

Helse- og omsorgsdepartementet

Deres ref:

Vår ref:

2017/10623 -
104648/2017

Saksbehandler:

Kjersti Agnete Erdal

Dato:

08.11.2017

Høring - Endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3. Definisjon av habilitering og rehabilitering

Sammendrag:

De følgende kulepunktene i dette avsnittet er de viktigste innspillene fra Helse Bergen. Utfyllende informasjon og flere mindre innspill finnes i de påfølgende avsnittene.

- Helse Bergen mener det kan være mest hensiktsmessig å bruke **WHO's definisjon** av habilitering og rehabilitering. Den er kortere, fremstår mer presis og ivaretar noe av hensikten med å endre definisjonen.
- Det er svært positivt at **brukerperspektivet** er styrket, og at pårørende er trukket inn som en naturlig del av prosessene. Formuleringen «*Det er brukerens behov og mål for eget liv som skal være styrende for om personen får habilitering og rehabilitering og i hvilken form*» er imidlertid noe uklar og kan oppfattes som å være i konflikt med fagfolk sin rett og plikt til å vurdere kost-nytte av tiltakene.
- **Egenomsorg** er tatt ut av ny definisjon og vi anbefaler at en vurderer å ta begrepet inn igjen. Formuleringen «... tiltak fra aktørene...» kan tolkes slik at det endrer brukerens rolle til en mer passiv mottaker. Dette reduserer brukerperspektivet.
- Det er viktig å beholde en form for **tidsangivelse** i mål og tiltak. Både habilitering og rehabilitering går i faser med vekslende høy og lav intensitet. Innen spesialisert habilitering og rehabilitering vurderer vi at tidsbegrep må være en sentral del av definisjonen. Vi synes det er positivt at behovene til brukere med kroniske sykdommer eller store vedvarende funksjonstap er trukket fram. Deres behov for livslang oppfølging bør imidlertid ikke defineres som rehabilitering.
- Begrepet **tverrfaglighet** bør inn i definisjonen. I notatet trekkes det frem at det i noen sammenhenger kan være tilstrekkelig med en fagperson som jobber sammen med brukeren. Dette er en sammenblanding av opptreningsbegrepet og det fagmedisinske begrepet rehabilitering.
- Når det gjelder **forebygging**, foreslår vi å bruke begrepet **varige begrensninger** for å utelukke midlertidige funksjonsbegrensninger som raskt går over av seg selv.

Mer utfyllende:

Helse Bergen mener at det er positivt at gjeldende definisjon av habilitering og rehabilitering blir tatt opp til vurdering. Det er viktig at begrepene blir godt definert. Dette vil bidra til god kvalitet på tilbudene som gis og tydeliggjøre hvilke forventninger brukere/pasienter kan ha. En tydelig definisjon vil kunne bidra til at begrepene blir oppfattet og brukt riktig.

Helsedirektoratet sitt forslag til definisjonen er lang og til dels upresis, og vil kunne bidra til at begrepene blir utydelige og forstås ulikt.

WHO sin definisjon er mye tydeligere. Den er kortere, fremstår mer presis og ivaretar noe av hensikten med å endre definisjonen: fremheving av brukerperspektivet. Tidsangivelse bør beholdes i den nye definisjonen, slik som i den danske versjonen: «Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbeidsprosess mellom en borger, pårørende og fagfolk.»

Habiliterings- og rehabiliteringsbegrepet

Begrepene brukes både om tjenester som gis i kommuner og i spesialisthelsetjeneste, til personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Rehabiliteringsbegrepet brukes bredt, men må ikke utvannes.

Spesialisert somatisk rehabilitering i form av tidlig, intensiv og kompleks rehabilitering, ytes i stor grad ved avdelinger/institusjoner hvor det er tilknyttet spesialist for fysikalsk medisin og rehabilitering, og med bred tverrfaglig sammensetning av personalet. Pasienter føres herfra videre til riktig nivå avhengig av rehabiliteringsbehov, for eksempel til lokalsykehus, privat rehabiliteringsinstitusjon med spesialist i fysikalsk medisin eller til kommune.

Rehabilitering betyr i sitt enkleste begrep «å gjenvinne funksjon», og det vil være ulike tiltak som fører frem mot målet avhengig av grad av funksjonstap. For habiliteringspasienter vil det ofte dreie seg om tiltak for å utvikle og opprettholde funksjoner.

Brukerperspektivet

Det er svært positivt at definisjonen betyr en klar styrking av brukerperspektivet i definisjonen. Imidlertid vil vi bemerke at for noen brukere, spesielt når kognitiv funksjon er redusert, vil det å kunne sette realistiske mål for sin egen rehabiliteringsprosess være utfordrende. Det er derfor positivt at denne problemstillingen synliggjøres i høringsnotatet og at man aktivt trekker inn pårørende som en naturlig del av habiliterings- og rehabiliteringsprosesser.

I punkt 3 på side 9 står følgende formulering: «Det er brukerens behov og mål for eget liv som skal være styrende for om personen får habilitering og rehabilitering og i hvilken form».

Dette er en uklar formulering som kan gi grobunn for feiltolkninger. Brukeren skal lyttes til og medvirke, men denne formuleringen kan forstås som at fagfolks rett og plikt til å vurdere kost-nytte av habiliterings- og rehabiliteringsinnsats blir underkjent.

Individuell plan (IP) og koordinator er viktige verktøy som skal bidra til styrking av brukerperspektivet og kunne vært inkludert i definisjonen.

For å styrke brukerperspektivet, foreslår vi å legge til ordet «egne» i første setning i definisjonen slik at den blir: «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og **egne** mål.».

Egen innsats og selvstendighet som begrep

Egenomsorg er tatt ut av ny definisjon og vi anbefaler at en vurderer å ta begrepet inn igjen. Pasienten/brukeren er hovedaktøren og behovet for egeninnsats og ansvar for egen helse må fremheves. I den eksisterende definisjonen ble ordet *innsats* brukt, der aktørene (helsepersonell og andre) samarbeider om «... å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats», noe som tydeliggjør bruker i en aktiv rolle. Når dette kortes ned til «... koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene», kan det endre brukers rolle til å være en mer «passiv mottaker». Dette reduserer brukerperspektivet.

I WHO sin definisjon på rehabilitering brukes begrepene uavhengighet (independence) og selvbestemmelse (self-determination). Dette forteller oss at uavhengighet (selvstendighet) og selvbestemmelse har ulikt meningsinnhold. *Selvstendighet* gir fokus på økning av funksjonsnivå. *Selvbestemmelse* gir brukeren mulighet til å avgjøre selv hvordan kreftene skal brukes, for eksempel deltagelse på ulike samfunnsarenaer.

Forslag til ny formulering av siste linje i definisjonen:

«..., skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og meningsfull hverdag, gjennom deltagelse i samfunnet; utdanning, arbeidsliv, sosialt og i samfunnet for øvrig.»

Tidsaspektet

Vi mener det er viktig å beholde en form for tidsangivelse i mål og tiltak, enten det heter tidsbestemt eller tidsavgrenset. Både habilitering og rehabilitering går i faser med vekslende høy og lav intensitet. Man setter klare mål og lager planer. Det er viktig at mål og tiltak kan tidsavgrenses for å sikre gjennomføring og evaluering. Vi synes det er positivt og viktig at behovene til brukere med kroniske sykdommer eller store vedvarende funksjonstap er trukket fram i høringsnotatet. Deres behov for livslang oppfølging bør imidlertid ikke defineres som rehabilitering. Det vil også for denne gruppen handle om perioder med habiliterings- og rehabiliteringsinnsats, som bør være tidsavgrenset med klare mål og tiltak.

Det fremstår noe uklart hva det innebærer for kommuner og spesialisthelsetjenesten at departementet definerer habilitering og rehabilitering i et livsløpsperspektiv.

Forslag til ny definisjon er fortsatt uklar når det gjelder intensive habiliterings- og rehabiliteringsperioder. Innen spesialisert habilitering og rehabilitering vurderer vi at tidsbegrep må være en sentral del av definisjonen.

«På relevante arenaer»

Det blir nevnt at habilitering og rehabilitering skal foregå på relevante arenaer. Dette mener vi ikke har noen betydning for definisjonen og kan tas bort. Dersom det vurderes nødvendig å ha med dette elementet, foreslår vi en liten endring for å sikre bedre språk og forståelse: «Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteytere, og *skjer* på relevante arenaer» dersom det vurderes nødvendig å ha med «relevante arenaer».

Tverrfaglighet

Vi savner begrepet tverrfaglighet i definisjonen. Som regel er flere faggrupper deltagende i en habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Ved å ta med tverrfaglighet i definisjonen vil en være med på å forhindre en utvanning av begrepet og synliggjøre kompleksiteten. På side 9 trekkes det fram at det i mange sammenhenger kan være tilstrekkelig at en aktør arbeider sammen med brukeren, f.eks. fysioterapeut. Dette er en sammenblanding av opptreningsbegrepet og det fagmedisinske begrepet rehabilitering.

Hvem er brukeren?

I den nye definisjonen synes vi ikke det er tydelig hvem som har behov for habilitering og rehabilitering. WHO benytter begrepet «people with disabilities» og FN-konvensjonen snakker om «mennesker med nedsatt funksjonsevne». Dette mener vi er mer tydelig, og foreslår å benytte formuleringene i definisjonen.

Forebyggende perspektiv

Det er positivt at formålet med habilitering og rehabilitering er mer tydeliggjort i ny definisjon. Det forebyggende perspektivet er tatt inn ved at det også gjelder brukere som «... står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne...». Vi foreslår å bruke begrepet *varige begrensninger* for å utelukke midlertidige funksjonsbegrensninger som raskt går over av seg selv.

Proessen

Brukerens medvirkning i egen prosess bør tas inn.

Vennlig hilsen

Kjersti Agnete Erdal
Klinikkdirektør
ReHabiliteringsklinikken

Clara Beate Gram Gjesdal
Viseadministrerende direktør
Haukeland universitetssjukehus