrykkelig fast.
5) *..Rehabilitering nytta som eit overordna omgrep for rehabiliterings- og habiliteringsverksemda."* Fra "Generell rettleiar *Medisinsk rehabilitering - planlegging og organisering* (3-91), Statens helsetilsyn 1991"
6) «Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten», IS- 1739, 2009.
7) «Prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten» IS- 1821, revidert 021115