

## Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet

Heftets tittel: Avklaring av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet

Utgitt: 02/2012

Bestillingsnummer: IS-1947

Utgitt av: Helsedirektoratet  
Kontakt: Avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander  
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet  
v/ Trykksaksekspedisjonen  
e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)  
Tlf.: 24 16 33 68  
Faks: 24 16 33 69  
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1947

Forfattere: Bjørnar Alexander Andreassen  
Sigrunn Gjønnnes  
Kristin Refsdal

# Forord

Habilitering og rehabilitering skal bidra til at mennesker med nedsatt funksjonsevne får muligheter til deltagelse i samfunnet på egne premisser. Det er i forbindelse med samhandlingsreformen og den nasjonale helse- og omsorgsplanen (2011-2015) behov for økt fokus på rehabiliteringsfeltet.

Helsedirektoratet har fungert som sekretariat og tilrettelegger for en arbeidsgruppe bestående av representanter fra KS (Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon), de regionale helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og brukerorganisasjonene. Arbeidsgruppa leverer i denne rapporten sine anbefalinger knyttet til det ideelle pasientforløp innen rehabilitering og ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. Det knyttes også anbefalinger til videreutvikling av rehabiliteringsfeltet på områdene samhandling og koordinering, prioriteringer, kvalitet, statistikk, kompetanse og kunnskapsgrunnlag.

Del to av rapporten ble inkludert i hovedrapporten 1. februar 2012. Den omhandler rehabiliteringstilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene, og gir anbefalinger på ansvarsavklaring mellom kommune og spesialisthelsetjeneste knyttet til dette tilbudet.

Sekretariat og arbeidsgruppe står sammen i håpet om at anbefalingene vil være til nytte for beslutningstakere, tjenesteytere innen rehabiliteringsfeltet og ikke minst brukerne som har behov for tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til deres egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet og at vi med dette kan gi vårt bidrag til å gi rehabiliteringsfeltet et nasjonalt løft og et større fokus.

Del 1 (kapittel 1-5): Oslo 30.11.11

Del 2 (kapittel 6-8): Oslo 31.01.12

På vegne av arbeidsgruppen,

Bjørnar Alexander Andreassen (prosjektleder)

Sigrunn Gjønnnes

Kristin Refsdal

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>1</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>11</b>
1.1 Oppdragsbrev til Helsedirektoratet - avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet	12
1.1.1 Oppdrag til Helsedirektoratet	13
1.1.2 Tidsfrister	14
1.2 Begrepsavklaringer	14
1.2.1 Kommunehelsetjenesten	14
1.2.2 Spesialisthelsetjenesten	14
1.2.3 Pasientforløp	14
1.2.4 Rehabilitering	15
1.2.5 Pasient/bruker/tjenestemottaker	15
1.2.6 Oppdrag 1 og 2	15
1.3 Omfang og avgrensninger	15
1.4 Organisering	16
1.5 Arbeidsprosess/metodikk	17
<b>2 Rehabilitering</b>	<b>19</b>
2.1 Definisjon av rehabilitering	19
2.1.1 Forholdet mellom rehabilitering, behandling og pleie- og omsorgstjenester	19
2.1.2 Forholdet mellom rehabilitering og opptrening	20
2.1.3 Noen begreper fra det innsatsstyrte finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten (ISF)	20
2.2 Relevant lovgrunnlag og nasjonale strategier	21
2.2.1 Kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven	22
2.2.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering	22
2.2.3 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011	22
2.3 Nytt lovverk i forbindelse med samhandlingsreformen	23
2.4 Nasjonal helse- og omsorgsplan	24
2.5 Beskrivelse av rehabiliteringsfeltet	25
2.6 Hva sier lov og forskrift om ansvarsfordelingen mellom nivåene	26
2.7 Kvalitetsstrategien	28
2.8 Prioriteringsforskriften og prosjekt "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten"	29

2.9	Interne prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten	30
2.10	Nærhetsprinsippet	30
2.11	Kunnskapsgrunnlag	31
2.11.1	Effekt av tilbud (faglige anbefalinger jfr studier)	31
2.11.2	Datagrunnlag	33
2.11.3	Undersøkelser/tilsyn	37
2.11.4	Nye undersøkelser	39
2.11.5	Noen andre rehabiliteringsrelevante dokumenter og undersøkelser	41
<b>3</b>	<b>Gjennomgang av dagens pasientforløp innen rehabilitering</b>	<b>46</b>
3.1	Noen innlegg fra arbeidsgruppemøtene	46
3.2	Valg av pasientgrupper som skal forløpsbeskrives	52
3.3	Gjennomgang av dagens pasientforløp for pasientgrupper innen somatiske fagområder der rehabilitering er en sentral del av forløpet	53
3.3.1	Hvor får disse gruppene rehabilitering/tilbud i dag?	54
3.3.2	Hvilket tilbud/hvilken rehabilitering får de?	55
3.3.3	Hvilke funksjonsproblemer er gjennomgående?	56
3.3.4	Hva er problemet i rehabiliteringsforløpet?	57
3.3.5	Fortrenger de andre grupper?	57
<b>4</b>	<b>Ønsket pasientforløp innen rehabilitering</b>	<b>58</b>
<b>5</b>	<b>Arbeidsgruppas anbefalinger</b>	<b>59</b>
5.1	Modell for fordeling av ansvar på rehabiliteringsområdet	59
5.2	Arbeidsgruppas anbefalinger	64
5.3	Særmerknader	68
5.3.1	Særmerknad fra KS	68
5.3.2	Særmerknad fra KS Bedrift og Hovedorganisasjonen Virke	68
5.3.3	Særmerknad fra FFO/SAFO	69
<b>6</b>	<b>Innledning oppdrag 2</b>	<b>71</b>
6.1	Beskrivelse av oppdraget	71
6.2	Begrepsavklaringer og definisjoner knyttet til oppdraget	71
6.2.1	Rehabiliteringsinstitusjoner	71
6.3	Organisering av arbeidet med denne rapporten	73
<b>7</b>	<b>Gjennomgang av dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene</b>	<b>74</b>
7.1	Anbefalinger fra oppdrag 1	74
7.2	Dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene	75
7.2.1	De hyppigst forekommende enkeltdiagnosene i de private rehabiliteringsinstitusjonene etter antall opphold i 2009:	76
7.2.2	Oversikt over de 15 mest brukte enkeltdiagnoser i de private rehabiliteringsinstitusjonene 1.tertial 2011. Antall opphold og antall oppholdsdøgn	76
7.2.3	De hyppigst forekommende hoveddiagnosekapitlene i de private rehabiliteringsinstitusjonene i 2010:	77
7.2.4	Fordeling mellom forskjellige typer rehabilitering i de private	

	rehabiliteringsinstitusjonene i 2009:	77
7.2.5	Kommentar til statistikken	77
<b>8</b>	<b>Avklaring av hvilke deler av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene som ut fra en faglig vurdering bør være henholdsvis kommunene eller spesialisthelsetjenestens ansvar basert på anbefalingene i oppdrag 1</b>	<b>79</b>
8.1	Bruk av fordelingsmodellen i ansvarsavklaringen	79
8.2	Anbefalinger	81
8.2.1	Avklaring av hvilke deler av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene som ut fra en faglig vurdering bør være henholdsvis kommunene eller spesialisthelsetjenestens ansvar	82
8.2.2	Øvrige anbefalinger:	87
<b>9</b>	<b>Noen innlegg fra arbeidsgruppemøtene i oppdrag 2</b>	<b>89</b>
<b>10</b>	<b>Særmerknad</b>	<b>93</b>
<b>11</b>	<b>Litteraturliste</b>	<b>94</b>

# Sammendrag

Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av denne innebærer at kommunene skal få en sterkere ansvars- og oppgavemessig rolle. Rehabiliteringsområdet er et område der det vil være naturlig å gi kommunene større ansvar.

Helsedirektoratet fikk på denne bakgrunn i april 2011 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å lede en arbeidsgruppe bestående av representanter for kommunene, de private rehabiliteringsinstitusjonene, spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner for å:

- gi en gjennomgang av dagens pasientforløp innen rehabilitering
- gi en beskrivelse av ønsket pasientforløp innen rehabilitering, med fokus på hvilke oppgaver i forløpet som burde være henholdsvis kommune- eller spesialisthelsetjenestens ansvar samt hvilke tilbud som burde være døgntilbud eller dag/polikliniske tilbud.

Rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering som "tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet." (Forskrift om habilitering og rehabilitering, §2)

I rapporten foretas en gjennomgang av lovgrunnlaget for rehabilitering som fagfelt, med fokus på det nye og/eller reviderte lovverket som trer i kraft i 2012. Deretter beskrives dagens tjenestetilbud innen rehabilitering i henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Kunnskaps- og datagrunnlaget innen rehabilitering er mangelfullt. Kunnskapsoppsummeringer fra Norges forskningsråd og Kunnskapscenteret viser at det foreligger svært lite sikker forskning på rehabilitering som helhetlig prosess. I tillegg er statistikken på rehabiliteringsområdet også forbundet med usikkerhetsmomenter. Av sistnevnte kan en likevel slutte at rehabiliteringsaktiviteten på helseforetaksnivå er på vei nedover hva gjelder døgnrehabilitering, og noe på vei oppover hva gjelder poliklinisk rehabilitering. I de private rehabiliteringsinstitusjonene er aktiviteten også på vei ned, selv om stabilt kostnadsnivå i følge Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten *kan* være en indikasjon på at kvaliteten på rehabiliteringen som utføres der er bedre enn før. Tall fra IPLOS antyder nedgang i rehabilitering utenfor institusjon i kommunene.

Andre rehabiliteringsrelevante undersøkelser (både tilsyns- og andre rapporter) viser at det er en del mangler innen rehabiliteringsområdet. Det finnes grupper som får mangelfull oppfølging, spesielt blant de yngre brukerne og de med sansetap. Tilbudet er i for liten grad preget av den nødvendige samhandlingen mellom

forvaltningsnivåene og sektorene, og variasjonen i tilbudet er for stor – spesielt i kommunene.

Arbeidsgruppen har da også pekt på flere brudd i sin forløpsbeskrivelse i kapittel 3 i denne rapporten. Det var for øvrig en stor diskusjon i arbeidsgruppa om det skulle tas utgangspunkt i diagnose- eller funksjonsnivåinndelinger i forløpsbeskrivelsen som var en del av oppdraget fra HOD. Arbeidsgruppa endte opp med å ta utgangspunkt i tre overordnede hoveddiagnosegrupper, men brukte også tid på å beskrive disse gruppens funksjonsnivå ut fra ICF-modellen (den internasjonale klassifikasjonen av funksjon, funksjonshemming og helse). Et funksjonsnivåperspektiv syntes på mange måter mer forenlig med rehabilitering som prosess og fag, men mye av datagrunnlaget er knyttet til hvilke pasienter som får behandling og er diagnoserelevanter.

De hoveddiagnosegruppene som ble plukket ut i kapittel 3 var følgende:

- Muskel- og skjelettlidelser og smerte
- Fedme/endokrine sykdommer og andre livstilsrelaterede sykdommer (for eksempel KOLS)
- Hjerneslag med mer – inklusiv hodetraumer og annen skade.

I beskrivelsen av disse forløpene ble det fokusert på følgende:

- Hvor får disse gruppene rehabilitering/tilbud i dag?
- Hvilket tilbud/hvilken rehabilitering får de?
- Hvilke funksjonsproblemer er gjennomgående?
- Hva er problemet i rehabiliteringsforløpet?
- Fortrenger de andre grupper?

Disse beskrivelsene gis i rapporten i stikkordsform i tabeller i kapitlene 3.3.1-3.3.5.

I kapittel 4 har arbeidsgruppa foretatt en beskrivelse av idealforløpet innen rehabilitering, som punktvis fortøner seg som følger:

- Sømløst (koordinert, preget av samhandling)
- God kvalitet, være tuftet på kunnskapsbasert praksis
- God kompetanse
- Tilbudet må stå i forhold til behovet - nok ressurser og kapasitet
- Rett behandling til rett tid på rett sted
- Gode overganger mellom nivåene
- Gode ambulante tjenester som blant annet skal sørge for kompetanseoverføring
- Helhetlig tenkning (basert på ICF)
- Individuell plan
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Arbeidsgruppa ønsker imidlertid å påpeke at dette bare er generelle trekk. Det er behov for å i større grad beskrive standardiserte pasientforløp basert på forskjellige diagnoser, diagnosegrupper eller funksjonsnedsettelse og det anbefales at arbeidet



med slike beskrivelser settes i gang i samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

I rapportens kapittel 5 kommer arbeidsgruppas anbefalinger. Anbefalingene er inndelt i følgende 7 underkapitler:

1. Ansvarsfordeling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten
2. Prioritering
3. Koordinering og samhandling
4. Rehabilitering som døgntilbud eller dagtilbud/poliklinikk
5. Statistikk og kvalitet
6. Kompetanseheving
7. Undersøkelser og forskning

Anbefalingene er presentert i en tabell med presisering av hva som eventuelt gjelder spesielt for helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten. På punktet om ansvarsfordeling har arbeidsgruppa i tillegg utarbeidet en modell som kan være til hjelp, både på system- og individnivå, når det skal avgjøres hva slags oppgaver som tilhører hvilket nivå.

Modell for fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten:

Arbeidsgruppa slo fast at det var vanskelig å si noe absolutt og allmenngyldig om ansvars- og oppgavefordelingen, ut over at det var enighet om at kommunens rolle nå ville bli større. Det ble likevel utarbeidet en modell for fordeling av ansvar og oppgaver som gir en indikator på tankesettet som skal til for å få til en fordeling mellom nivåene basert på brukerens mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Ved høyt behov for spesialisering, kompleksitet eller intensitet i oppfølgingen gikk vektskåla i modellen i retning av spesialisthelsetjenesten. Ved høyt behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, langvarig og koordinert oppfølging og tverrsektoriell samhandling gikk vektskåla i modellen i retning av kommunene. Med bakgrunn i BEON-prinsippet er det likevel rimelig å slutte at det kommunale tjenesteapparatet i pasientens nærmiljø i de aller fleste tilfeller må involveres. Samhandlingsreformens forarbeid har vist at det ofte svikter i overføring av informasjon og videreføring av tiltak og planer mellom forvaltningsnivåene. Et sentralt grep for å motvirke at arbeidet ikke har sin forankring noe sted og at ingen sitter med totaloversikten, er at pasienter som har behov for det får individuell plan og at dette har sin forankring i kommunen. Modellen gir derfor primært to valg: Skal tiltakene gis fra kommunen alene, eller fra kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap? Modellen ser slik ut:

<b>Kommune</b>	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	<b>Spesialisthelsetjeneste</b>
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

Begrepene spesialisering/spesialisert kompetanse, kompleksitet og intensitet er hentet fra forskrift om habilitering og rehabilitering. Spesialisering omhandler behov for bistand fra spesialisert fagkompetanse/spisskompetanse i den individuelle rehabiliteringsprosessen, grad av kompleksitet dreier seg både om antall faggrupper som er involvert i prosessen og hvor kompliserte brukers behov er, intensitet angir at tiltakene gis med stor hyppighet over et begrenset tidsrom.


### **Deloppdrag 2:**

Da rapporten med ansvarsavklaring mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet ble publisert i desember 2011 startet sekretariatet og arbeidsgruppen opp med arbeidet med deloppdrag 2. Dette oppdraget gikk ut på å i samarbeid med relevante aktører gjøre en gjennomgang av dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjoner basert på anbefalingene i oppdrag 1. Målet med gjennomgangen skulle være å avklare hvilke deler av tilbudet som ut fra en faglig vurdering burde være kommune- og spesialisthelsetjenestens ansvar.

Deloppdrag 2 utgjør kapittel 6-8 i denne rapporten, selv om de foregående kapitlene har stor relevans også for problemstillingene som berøres i oppdrag 2.

Det anbefales i rapportens deloppdrag 2 at man bruker fordelingsmodellen fra oppdrag 1 for å vurdere de pasientgruppene som statistikken viser at det finnes mest av i de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Rent visuelt ser denne modelltenkningen brukt på disse pasientgruppene slik ut:

MS (Multippel Sklerose)		
<b>Kommune</b>	 Brukers mål om best mulig funksjons- og <u>mestringsevne</u> , selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	<b>Spesialisthelsetjeneste</b>
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det bør opprettes kommunale/interkommunale tilbud</li> <li>• Individuell plan og koordinator viktig – sikre langsiktighet i progredierende forløp</li> <li>• Hjelpemidler i bolig og <u>ADL-situasjon</u></li> <li>• Personlig assistent</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spisskompetanse på sykdom og rehabiliteringsprosesser</li> <li>• Det bør bygges opp regionale tilbud</li> <li>• Kompleksitet i sykdomsforløp</li> <li>• Behov for medisinsk/faglig rådgivning</li> <li>• Langsiktig oppfølging på samme institusjon</li> <li>• Likemannsarbeid</li> <li>• Veiledning av kommunalt tjenesteapparat, ambulant arbeid</li> <li>• Manglende fagressurser i kommune - <b>K</b></li> </ul>
<b>Generelle betraktninger:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Universell utforming særlig viktig, her må det settes krav blant annet til private tjenestetilbydere i kommunen (<u>fastlege</u>, privat fysioterapeut)</li> <li>• <b>Dette er en gruppe som i mange tilfeller vil ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten</b></li> </ul>		

Denne modelltenkningen leder til konklusjonen at de private rehabiliteringsinstitusjonene – på overordnet gruppenivå – i mindre grad bør bruke sine spesialisthelsetjenesteressurser på følgende pasientgrupper i framtiden:

- Artroserelaterte diagnoser
- Fedmerelaterte diagnoser
- Enklere rehabilitering etter brudd

De private rehabiliteringsinstitusjonene bør i større grad – på overordnet gruppenivå – bruke ressurser på disse pasientgruppene:

- Progredierende nevrologiske tilstander, samt andre nevrologiske tilstander som for eksempel CP (Cerebral Parese)
- Hjerneslag med store komplekse funksjonsutfall over tid, for eksempel av kognitiv art
- Barn og unge med funksjonsnedsettelse, særlig av sjelden art
- Personer med store og sammensatte funksjonstap, som har et rehabiliteringspotensial

Her er det imidlertid viktig å understreke at rehabiliteringsprosesser tar utgangspunkt i brukernes individuelle målsettinger om økt deltagelse sosialt og i samfunnet. I vurderingen av riktig tjenestenivå for enkeltindivider kan det være mange individuelle og personlige forhold som endrer på ovennevnte konklusjoner. Dette er forsøkt redegjort for i selve modellen.

Det åpnes for at kommunen kan kjøpe plasser direkte fra de private rehabiliteringsinstitusjonene dersom de selv ikke har tilbud til de aktuelle pasientgruppene eller mener at institusjonsrehabilitering er det faglig beste alternativet. Modellen skisserer også eksempler på slike brukergrupper og problemstillinger, synliggjort med en stor **K** på spesialisthelsetjenestedelen av den.

Delrapport to gir også en del anbefalinger mot slutten som strekker seg litt videre enn selve ansvarsavklaringen som mandatet legger opp til.

# 1 Innledning

I nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015) omtales den politiske kursen for helse- og omsorgstjenestene og folkehelsearbeidet de neste årene. Samhandlingsreformen ligger i bunn som et retningsgivende kompass.

St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid, beskrev tre hovedutfordringer i helse- og omsorgstjenesten:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne.

For å svare på disse utfordringene, la regjeringen opp til fem hovedgrep:

## 1. Klarere pasientrolle

Fokus på pasientforløp. Mer systematisk innsats på å analysere og beskrive de gode pasientforløpene, og ut fra dette skal organisatoriske tiltak og myndighetstiltak som kan bidra til bedre samhandling vurderes. Fokus på pasientenes helhetlige behov og ikke delbehov slik de fremstår for faggrupper enkeltvis.

## 2. Ny fremtidig kommunerolle

I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Det er en ambisjon at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, habilitering og rehabilitering, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON).

## 3. Etablere økonomiske insentiver

I samhandlingsreformen ligger det flere forslag til økonomiske insentiver som skal underbygge kommunens ansvar for pasienten og for at helhetlige og sømløse forløp mellom forvaltningsnivåene muliggjøres.

## 4. Utvikle spesialisthelsetjenesten slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

En ny framtidig kommunal rolle betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Spesialisthelsetjenesten skal utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte pasientforløp og ivaretagelse av pasientens behov for koordinerte tjenester. Spesialisthelsetjenesten skal videreutvikle sine faglige og organisatoriske fortrinn som er å levere spesialiserte helsetjenester av høy kvalitet.

## 5. Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer.

Det skal utvikles mer systematikk i prioriteringene som gjøres i helsevesenet. Et

godt eksempel i så måte er at Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har samarbeidet om å utvikle prioriteringsveiledere innenfor 32 fagområder/spesialiteter som gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.

I den nasjonale helse- og omsorgsplanen står det at *"det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus"*. Videre står det at økt vekt på brukerinnflytelse, krav til personlig koordinator, individuell plan og krav til planlagte behandlingsskjeder, skal legge til rette for økt satsing på habilitering og rehabilitering, for å sikre bedre muligheter for mestring og livskvalitet.

På bakgrunn av denne planen og signalene gitt i samhandlingsreformen ga Helse- og omsorgsdepartementet følgende oppdrag til Helsedirektoratet 29.04.2011:

### **1.1 Oppdragsbrev til Helsedirektoratet - avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet**

*"Samhandlingsreformen og Stortingets behandling av denne innebærer at kommunene skal få en sterkere ansvars- og oppgavemessig rolle. Rehabiliteringsområdet er et område der det vil være naturlig å gi kommunene større ansvar. Spesielt er det viktig at pasienter som bør få et rehabiliteringstilbud i nær tilknytning til hjemmet, eller som har stort behov for tverrfaglig oppfølging over tid, får tilbud i kommunen.*

*Avklaring av faglig oppgavedeling er vesentlig for planlegging av forsterket tilbud i kommunene. I sin høringsuttalelse til Nasjonal helse- og omsorgsplan foreslår KS at det gjennomføres en prosess med deltakere fra kommunene, de private/ideelle rehabiliteringsinstitusjonene, spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner med mandat å definere det faglige innholdet i rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten versus spesialisthelsetjenesten.*

#### Private rehabiliteringsinstitusjoner

*Ved behandling av St. prp. nr. 1 (2002-2003) vedtok Stortinget å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for de private rehabiliteringsinstitusjonene fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene, samtidig som helseregionene ble pålagt å inngå formelle avtaler med institusjonene. Endringen trådte i kraft i 2006. Med det nye avtaleforholdet ble det tydeliggjort at tjenestene fra institusjonene defineres som spesialisthelsetjeneste. Videre innebærer dette at de plikter som er regulert i spesialisthelsetjenesteloven også gjelder for de private institusjonene, herunder også pasientrettighetslovgivningen.*

*Kommunene har i dag mulighet til å kjøpe plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene, men benytter dette i svært liten grad. Det er grunn til å tro at private rehabiliteringsinstitusjoner med døgnopphold for selvhjulpne pasienter i mange tilfelle tilbyr tjenester som i lys av ny og utvidet kommunerolle vil falle inn under kommunehelsetjenestens ansvar. Et kommunalt tilbud hvor pasienten kan bo hjemme vil kunne være mer kostnadseffektivt, samtidig som tilbudet gis nær*

tjenestene som skal følge opp over tid.

### Tidligere utredninger

1. *Rapporten Privat i offentlig sektor (2008) ble utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Forutsetningen for arbeidet var at tjenestene som ytes ved de private rehabiliteringsinstitusjonene er på spesialisthelsetjenestenivå. Rapporten konkluderer imidlertid med at det bør gjennomføres en utredning av oppgavefordelingen mellom helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner, med utgangspunkt i at rehabiliteringen skal skje etter LEON-prinsippet. Det ble anbefalt å se nærmere på den danske modellen der opptrening er definert som et kommunalt ansvar.*
2. *Helsedirektoratet gjennomførte i 2010 som ledd i arbeidet med samhandlingsreformen, en utredning om hvilke oppgaver på rehabiliteringsområdet som kan vurderes overført til kommunene. Rapporten fra Helsedirektoratet, Gjennomgang av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten — hvilke oppgaver kan vurderes overført til kommunene? datert 17. 08.2010, konkluderte med at en del pasientgrupper (eldre, pasienter med fedme og artrose) som i dag får sitt tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner kan vurderes overført til kommunehelsetjenesten.*

#### **1.1.1 Oppdrag til Helsedirektoratet**

1. *Helsedirektoratet får i oppdrag å lede en arbeidsgruppe bestående av representanter for kommunene, de private rehabiliteringsinstitusjonene, spesialisthelsetjenesten, brukerorganisasjoner og eventuelt arbeids- og velferdsetaten med følgende mandat:*
  - a) *En gjennomgang av dagens pasientforløp for pasientgrupper innen somatiske fagområder der rehabilitering eller opptrening er en sentral del av forløpet.*
  - b) *En beskrivelse av ønsket forløp for de samme pasientgruppene med vekt på hvilke deler av tilbudet som bør være døgntilbud og dag/polikliniske tilbud, hvilke tjenester som bør tilbys i pasientens nærmiljø og hvilke deler av forløpet som bør være henholdsvis kommunehelsetjenestens og spesialisthelsetjenestens ansvar. Det skal også gjøres en vurdering av hvilke forutsetninger som bør være til stede, f. eks med hensyn til kompetanse, for at tjenestene skal kunne tilbys i kommunen. Beskrivelsen skal ta utgangspunkt i dagens kunnskap om effekt av ulike rehabiliteringstilbud.*
  - c) *Basert på gjennomgangen i punkt a) og b) skal gruppen gi en anbefaling om avgrensning av innholdet i rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Anbefalingen skal gjøres på et faglig grunnlag uavhengig av hvem (sykehus, private institusjoner eller kommuner) som faktisk leverer disse tjenestene i dag.*

2. *I samarbeid med relevante aktører bes Helsedirektoratet om å gjøre en gjennomgang av dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjoner basert på anbefalingene i oppdrag 1. Målet med gjennomgangen skal være å avklare hvilke deler av tilbudet som ut fra en faglig vurdering bør være kommune- og spesialisthelsetjenestens ansvar.*

#### **1.1.2 Tidsfrister**

- **Frist for oppdrag 1: 1. desember 2011**
- **Frist for oppdrag 2: 1. februar 2012”**

(Helse- og omsorgsdepartementet, 29.04.11)

## **1.2 Begrepsavklaringer**

### **1.2.1 Kommunehelsetjenesten**

*”Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune”.*(Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, 4.ledd) Slike tjenester (...) kan ifølge § 1-2 tilbys eller ytes *”av kommunen eller private som har avtale med kommunen”.*

I tråd med begrepsapparatet i nytt lovverk omtales kommunehelsetjenesten som helse- og omsorgstjenesten i kommunen i denne rapporten, med mindre det henvises til ”gammelt lovverk” der begrepet kommunehelsetjenesten er i bruk.

### **1.2.2 Spesialisthelsetjenesten**

”Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste” (Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1).

Landets spesialisthelsetjeneste er inndelt i 4 helseregioner. Hver helseregion har et regionalt helseforetak.

”De fire regionale helseforetakene har ansvaret for å sikre befolkningen i regionen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Spesialisthelsetjenesten omfatter somatiske og psykiatriske sykehus, poliklinikker og behandlingssentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, institusjoner for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk, prehospitaltjenester, privatpraktiserende spesialister og laboratorie- og røntgenvirksomhet.”

### **1.2.3 Pasientforløp**

”Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov” (St.meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen).



#### **1.2.4 Rehabilitering**

Definisjon av habilitering og rehabilitering:

”Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet” (Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2).

Denne definisjonen utdypes i kapittel 2 sammen med gjennomgang av fagfeltet rehabilitering.

#### **1.2.5 Pasient/bruker/tjenestemottaker**

Betegnelsen på en person som mottar tjenester i en rehabiliteringsprosess, varierer. Spesialisthelsetjenesten omtaler vedkommende nesten utelukkende som pasient, mens brukerbegrepet er mer innarbeidet i kommunale tjenester. Sosialtjenesten og NAV bruker ofte begrepet klient. Tjenestemottaker har også vært brukt som en fellesbetegnelse blant annet i tidligere forskrift om individuell plan.

I forbindelse med revidering av lovverket er den tidligere pasientrettighetsloven omdefinert til pasient- og brukerrettighetsloven. Dette er en følge av at deler av tidligere sosialtjenestelovgivning er integrert i nytt helse- og omsorgslov.

#### **1.2.6 Oppdrag 1 og 2**

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt to separate oppdrag til Helsedirektoratet. Disse to oppdragene er blitt håndtert separat. Oppdrag 1 redegjøres for i denne rapportens kapitler 1-5, mens oppdrag 2 redegjøres for i kapitlene 6-8. De foregående kapitlene har imidlertid også stor relevans for oppdrag 2.

### **1.3 Omfang og avgrensninger**

Definisjonen av rehabilitering beskrevet fra forskrift om habilitering og rehabilitering gjengitt i kapittel 2 gjelder både habilitering og rehabilitering. Oppdraget avgrenses til rehabilitering i den forstand at det ikke inkluderer områder som naturlig hører inn under habiliteringstjenestene. Arbeidet kan imidlertid omfatte alle aldersgrupper. Hovedfokus er rehabilitering innen somatikk. Det utelukker ikke at eksempelvis psykisk lidelse og rusproblematikk kan være et av flere elementer. Bedre oppgavefordeling mellom nivåene skal være sentralt. Arbeidet vil også kunne synliggjøre grupper som mangler tilbud i dag.

Oppdragsbrevet, punkt 1b, presiserer at man skal ta utgangspunkt i dagens kunnskap om effekt av ulike rehabiliteringstilbud. Det er i dag mangel på forskningsbasert kunnskap på dette området. Arbeidsgruppen legger derfor en vid forståelse av begrepet ”dagens kunnskap” ved å inkludere erfaringsbasert kunnskap fra praksisfeltet.

## 1.4 Organisering

Arbeidsgruppa ble sammensatt av representanter for de viktigste helsesektorrelaterte nivåene og aktørene på rehabiliteringsfeltet, nærmere bestemt KS/kommunen, de fire regionale helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og brukerorganisasjonene. Hver av aktørene ble bedt om å oppnevne flere arbeidsgruppekandidater enn det var bruk for, slik at Helsedirektoratet hadde anledning til å sette gruppa mest mulig bredt sammen med tanke på kompetanse og erfaringsgrunnlag.

Arbeidsgruppa bestod av:

### **Hovedmedlemmer:**

Navn	Representerer
Edith Lunde	Helse Vest RHF
Dagfinn Thorsvik	Helse Midt-Norge RHF
Gro Aasland	Helse Sør-Øst RHF
Jorun Støvne Pettersen	Helse Nord RHF
Knut Magne Ellingsen	FFO
Andreas Habberstad	FFO
Leif Arild Fjellheim	SAFO
Randi Nesje	SAFO
Iselin Marstrander	KS Bedrift
Ketil Egge	KS Bedrift
Ann Helene Skyberg	Hovedorganisasjonen Virke
Ole-Jakob Dyrnes	Hovedorganisasjonen Virke
Anne Gamme	KS
John H Jakobsen	KS
Magne Nicolaisen	KS
Bente Eidesmo	KS

### **Varamedlemmer:**

Navn	Representerer
Stig Igland	Helse Vest RHF
Steinar Gjærde	Helse Midt-Norge RHF
Wenche Røkke	Helse Sør-Øst RHF
Hilde Lund	Helse Nord RHF
Eva Buschmann	FFO
Arnfinn Aarnes	FFO
Grete Müller	SAFO
Ruth Grøndahl Bager	SAFO
Martin Sæbu	KS Bedrift
Ole-Jo Kristoffersen	KS Bedrift
Gerhard Salicath	Hovedorganisasjonen Virke
Ranveig Klingsheim	Hovedorganisasjonen Virke
Ole Gunnar Kjøsnes	KS
Magne Hustad	KS

Arbeidsbeskrivelsen til arbeidsgruppemedlemmene var som følger:

- Arbeidsgruppa er dette prosjektets faglige ressurs.
- Arbeidsgruppemedlemmene er sin instans' representasjon inn i arbeidsgruppa. Innspill i forbindelse med prosjektet må kanaliseres via disse medlemmene. Medlemmene må selv sørge for forankring i sine miljøer.
- Konklusjonene er unntatt offentlighet inntil rapporten er ferdig.
- Alle arbeidsgruppemedlemmene må fylle ut habilitetsskjema og der erklære seg for habile.
- Dokumentasjon av arbeidet underveis vil foreligge i form av kortfattede oppsummeringer av konklusjonene fra møtene samt eventuelle arbeidsnotat. Arbeidet skal oppsummeres i en sluttrapport. Denne påbegynnes ved oppstart og følger prosessen fortløpende. Det er sekretariatet som fører dokumentasjonen "i pennen".
- Ovennevnte dokumentasjon sendes til både gruppemedlemmer og varaer. Det er imidlertid slik at det er hovedmedlemmet som har ansvar for å holde vara informert, og innspill til sekretariatet går via hovedmedlemmet så fremst ikke dette er forhindret fra å bidra.
- Arbeidsgruppemedlemmene har et selvstendig ansvar for å finne dokumentasjon som kan være relevant for rapporten, og sende denne til sekretariatet.
- Arbeidsgruppemedlemmene må selv innkalle vara dersom de er forhindret fra å møte. Beskjed om dette må gis til prosjektleder i sekretariatet.

#### Helsedirektoratets interne organisering:

##### *Sekretariat:*

- Bjørnar Alexander Andreassen, avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander, spesialisthelsetjenestedivisjonen, prosjektleder
- Sigrunn Gjønnnes, avdeling minoritetshelse og rehabilitering, primærhelsetjenestedivisjonen
- Kristin Refsdal, avdeling omsorgstjenester, primærhelsetjenestedivisjonen

Oppdraget er forankret i avdeling rehabilitering og sjeldne tilstander i spesialisthelsetjenestedivisjonen, mens følgende personer på direktørnivå utgjør prosjektets lederteam:

- Cecilie Daae, divisjonsdirektør for spesialisthelsetjenestedivisjonen
- Toril Lahnstein, divisjonsdirektør for primærhelsetjenestedivisjonen
- Lisbeth Myhre, avdelingsdirektør rehabilitering og sjeldne tilstander
- Bente Moe, avdelingsdirektør minoritetshelse og rehabilitering

### **1.5 Arbeidsprosess/metodikk**

Arbeidsgruppen ble oppnevnt i juni 2011 og hadde sitt første arbeidsgruppemøte 16/8. I tillegg hadde arbeidsgruppa ytterligere fire en-dags samlinger og en to-dagerssamling på å løse oppdrag 1, som hadde frist 1/12. Det første arbeidsgruppemøtet var et introduksjonsmøte der samtlige medlemmer og varamedlemmer var invitert, på de øvrige møtene stilte varamedlemmene kun dersom hovedmedlemmene ikke hadde mulighet til å stille.

Arbeidsformen som ble valgt var dialog i grupper og i plenum. Referat og

oppsummeringer fra arbeidsøktene ble utført av sekretariatet. Arbeidsgruppa refererte selv på flip-over ark fra gruppearbeidene. Disse ble så integrert i referatene av sekretariatet.

I tillegg ble arbeidsgruppa ved flere anledninger bedt om å spille inn momenter skriftlig mellom samlingene.

Arbeidsgruppa fikk i løpet av prosjektperioden to helt ferske rapporter framlagt som del av datamaterialet til rapporten:

- Gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i private rehabiliteringsinstitusjoner (Rambøll 2011) Mer om denne i kapittel 2.11.4.
- Undersøkelse om rehabilitering i kommunene, kvalitativ undersøkelse i 10 kommuner, (Rambøll 2011). Mer om denne i kapittel 2.11.4.

I tillegg til disse to rapportene har arbeidsgruppa nyttiggjort seg et bredt spekter av tidligere rapporter og annet kunnskapsgrunnlag. Dette er det redegjort for i denne rapportens kapittel 2.11.

## 2 Rehabilitering

### 2.1 Definisjon av rehabilitering

*"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede planlagte, prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukers egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". (Forskrift om habilitering og rehabilitering §2)*

Definisjonen har hovedvekten på at rehabilitering er en prosess med brukeren i sentrum. Den skal være planlagt og målrettet. Den enkeltes individuelle behov og mål skal være utgangspunktet for tjenesteyternes bidrag. Brukermedvirkningen skal være optimal og tilpasset den enkeltes forutsetninger i alle deler av prosessen. Tjenesteyternes rolle er å bistå brukeren i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til selvstendighet og deltakelse. Tjenester fra ulike fag og sektorer må ses i sammenheng og bidra til å realisere brukers mål. Rehabilitering er et område hvor samhandling mellom tjenesteytere og bruker er helt avgjørende for å lykkes.

Begrepet "tidsavgrensede prosesser" betyr ikke at man innen en angitt tid skal kunne forutsi komplett gjenvinning av tapte funksjoner. Rehabilitering er ikke det samme som *"å gjøre frisk"*. (St.meld. nr 21, 1998-99)). Aktørene i rehabiliteringsforløpet skal derimot bistå den enkelte i *"å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå."* Videre skal rehabiliteringsprosessen *"motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistring"* (ibid).

#### 2.1.1 Forholdet mellom rehabilitering, behandling og pleie- og omsorgstjenester

Forskning har de siste årene dokumentert *"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."* (St.prp. nr 1, 2007-2008). Denne forståelsen, som er redegjort for i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, opphever den tradisjonelle oppfatningen av forholdet mellom rehabilitering og behandling som et "enten/eller" eller "først behandling og deretter rehabilitering". Medisinsk behandling vil for svært mange være nødvendig del av en rehabiliteringsprosess samordnet med andre deltjenester også etter akutt fase. Pleie- og omsorgstjenester vil være sentrale elementer særlig i akutt og tidlig fase, men kan for mange også være viktig senere i forløpet. Fysisk trening, pedagogiske, sosiale og psykososiale lærings- og mestringstiltak med mer, kan øke i intensitet utover i forløpet.

### **2.1.2 Forholdet mellom rehabilitering og opptrening**

Rehabilitering skal forstås som flere tjenester satt sammen til en helhet. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering. Opptrening, forstått som enkeltstående treningstiltak, er funksjonstrening som ikke nødvendigvis fordrer koordinert oppfølging over en antatt tidsperiode. Måltrettede treningstiltak er imidlertid ofte deler i et rehabiliteringsforløp. Følgelig må opptrening forstås som elementer i rehabilitering på linje med behandling med mer.

### **2.1.3 Noen begreper fra det innsatsstyrte finansieringssystemet i spesialisthelsetjenesten (ISF)**

Forskriften om habilitering og rehabilitering gir den faglig sett korrekte definisjon av rehabiliteringsbegrepet. I spesialisthelsetjenesten finnes det flere rehabiliteringsrelaterte definisjoner, primært tilknyttet regelverket for det innsatsstyrte finansieringssystemet. Disse har utgangspunkt i tjenesteytingen og er vesentlig mer begrenset i omfang enn den overordnede definisjonen fra forskriften. Det er viktig å kjenne til innholdet i disse når spesialisthelsetjenestens innsats på rehabiliteringsfeltet skal analyseres. Spesielt definisjonene av primær- og sekundærrehabilitering kan være gjenstand for forvirring, da disse brukes annerledes i andre deler av helsevesenet. Det er viktig å merke seg at definisjonene av spesielt "vanlig", "kompleks" og "poliklinisk" rehabilitering angir *minstekrav* til tilbudene.

#### **Primærrehabilitering (ISF)**

Opphold i avdelinger eller institusjoner hvor hensikten med oppholdet hovedsakelig er selve rehabiliteringen.

#### **Sekundærrehabilitering (ISF)**

Samme opphold omfatter både akuttbehandling og rehabilitering. Den akutte sykdommen skal i disse tilfellene kodes som hovedtilstand, mens rehabilitering skal kodes som annen tilstand.

#### **Vanlig rehabilitering (ISF)**

Rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum 4 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team.

#### **Kompleks rehabilitering (ISF)**

Rehabilitering som omfatter målrettet arbeid med bruk av individuell behandlingsplan, samarbeid med relevante etater utenfor institusjonen og minimum 6 spesialiserte helsefaggrupper i tverrfaglige team. I tillegg gjelder følgende ekstrakrav:

- Arbeidet foregår store deler av dagen/døgnet fram til utskrivning eller minimum fem virkedager
- Pasienten har minimum en overnatting
- Pasienten har i tillegg funksjonstrening, trening i kompenserende teknikker og tilpasning av hjelpemidler/miljø
- Det foretas en vurdering av tiltak i forhold til personlig mestring i hjem, skole, arbeid og fritid

- Arbeidet ledes av legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering. Innen fagområdene reumatologi, geriatri, nevrologi eller pediatri kan habilitering/rehabilitering ledes av spesialist innen nevnte områder

Departementet innførte i sin tid rehabiliteringsløsningen basert på anbefalinger fra fagmiljøene. Dette innebar forutsetninger om en andel på 70 prosent vanlig rehabilitering og 30 prosent kompleks rehabilitering. Det gjøres et trekk i utbetalingen til de regionale helseforetakene der andelen kompleks rehabilitering overstiger 45 prosent.

### **Poliklinisk rehabilitering (ISF)**

Tilbud som registreres som poliklinisk rehabilitering skal oppfylle følgende vilkår og være dokumentert i journalen:

- Pasienten skal være henvist til rehabiliteringsprogrammet av lege
- Rehabiliteringsprogrammet skal være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og tilrettelagt plan skal være utarbeidet for den enkelte pasient før oppstart av rehabiliteringsprogrammet. Hovedinnholdet i programmet skal være individrettet, men deler av tjenesteinnholdet kan gjennomføres gruppebasert
- Programmet skal inneholde minst en individuell kontakt med lege for samtale og/eller behandling
- Minst tre ulike typer helsepersonell skal være involvert i programmet og det skal fremstå som tverrfaglig
- Lege skal være ansvarlig for innhold og gjennomføring
- Helsehjelpen skal i hovedsak bestå av tverrfaglige rehabiliteringstiltak som kan bidra til å bedre pasientens funksjonsevne. I tillegg kan programmet inneholde tiltak som innebærer lærings- og mestringsaktiviteter.

### **Dagbehandling/-rehabilitering (ISF)**

Det kan i mange tilfeller være vanskelig å lage et skille mellom dag- og poliklinisk rehabilitering, og ofte beskrives disse under ett i statistikken. I regelverket for innsatsstyrt finansiering opplyses det at det i mange tilfeller fremdeles vil være aktuelt å bruke timetall for å gjøre dette skillet. Det vil si at dagopphold på over 5 timer regnes som dagrehabilitering, ikke poliklinikk (unntak forekommer).

### **Ambulant behandling/rehabilitering (ISF)**

Med ambulant behandling menes polikliniske kontakter som gjennomføres av spesialisthelsetjenesten, utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialisthelsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell.

## **2.2 Relevant lovgrunnlag og nasjonale strategier**

Her fremheves dokumenter som har særlig relevans for problemstillinger i oppdraget. Det må presiseres at revidering av forskrifter i forbindelse med ny lovgivning i samhandlingsreformen er under arbeid når denne rapporten skrives. Her tas derfor utgangspunkt i någjeldende forskrifter. Når det gjelder grensesnittet mellom nivåene er det imidlertid ikke foreslått endringer i høringsutkast til ny forskrift om habilitering og rehabilitering utover det som gjelder individuell plan, koordinator og koordinerende enhet og som for øvrig følger av vedtatte endringer i nytt lovverk.

### **2.2.1 Kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven**

Dagens kommunehelsetjenestelov pålegger kommunene å sørge for nødvendig helsetjeneste til alle som bor eller oppholder seg i kommunen jfr § 1-3. Videre er "Medisinsk habilitering og rehabilitering" listet opp i § 1-3, pkt 3 som en av oppgavene som helsetjenesten skal omfatte. Dette punktet har en annen formulering i nytt lovverk (se avsnitt 2.2.4)). Ansvar for individuell plan følger av § 6-2a.

Spesialisthelsetjenestens ansvar for rehabilitering følger av kapittel 2 i lov om spesialisthelsetjenester. Her er ikke rehabilitering konkretisert i opplistingen, men kravet utdypes i forskrift om habilitering og rehabilitering. Ansvar for individuell plan følger av § 2-5.

### **2.2.2 Forskrift om habilitering og rehabilitering**

Forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering utdyper kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten sitt ansvar for habilitering og rehabilitering. For begge nivåer stilles det krav om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering jfr §§ 8 og 13. Det skal i tillegg legges til rette for at personell skal kunne melde fra om behov for habilitering og rehabilitering. For utarbeidelse av individuell plan henvises til forskrift av 23. desember 2004 nr. 1837

I forbindelse med oppdraget som denne rapporten omhandler, er forskriftens utdyping av kjennetegn ved tjenester på henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenestnivå særlig sentralt. De mest relevante bestemmelsene knyttet til dette er:

#### Kapittel 2. Habilitering og rehabilitering i kommunen

- § 7 Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering
- § 8 Planlegging, organisering og samarbeid
- § 10 Undersøkelse, utredning og individuell plan
- § 11 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

#### Kapittel 3. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

- § 12 Det regionale helseforetakets ansvar for habilitering og rehabilitering
- §13 Organisering
- § 15 Oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv.
- § 16 Særlig om råd, veiledning og samarbeid
- § 17 Ambulante tjenester

Det er også knyttet utdypende merknader til den enkelte paragraf. Hva forskriften sier om ansvar utdypes i pkt 2.2.5.

### **2.2.3 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011**

Den nasjonale strategien kom i forbindelse med statsbudsjettet for 2008, i St.prp.nr 1 (2007-2008). Den peker innledningsvis på at feltet ikke har den posisjon og prestisje som de overordnede politiske målene tilsier. Videre fremheves store utfordringer knyttet til *samhandling, koordinering, informasjon, brukermedvirkning, kvalitetsutvikling og ressursituasjonen* innen feltet. Dette er problemstillinger som er særlig krevende innen rehabilitering fordi det er et område med aktører fra mange ulike nivåer og sektorer.



Strategien peker på behov for tiltak på flere områder. To punkter som er særlig relevant i del 1 av dette oppdraget er:

- Riktig kapasitet og hvordan feltet prioriteres i den samlede ressursbruk i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.
- Kommunenes sentrale rolle i rehabiliteringsarbeidet. I dette ligger at rehabilitering skal gis på "laveste effektive omsorgsnivå". Videre skal samhandling ivaretas ved at kommunal, statlig og privat tjenesteyting ses i sammenheng.

I oppdragets del 2 aktualiseres i tillegg strategiens omtale av de private rehabiliteringsinstitusjonenes plass og rolle. Her stilles blant annet spørsmål ved om disse institusjonene, som i dag i hovedsak yter spesialisthelsetjenester, også bør utvikle rehabiliteringstjenester på kommunenivå.

### **2.3 Nytt lovverk i forbindelse med samhandlingsreformen**

#### Ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene

Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester er nedfelt i kapittel 3 i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Ansvar er angitt i § 3-1 som et overordnet "sørge-for"-ansvar for personer som oppholder seg i kommunen. Alle pasient- og brukergrupper er omfattet. Kravet innebærer også "*plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten*" i samsvar med lovkrav. Videre er det i § 3-2 listet opp noen tjenester som kommunen plikter å tilby for å oppfylle ansvaret etter § 3-1. Rehabilitering beskrives her i pkt 5 som "*Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering*".

I kapittel 7 angis krav til kommunene knyttet til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. I loven er det presisert at kommunen skal sørge for at det blir utarbeidet individuell plan når en pasient har behov for tjenester fra begge nivåer, og for at planarbeidet koordineres.

#### Spesialisthelsetjenesteloven med endringer i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven

Spesialisthelsetjenestens ansvar er nedfelt i kapittel 2 i lov om spesialisthelsetjenester. Her er ikke rehabilitering konkretisert i opplistingen, men kravet utdypes i forskrift om habilitering og rehabilitering.

Spesialisthelsetjenestens forpliktelser knyttet til arbeidet med individuell plan, oppnevning av koordinator og etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering følger av §§ 2-5, 2-5a og 2-5b.

§ 2-5, 2. ledd pålegger helseforetaket så snart som mulig å varsle kommunen når det ser at det er behov for en individuell plan som omfatter tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen, og å medvirke i kommunens arbeid med individuell plan.

#### Pasient og brukerrettighetsloven

Pasientrettighetsloven endres fra 1. januar 2012 i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven og vil fra da hete pasient- og brukerrettighetsloven.

Endringene innebærer en harmonisering av bestemmelsene i den tidligere loven og bestemmelser knyttet til medvirkning og brukers rettigheter i den delen av sosialtjenesteloven som er integrert i ny helse- og omsorgstjenestelov.

### Helsepersonelloven

I henhold til helsepersonelloven § 38 a skal helsepersonell snarest mulig gi melding om pasienters og brukeres behov for individuell plan og koordinator. Helsepersonell som yter spesialisthelsetjenester, skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i spesialisthelsetjenesten. Annet helsepersonell skal gi melding til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen.

§ 4 i loven pålegger helsepersonell å delta i arbeidet med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan.

### Samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i nytt lovverk

Ny helselovgivning stiller krav til samarbeidsavtaler mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Loven konkretiserer gjennom 11 opplistede punkter hva avtalene minimum skal inneholde. Blant annet skal det beskrives:

1. *enighet om hvilke helse- og omsorgsoppgaver forvaltningsnivåene er pålagt ansvaret for og en felles oppfatning av hvilke tiltak partene til enhver tid skal utføre.*
2. *retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester.”* (Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2)

I tillegg skal avtalen omfatte retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter med behov for kommunale tjenester og retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering. Dette er viktige områder innen rehabilitering som også utdypes i Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler som ble utgitt i 2011. Veilederen konkretiserer blant annet samarbeid mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak, ambulant virksomhet, arbeid med individuell plan og hjelpemidler. Ny forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter inneholder krav til samhandlingsprosessen mellom nivåene.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten fremgår av lov om spesialisthelsetjenester § 6-3.

Videre er samhandling nedfelt i nytt lovverk på begge nivåer i bestemmelsene om koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, koordinator og individuell plan. (Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 7-1, 7-2 og 7-3 og spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-5, 2-5 a og 2-5b)

## **2.4 Nasjonal helse- og omsorgsplan**

Nasjonal helse- og omsorgsplan angir retningen for helse- og omsorgstjenestene de neste årene.

*"Det skal legges økt vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, på habilitering og rehabilitering, på økt brukerinnflytelse, på avtalte behandlingsforløp og forpliktende samarbeidsavtaler mellom kommuner og sykehus. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal styrkes og spesialisthelsetjenesten skal videreutvikles." (Meld.St.16 (2010-2011))*

Flere av satsningene i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering, som utløper i 2011, videreføres som strategiske tiltak i denne planen. Det mest relevante tiltaket i tillegg til selve oppdraget for denne utredningen er at kommunene skal ha et tydeligere ansvar for habilitering og rehabilitering (Meld.St.16 (2010-2011)). Dette skal omfatte både tilstrekkelig kapasitet og faglig bredde.

## **2.5 Beskrivelse av rehabiliteringsfeltet**

Selv om definisjonen av rehabilitering fokuserer på rehabilitering som prosess, er det i praksis noen tjenester og fagområder som er særlig viktige. Det er i utgangspunktet ingen grenser for hvilke fag og sektorer som kan være involvert i en persons rehabiliteringsprosess. Nye tilbud som nå utvikles i kommunene, eksempelvis frisklivssentraler og lærings- og mestringstilbud, vil være viktige elementer i individuelle rehabiliteringsprosesser. Selv om rehabiliteringsfeltet er definert under helselovgivningen er samhandling med andre sektorer helt avgjørende.

### **Rehabiliteringsfeltet i kommunene**

Rehabilitering i kommunene i dag kan defineres i de to hovedgruppene i institusjon og utenfor institusjon.

#### I institusjon

- Definerede korttids institusjonsplasser for rehabilitering som døgntilbud, de fleste lokalisert i sykehjem
- Varierende grad av flerfaglig personell
- Tverrfaglig samarbeid

#### Utenfor institusjon

- Dag- og gruppetilbud
- Tverrfaglig, ambulant team som rehabiliteringstilbud i hjemmet
- Målrettet oppfølging fra ulike faggrupper. Varierende grad av flerfaglig personell, men særlig fysio- og ergoterapeuter i tillegg til leger og pleiepersonell.
- Tverrfaglig og tverrsektoriell samhandling knyttet til individuell plan.

### **Rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten**

Det foregår rehabilitering både på helseforetaksnivå og i de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med de regionale helseforetakene. Mye av primærrehabiliteringen i helseforetakene utføres i egne avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering. Det utføres imidlertid mye sekundærrehabilitering også i andre sykehusavdelinger og spesialiteter. De regionale helseforetakene har i tillegg inngått avtale om levering av rehabiliteringstjenester fra 50 private rehabiliteringsinstitusjoner. Det finnes også egne avdelinger i

spesialisthelsetjenesten for habiliteringstjeneste for barn og unge og habiliteringstjeneste for voksne.

## 2.6 Hva sier lov og forskrift om ansvarsfordelingen mellom nivåene

Den nye helse- og omsorgstjenesteloven bygger på en overordnet lovteknikk som angir rammene for det kommunale ansvaret uten å detaljere krav på tjenestenivå (Prop.91L, 2010-2011, side 74).

*"Det sentrale er at kommunene skal tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialisthelsetjeneste, og at kommunene innenfor disse rammer skal yte et forsvarlig, helhetlig og koordinert tilbud. (ibid)"*

Det henvises videre til at ansvaret mellom tjenestenivåene må fortolkes på bakgrunn av lov og forskrift (ibid side 75).

Dette samsvarer med dagens forskrift om habilitering og rehabilitering som sier at spesialisthelsetjenesten er *"negativt avgrenset i forhold til oppgavene som påhviler det kommunale tjenestenivå. Det følger av dette at de oppgaver i forskriften §15 som ikke berører spesialisthelsetjenesten tilhører det kommunale ansvaret."* Forskriften har dermed en mer detaljert beskrivelse av spesialisthelsetjenesten.

Dagens forskrift om habilitering og rehabilitering utdypet kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvar for rehabilitering på overordnet nivå. Det kan likevel være grunn til å stille spørsmål ved hvorvidt eksisterende forskrift er lagt til grunn for dagens praksis. Nasjonal veileder til samarbeidsavtaler (Helse- og omsorgsdepartementet 2011) sier at lov og forskrift aldri vil kunne klargjøre alle såkalte "gråsoner" og at samhandling og dialog er avgjørende.

### Rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 12 fastslår det regionale helseforetakets "sørge-for"-ansvar for tilbud i og utenfor institusjon.

I § 13 pålegges spesialisthelsetjenesten å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Denne skal ha

- *"generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen"*
- *"oversikt over og*
- *nødvendig kontakt med habiliterings- og rehabiliteringstjenesten"* i kommunene. Hensikten med bestemmelsen, jfr merknad, er å sørge for faste kontaktpunkt for tverrfaglig samarbeid og informasjonsutveksling mellom nivåene.

Spesialisthelsetjenesten skal ifølge § 15 ivareta oppgaver som krever *"spesialisert tilrettelegging"*. Det skal inkludere både undersøkelse og utredning samt behandlingsrettede tiltak, treningsopplegg og opplæring. I merknadene til forskriften utdypes følgende om særtrekk ved "spesialisert rehabilitering":

- *"bred tverrfaglig funksjonskartlegging og målrettet spesialisert rehabilitering til brukere med komplekse problemstillinger"*
- *"medisinske undersøkelser og tester i forbindelse med fastsetting av brukerens behov for re-/habilitering" og hvor "kravet til sikkerhet og til avklaring av prognose kan være så stort at undersøkelsen mest hensiktsmessig kan utføres i spesialisthelsetjenesten."* Det sies videre at det kan gjelde behov for utredningskompetanse som kommunen vanligvis ikke disponerer, eksempelvis nevropsykologiske og spesialmotoriske tester.

- *"opptrening av funksjon og ferdighetstrening som krever kompetanse, metodikk og infrastruktur på et så spesialisert nivå at det ikke kan forventes at kommunen disponerer dette." Her gis det videre eksempler på at dette kan dreie seg om "progredierende lidelser eller stadig gjentatte funksjonstap, som nødvendiggjør metodikk og kompetanse på et høyt nivå."*
- *"intensiv trening som inngår i en individuell re-/habiliteringsplan eller som er et nødvendig spesialisert tilbud etter behandling." Dette dreier seg både om behov for spesialisert fagkompetanse og intensitet i treningsopplegg. Eksempler på dette er hjerneslagpasienter "med sterke motoriske, kognitive, sensoriske og språklige utfall med behov for stadig gjentatte øvelser og bistand."*
- *"tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelagte tiltak som kan bidra til økt mestring."*

(Merknader til Forskrift om habilitering og rehabilitering § 15)

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor kommunehelsetjenesten innen dette feltet, jfr spesialisthelsetjenesteloven § 6-3 utdypes i forskriftens § 16. Den skal omfatte både samhandlingen rundt *"enkeltbrukere og om utarbeiding av individuelle planer"* samt generell kompetansestyrking av ansatte i kommunen og samarbeid med andre etater.

Spesialisthelsetjenesten plikter å tilby ambulante tjenester utenfor sykehus dersom dette er mest hensiktsmessig jfr § 17(Forskrift om habilitering og rehabilitering).

#### Rehabilitering på kommunalt nivå

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 7, 1-4 ledd pålegger kommunene å

- *"ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen".*
- Videre skal kommunen sørge for at "alle som bor eller oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendig *utredning og oppfølging*"
- *"Tjenester som inngår i kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud."* Dette innebærer at eksempelvis tjenester fra kommunens allmennleger, fysioterapeuter, sykepleiere, helsesøstre, ergoterapeuter som utgjør en del av kommunens helsetjenestetilbud skal kunne inngå som deler av en rehabiliteringsprosess.
- Tilbudet skal gis *"uavhengig av brukerens boform"*.

Kommunen plikter å ha plan for re-/habiliteringsvirksomheten. I likhet med spesialisthelsetjenesten skal kommunene ha en koordinerende enhet for re-/habilitering, jfr. § 8. Denne enheten skal være

- *"synlig og etablert"*
- *"fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten"*

(Merknad til Forskrift om habilitering og rehabilitering § 8).

Det presiseres videre at enheten skal sikre at det blir *"lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet"* (ibid). Det presiseres også at enheten *"bør samarbeide med etater utenfor helsetjenesten"* (ibid). Samarbeidet mellom helsetjenesten, NAV og skoleetaten er særlig viktig.

I § 10 pålegges kommunen å *"sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten"* før tiltak settes i gang. Merknaden utdyper at kravet til det som kommunen skal gjennomføre av tiltak avgrenses til den

kompetanse som må forventes på kommunalt nivå, definert som et "forsvarlig minimum". Utredningen innebærer blant annet å avklare den enkeltes behov og potensial.

Kommunene har i henhold til merknader til forskriften § 11 det helhetlige ansvaret for å "sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte. (...) Kommunens ansvar omfatter alle ledd i formidlingsprosessen. Ansvaret omfatter avdekking og utredning av behovet for hjelpemidler, nødvendig utprøving av hjelpemidler, bistand til brukerens søknad om hjelpemiddel, tilpasning, montering og enklere service og reparasjon, samt motivasjon og opplæring av bruker i hjelpemiddelets funksjon." NAV hjelpemiddelsentralene har et overordnet og koordinerende ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging for funksjonshemmede innen eget fylke, samt for finansiering av hjelpemidler ved vesentlige og varige behov.

### Hvor går grensen?

Fra forskriften om habilitering og rehabilitering med merknader kan man trekke ut tre sentrale faktorer som må vurderes for å avgjøre om det dreier seg om tjenester på spesialisthelsetjenestenivå:

1. Behovet for spisskompetanse / spesialisering
2. Kompleksitet
3. Behovet for intensitet

Heller ikke dette fører frem til noe tydelig definert skille, og avklaringer må finne sted i gjensidig dialog mellom berørte parter. "En god tjenesteyting fordrer at det enkelte tjenestested har gode rutiner for å sikre at egen tjenesteyting står i sammenheng med annet tjenestetilbud i tiltakskjeden. Dersom det oppstår uklare grenser i ansvarsforholdet, må ikke dette innebære at brukeren ikke får nødvendig bistand."

(Merknad til Forskrift om habilitering og rehabilitering § 12)

## **2.7 Kvalitetsstrategien**

Sentralt i utviklingen av gode tjenester innen rehabilitering står fokus på god kvalitet. Helsedirektoratet har i samarbeid med fagmiljøene, utviklet en «Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)».

### **Krav til tjenester av god kvalitet:**

Strategien peker på at tjenester av god kvalitet

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Mange av forskriftene som har hjemmel i helselovene er direkte knyttet til kvalitetsarbeid. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene og forskrift om internkontroll er eksempler på dette.

## 2.8 Prioriteringsforskriften og prosjekt "Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten"

Prioriteringsforskriften sier følgende om de prioriteringsvurderinger som må gjøres når man skal avgjøre om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten;

*"Pasienten har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, når:*

- 1. pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes og*
- 2. pasienten, med det unntaket som er nevnt i § 3 annet ledd, kan ha forventet nytte av helsehjelpen og*
- 3. de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.*

*Med ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse, problemer i forbindelse med vitale livsfunksjoner som for eksempel næringsinntak, eller nedsatt fysisk eller psykisk funksjonsnivå. Med forventet nytte av helsehjelpen menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen".*

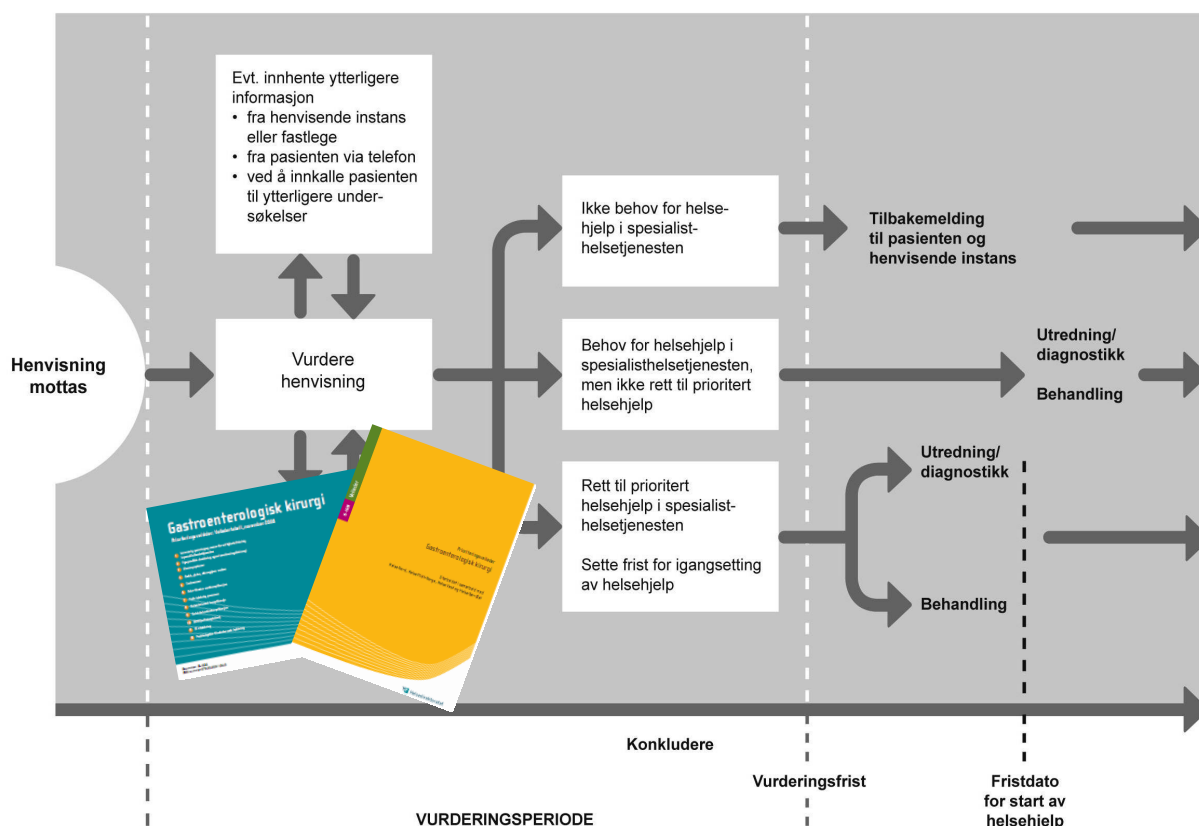
Forskrift om prioriteringer i helsetjenesten trådte i kraft 2001, men data fra Norsk Pasientregister (NPR) tydet på at regelverket ble praktisert ulikt både mellom helseregionene og mellom helseforetakene i de ulike helseregionene. Derfor startet man et prosjekt kalt «Riktigere prioriteringer i spesialisthelsetjenesten» som er et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet.

Hovedmålet med prioriteringsprosjektet er å ha en helhetlig strategi som gir større sikkerhet for at spesialisthelsetjenesten driver sin virksomhet i samsvar med gjeldende normer for prioritering. I forbindelse med prosjektet er det til nå publisert 32 prioriteringsveiledere. Disse skal bidra til felles praksis slik at pasienter med samme tilstand får lik prioritet og eventuell frist for start helsehjelp uansett hvor i landet de bor. Tall for 2011 viser at rettighetstildelingen fortsatt varierer mellom regionene. Utviklingen viser likevel at regionene nærmer seg hverandre i alle sektorer.

Innenfor rehabiliteringsfeltet er det flere relevante prioriteringsveiledere å forholde seg til, for eksempel fysisk medisin og rehabilitering, nevrologi, ortopedi, habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten, habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og revmatologi.

Det foregår mange prioriteringer innen rehabiliteringsfeltet, som på alle andre fagfelt i helsesektoren. Prioriteringsprosjektet setter fokus på de prioriteringene som gjøres når henvisningene fra fastlege til spesialisthelsetjenesten skal rettighetsvurderes, som illustrert ved denne figuren;

## Illustrasjon av bruk av prioriteringsveileder ved fastsetting av rettighet og frist for start helsehjelp



## 2.9 Interne prioriteringer i helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten

Prioriteringene som fattes i alle andre ledd av kjeden, så som internt i kommune- eller spesialisthelsetjeneste er ikke gjenstand for samme grad av standardisering, og baserer seg dermed i enda større grad på individuelt utøvd faglig skjønn.

## 2.10 Nærhetsprinsippet

I samhandlingsreformen er det tidligere LEON-prinsippet erstattet med BEON-prinsippet. (St.meld nr 47, 2008-2009) LEON-prinsippet er uttrykk for "laveste effektive omsorgsnivå". Å omtale kommunale tjenester som å være på et "lavere" nivå kan gi inntrykk av en utilsiktet kvalitativ gradering. Begrepet er derfor erstattet med "beste effektive omsorgsnivå". Reformen vektlegger at tjenester på kommunalt nivå i mange tilfeller også kvalitativt vil være bedre for mange pasienter. Nærheten til "der livet leves" er sentralt. Dette har særlig relevans innen rehabilitering hvor mange har behov for tjenester på mange livsområder og hvor nærheten til det mangfold av tjenester som finnes i egen kommune er viktig. Det å få tjenester integrert i den hverdagen hvor livet skal mestres, har ofte også bedre effekt. Nærhetsprinsippet vil også være viktig innad i kommunen i vurderingen av hvorvidt en bruker bør få sine



tilbud i eget hjem fremfor i kommunal institusjon. For ungdom under utdanning og personer i yrkesaktiv alder er det også behov for bistand fra skole-/studiested og arbeidsplass som kan være i andre kommuner enn bostedskommunen.

## **2.11 Kunnskapsgrunnlag**

### **2.11.1 Effekt av tilbud (faglige anbefalinger jfr studier)**

- a) *Kartlegging av institusjoner og enheter som har forsket på rehabilitering og habilitering i Norge i perioden 2003-2008, Norges forskningsråd*

I forbindelse med arbeidet med Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering ba Helse- og omsorgsdepartementet Norges forskningsråd om å utarbeide en oversikt over forskningen på feltet habilitering og rehabilitering de siste fem årene, dvs. i perioden 2003-2008.

Det ble gjennomført en elektronisk spørreskjemaundersøkelse blant institusjoner som forsker på habilitering og/eller rehabilitering.

Noe av det mest interessante denne kartleggingen viste var mangelen på forskning knyttet til rehabilitering i tråd med rehabiliteringsdefinisjonen fra forskrift om habilitering og rehabilitering. Det gjøres forskning på mange delprosesser, men forskning på effekt av rehabilitering som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet er nærmest totalt fraværende.

- b) *Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet*

Kunnskapssenteret ga i desember 2009 ut en rapport som oppsummerte forskningslitteratur om effekten av at brukere medvirker i sin rehabilitering.

Forskningslitteraturen rapporterte oppmuntrende resultater, men fant ikke signifikant forskjell fra kontrollgruppen. Svært lav kvalitet på dokumentasjonen medførte at man ikke kunne trekke sikre konklusjoner om rehabilitering endrer brukeres deltakelse sosialt og i samfunnet. Konklusjonen ble å slå fast behovet for større og bedre studier.

- c) *Organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus*

På oppdrag fra helse Nord foretok Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i 2007 en kunnskapsoppsummering hvor det søkt etter, kritisk vurdert og oppsummert forskning fra eksisterende systematiske oversikter om organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus.

Mest studert er organisering av behandling og rehabilitering av slagpasienter i sykehus. Kunnskapsoppsummeringen viser at det er solid grunnlag for å si at behandling og rehabilitering i egne slagenheter gir lavere dødelighet sammenliknet med andre måter å organisere slagrehabilitering på. Pasienter som rehabiliteres i slagenheter er også oftere selvhjulpne i egen bolig ett år etter at slag intraff enn

slagpasienter som får andre tilbud. "Early supported discharge", dvs. godt planlagt og koordinert tidlig utskrivning fra sykehus viser at slagpasienter som fikk et slikt tilbud var selvhjulpne og hadde mindre behov for institusjonsomsorg.

For pasienter med multippel sklerose (MS) viser kunnskapsoppsummeringen at rehabilitering i sykehus synes å bidra til økt aktivitetsnivå, selv om det ikke påvirker funksjoner som allerede er tapt. For personer med ervervet hjerneskade (16-65 år) vil rehabiliteringsprogram med høy intensitet bidra til at raskere gjenvinning av tidligere funksjonsnivå sammenliknet med rehabiliteringsprogram med lavere intensitet. Pasienter med ryggmargsskade som raskt overføres til spinalenhet ser ut til å komme bedre ut med hensyn til nevrologiske utfall sammenliknet med pasienter som ikke fikk et slikt tilbud.

Når det gjelder eldre pasienter med lårhalsbrudd, vil de som rehabiliteres i separate orto-geriatiske enheter oftere være i live i egen bolig, sammenliknet med pasienter som behandles i vanlig ortopedisk avdeling

(Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008)

#### d) *Ambulante tjenester*

Helse Sør RHF gjorde i 2007 forsøk med tilleggstakster for ambulant virksomhet rettet mot enkelte pasientgrupper, og bestilte en kunnskapsoversikt fra Kunnskapssenteret for å få belyst om ambulante team medfører forbedret helse for pasientene og redusert bruk av spesialisthelsetjenester.

I rapporten fra Kunnskapssenteret vises det til at det er mange studier og systematiske oversikter som har vurdert effekten av ambulante tverrfaglige tjenester for pasienter med ulike sykdommer. Det ble funnet mest og best dokumentasjon om tiltak for pasienter med hjerneslag. For denne gruppen ble det vist at godt planlagt og koordinert tidlig utskrivning av slagpasienter fra sykehus med oppfølging i hjemmet av et tverrfaglig team, fører til reduksjon i et kombinert utfall av død eller behov for opphold i institusjon etter 6 måneder.

For de fleste andre pasientgrupper og tiltak viser Kunnskapssenteret til at dokumentasjonsgrunnlaget for å trekke sikre konklusjoner var begrenset. Det skyldes dels at det er for få og for små studier, og dessuten at det er svakheter i utførelsen av flere av studiene. Pasientgruppene som ble undersøkt var bl.a. MS, hjerneskade, hjertesvikt og epilepsi.

For pasienter med multippel sklerose (MS) ser et organisert rehabiliteringsprogram utenfor sykehus ut til å øke pasientenes opplevelse av å være mer fysisk aktive og sosialt deltakende, sammenliknet med standard behandling. For pasienter med alvorlig MS gir tverrfaglig rehabilitering ved innleggelse i institusjon muligens bedre effekt på kort sikt for pasientens aktivitetsnivå, sammenliknet med rehabilitering utenfor institusjon.

Pasienter med alvorlig hjerneskade kan muligens bedre funksjonsevnen og øke deltagelsen med innsats fra et tverrfaglig kommunebasert team. Rapporten viser til at tverrfaglige ambulante tiltak rettet mot pasienter med hjertesvikt trolig reduserer totaldødelighet målt etter ni måneder.

For pasienter med epilepsi vil spesialiserte epilepsienheter utenfor sykehus og team i kommunehelsetjenesten ledet av sykepleiere med spesialkompetanse muligens ha effekt på helse, livskvalitet og anfallshyppighet, og fører trolig til at pasientene er mer fornøyd med behandlingen og informasjonen de får

Kunnskapssenteret oppsummerer at det er behov for flere studier med robust design for å underbygge og videreutvikle rehabiliteringsinnsatsen for hjemmeboende pasienter med ulike kroniske sykdommer.

(Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010)

e) *Prosjekt HjemRehabilitering i Bærum kommune*

Dette prosjektet som ble avsluttet i 2002 prøvde ut satsing på hjemmebasert rehabilitering som strategi for å møte et økende pleie- og omsorgsbehov hos gruppen eldre og funksjonshemmede. Det ble etablert et team av fysio- og ergoterapeuter som ga tilbud i brukers hjem. På bakgrunn av kostnadsanalyse av fire beskrevne eksempler, gjennomført av Sintef, ble det anslått et anslagsvis årlig effektiviseringspotensial i størrelsesorden 6,3 mill for en gruppe på 50 brukere. Innsparing av institusjonsplasser var et sentralt element i beregningen. Prosjektet erfarte behov for bredere fagkompetanse i teamet.

(Bærum kommune, 2003)

### 2.11.2 ***Datagrunnlag***

#### **Individuell plan, koordinator og koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering**

a) *Individuell plan*

Formålet med individuell plan (IP) er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål. Ordningen innebærer at det til enhver tid er én tjenesteyter som har hovedansvar for å følge opp brukeren/pasienten. Denne kalles koordinator og tildeles etter at tjenestemottakeren har gitt samtykke til å starte planarbeid. Koordinatoren skal sikre brukermedvirkning, samhandling, dokumentasjon og framdrift i arbeidet.

I spesialisthelsetjenesten registreres antall pasienter som har IP i barnehabilitering og for diagnosene schizofreni og ADHD i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker. I tillegg registreres antall pasienter med IP i de private rehabiliteringsinstitusjonene. I følge kvalitetsindikatoren for individuell plan i barnehabiliteringen var det litt i underkant av 40 % som hadde individuell plan i første kvartal av 2011. I de private rehabiliteringsinstitusjonene er tallene for andel som har individuell plan varierende fra region til region, og ligger i følge NPR på fra rundt 1 % for den laveste (helse Midt-Norge) til rundt 8 for den høyeste (helse SørØst). I kommunene registreres antall IP blant mottakere av pleie- og omsorgstjenester i IPLOS. Ved utgangen av 2010 hadde 8 prosent av mottakerne av

hjemmesykepleie eller praktisk bistand fått en individuell plan. Dette er uendret fra 2009.

Disse registreringene besvarer ikke hvor mange som totalt har en individuell plan. Ny lov tydeliggjør at kommunene skal ha et hovedansvar for planarbeidet når det gis tjenester fra begge nivåer. Det taler for at et fremtidig registreringspunkt for IP bør være kommunen ved koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Dette ble prøvd ut gjennom en egen undersøkelse i alle kommuner i starten av 2011.

Undersøkelsen, hvor 77 % av kommunene svarte, viste at omkring 22 000 pasienter/brukere har en virksom IP og at det er over 9 700 koordinatorene. Et vidt spekter av tjenester er involvert i arbeidet, både innenfor helsetjenesten og andre sektorer. Det er særlig interessant å merke seg at skole- og barnehageetat oppgis i 8 av 10 kommuner. NAV og barneverntjenesten kommer også høyt opp på listen. For øvrig er det psykisk helsetjeneste som scorer høyest. Dette bildet går også igjen i spørsmålet om fra hvilke tjenester koordinatorene kommer.

Nasjonal helse- og omsorgsplan har som mål at antallet IP skal opp. Hvor mange som har rett på en IP er ikke kjent. Erfaringer gir grunn til å tro at det ligger et stort potensial i å realisere samhandlingsreformens mål om bedre koordinerte tjenester gjennom dette verktøyet.

*b) Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering*

Kommunene og spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. I ny lovgivning fra 1. jan 2012 er bestemmelsen løftet fra forskrift til lov. Loven tydeliggjør enhetenes overordnede ansvar for individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Enhetene skal legge til rette for kontinuitet i tjenesteytingen, brukermedvirkning og at det samhandles om planlegging og organisering. Gjennom dette gis enhetene en tydelig rolle i å bidra til bedre koordinering av tjenestene i samsvar med målene i samhandlingsreformen.

I 2010 ble det arrangert 9 regionale konferanser med formidling av nasjonale krav og føringer samt erfaringsutveksling. Suksesskriterier og eksempler på god praksis er formidlet gjennom rapporter fra flere undersøkelser. Til tross for dette har antallet kommuner som har etablert KE gått tilbake med 1 % fra 2009. Helsedirektoratet erfarer at etablerte enheter har gjort et betydelig arbeid i å tydeliggjøre rolle og funksjon. Det kan være grunn til å tro at nedgangen skyldes tidligere overrapportering.

I spesialisthelsetjenesten er det KE både på regionalt nivå og i helseforetakene. På regionnivå er det i likhet med 2009 tre av fire som har enheter for både habilitering og rehabilitering. Helse Sør-Øst har bare for rehabilitering. På helseforetaksnivå er andelen opprettede enheter økt og for de resterende er etableringsarbeid på gang.

## **Rehabilitering i kommunene**

*a) IPLOS*

I rapport 33/2011 fra Statistisk sentralbyrå er foreløpige resultater fra IPLOS data(individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene) for 2010

publisert. Rapporten viser at det har vært økning i de fleste tjenestetyper i fireårsperioden 2007- 2010. Unntaket er rehabilitering utenfor institusjon der det har vært nedgang fra 32 540 til 29 329 mottagere fra 2009 til 2010.

I følge SSB har nedgangen i rehabilitering utenfor institusjon trolig sammenheng med at det tidligere har blitt inkludert tall fra kommunal fysioterapitjeneste som ikke skulle ha vært rapportert over IPLOS. SSB viser også til at det i annet halvår for 2009 ble innført ny versjon av IPLOS og at kvaliteten på de forskjellige variablene er varierende. Det oppfordres derfor til varsomhet ved tolking av utvikling over tid.

Andelen av brukere som mottar habilitering og rehabilitering utenfor institusjon er større blant unge under 18 år enn i eldre aldersgrupper og noe større blant mottakere med omfattende bistandsbehov enn de med avgrenset bistandsbehov.

I 2010 ble det registrert 12 548 rehabiliteringsopphold i institusjon, en liten økning fra 12 218 i 2009. Rehabiliteringsoppholdene i institusjon for 2010 fordeler seg på følgende aldersgrupper:

0-17 år .....	9
18-49 år .....	243
50-66 år .....	1 246
67-79 år .....	3 263
80 år og over .....	7 787

Gjennomstrømming, definert som antallet opphold i året, økte fra 7,7 til 8,4 i tidsrommet 2009-2010.

### **Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten**

Når det gjelder venteliste- og aktivitetsdata i spesialisthelsetjenesten er Norsk pasientregister (NPR) denne rapportens hovedkilde til kunnskap. Norsk pasientregister er et av Norges sentrale helseregistre og blir drevet av Helsedirektoratet. Når pasienter får henvisning til eller behandling i et sykehus, en poliklinikk eller en avtalespesialist – det vi kaller spesialisthelsetjenesten – blir en rekke opplysninger registrert ved behandlingsstedet. Et utvalg av disse opplysningene sendes til Norsk pasientregister.

I rapporten er også SAMDATA-rapporten for 2010 brukt som kilde. SAMDATA-prosjektet (sammenlikningsdata for spesialisthelsetjenesten) utføres fra 01.01.2010 av Helsedirektoratet, avdeling for økonomi og analyse. SAMDATA har tidligere vært utført av SINTEF på oppdrag fra Helsedirektoratet. Formålet med SAMDATA er å utvikle, analysere og publisere standardiserte styringsindikatorer for spesialisthelsetjenesten, og å belyse hvordan tjenestene fungerer i forhold til aktuelle helsepolitiske mål.

SAMDATA bruker også NPR som kilde, men gjør diverse bearbeidinger av rådataene slik at de blir lettere tilgjengelig.

Årsrapporten til beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten for 2010 er også brukt som datakilde. Dette utvalget har som formål å opparbeide et nøytralt faktagrunnlag om spesialisthelsetjenesten. Faktagrunnlaget skal baseres på

tilgjengelige data. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten skal gi en faglig tolkning av faktagrunnlaget som sammenstilles, og er et rådgivende organ for Helse- og omsorgsdepartementet.

a) *Rettighetstildeling og ventetider*

Ser en alle fagområdene innen somatikk i spesialisthelsetjenesten under ett, er landsgjennomsnittet på tildeling av rett til nødvendig helsehjelp ca. 60 % per 3. tertial i 2010. Ser en derimot på fagfeltet fysikalsk medisin og rehabilitering, så er landsgjennomsnittet på rettighetstildeling nede på om lag 27 % per 3. tertial 2010. I tillegg er det store regionale forskjeller på rettighetstildelingen, der Helse Vest og Helse Midt ligger relativt høyt over Helse Nord og Helse Sør-Øst.

Når det gjelder gjennomsnittlig ventetid på start behandling for fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering, så er den noe kortere enn gjennomsnittet for alle fagområdene sett under ett. For de normalt avviklede pasientene er gjennomsnittlig ventetid på 83 dager per 3. tertial 2010, mens det for fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering ligger på 53 dager.

Å sammenligne fagfelt på tvers, såkalt horisontal prioritering, er en vanskelig øvelse. Det synes imidlertid klart at fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering er underlagt en særlig streng praksis hva gjelder rettighetstildeling. Det er naturlig at dette vil føre til noe kortere ventetider enn for gjennomsnittet av pasienter i somatikk i spesialisthelsetjenesten.

b) *Aktivitetsdata*

Det er en nedgang i antall pasienter som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fra 2009 til 2010 var denne nedgangen på om lag 2000 pasienter på sykehusnivå, og på om lag 3000 pasienter ved de private rehabiliteringsinstitusjonene. Antallet polikliniske rehabiliteringspasienter økte imidlertid med om lag 1800. Aktivitetsnedgangen fra 2009 til 2010 er i hovedsak en fortsettelse av utviklingen fra 2008 til 2009 (Helsedirektoratet 2011)

Denne utviklingen later til å stå i kontrast til føringene i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering om at dette feltet skal prioriteres sterkere, samt til føringene i de regionale helseforetakenes oppdragsdokumenter for 2009 der det ble stilt krav om at aktiviteten innen rehabilitering og habilitering skulle styrkes med minst 1,5 prosent. I tillegg ga Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 de regionale helseforetakene i oppdrag å kjøpe tjenester hos private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner på minst samme nivå som i 2009.

Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten sier imidlertid i sin rapport for 2010 følgende:

*"For landet som helhet har det vært en reduksjon i opphold for døgnrehabilitering i sykehus med 8,9 prosent. Samtidig har det vært en økning i antallet dag- og polikliniske opphold med 9,5 prosent. I tillegg til rehabilitering i sykehus er det en betydelig virksomhet i private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak. For landet som helhet var det en reduksjon i antallet opphold*

*i slike institusjoner med 7,3 prosent fra 2009 til 2010. Samtidig viser nasjonale tall at de regionale helseforetakenes kostnader til kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner har vært uendret fra 2009 til 2010. Dette kan innebære at kvaliteten på det enkelte opphold har blitt bedre. Denne vurderingen samsvarer med de vurderingene samtlige regionale helseforetak gjør i årlige meldinger til Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalget har ikke tilgang til ytterligere data for å belyse problemstillingen.” (Beregningsutvalget 2011)*

### **2.11.3 Undersøkelser/tilsyn**

#### *a) Kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem*

Statens helsetilsyn gjennomfører i perioden 2009- 2012 en fireårig satsning på tilsyn med helse- og sosialtjenester til eldre. Det skal i denne perioden gjennomføres flere landsomfattende tilsyn med ulike temaer, hvorav kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem er ett av temaene.

Systemrevisjon omfatter følgende områder:

- Utredning av behov for rehabilitering
- Målsetting for og planlegging av rehabiliteringen
- Gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltak
- Utskrivning fra og avslutning av rehabiliteringsopphold

Ved flere av tilsynene med kommunens rehabiliteringstilbud i sykehjem ble det påvist manglende vurdering av rehabiliteringspotensialet ved innleggelse, manglende tværfaglig utredning og oppfølging av pasienten, samt manglende mål for rehabiliteringsprosessen. Helsetilsynet vurderer det som en utfordring at tiltak som er igangsatt for den enkelte pasient ikke alltid blir gjennomført av personell i avdelingen. Ved enkelte av sykehjemmene forelå ingen stillingsinstruks for sykehjemslegen og det var ikke etablert rutiner for å gjennomføre medisinsk vurdering ved innkomst for korttids- og rehabiliteringsopphold. Begrensede fysioterapiressurser var en utfordring ved noen sykehjem.

(Statens helsetilsyn, 2010-2011)

#### *b) Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid*

I 2008 gjennomførte landets fylkesmenn og Helsetilsynet i fylkene i fellesskap tilsyn med kommunenes samarbeid om tjenester til utsatte barn og unge. Kommunene tilrettelegging og oppfølging av samarbeid mellom barnevern-, helse- og sosialtjenester til barn i skolepliktig alder, og til ungdom i alderen 18-23 år, ble undersøkt i til sammen 114 kommuner.

Funnene viser at ikke alle kommuner legger til rette for nødvendig samarbeid, og mange følger ikke opp om tilretteleggingen etterleves. Kommunenes manglende oppfølging og kontroll av egne tjenesters samarbeid kan i følge dette tilsynet føre til at barn og unge ikke får rette tjenester til rett tid. Det konkluderes med at det samlet sett er grunn til bekymring for om barn og unge fanges opp til rett tid og får de riktige tjenestene. Landets kommuner bør gjennomgå sine rutiner for å sikre at de har tilrettelagt, fulgt opp og evaluert sine tjenesters samarbeid om utsatte barn og unge.

c) *Ikke likeverdige habiliteringstjenester til barn*

Fylkesmennene og Helsetilsynet i fylkene gjennomførte tilsyn med kommunale sosial- og helsetjenester og avdelinger for barnehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Det ble undersøkt om virksomhetene sikret at barn i alderen 0-18 år med medfødte, tidlig manifesterte og tidlig ervervede nevrologiske tilstander eller skader i nervesystemet ble fanget opp og fikk individuelt tilrettelagte og koordinerte tjenester. Tilsynene ble gjennomført i 40 kommuner og 21 avdelinger for barnehabilitering.

Konklusjonen var at Helsetilsynet mente at tjenestene varierte til dels svært mye og ikke var likeverdige for målgruppa som hadde behov for habilitering. Det var for store forskjeller i tilbudene i og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste til at dette kunne fortsette.



#### **2.11.4 Nye undersøkelser**

##### *a) Undersøkelse om rehabilitering i kommunene*

Høsten 2011 gjennomført Rambøll på oppdrag fra Helsedirektoratet en kvalitativ undersøkelse om rehabilitering i kommunene. De ble bedt om å beskrive status og eventuelt pågående utviklingsarbeid og planer.

Innbyggertallet i kommunene varierte fra 1200 til 110 000. Kommunene beskriver ulike måter å organisere sitt tilbud på. Det er få som oppgir at de kjøper tjenester fra eksterne tilbydere. Imidlertid er det tydelig at de små kommunene satser målbevisst på interkommunalt samarbeid for å sikre kompetanse. Alle kommuner har stor bevissthet om kommunens framtidige ansvar innen rehabilitering. Noen har allerede flere tiltak på gang, mens andre er mer avventende.

Kommunene beskriver hva de har som definerte rehabiliteringstjenester, som eksempelvis rehabiliteringsavdeling og rehabiliteringsteam/ambulant. I tillegg beskriver de fleste kommunene at hele spekteret av tjenester fra ulike fag og sektorer i kommunen inngår i rehabiliteringsarbeidet. Det viser et stort mangfold også utenfor helsesektoren, og at de fleste aktørene innen helse- og omsorg også er involvert i rehabilitering. Felles for alle er at fysio- og ergoterapeuter nevnes blant faggruppene.

Ni av de ti kommunene har koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Den som ikke har koordinerende enhet oppgir også at de sjelden bruker individuell plan. Små kommuner har bedre oversikt over tilbudet enn store kommuner og i åtte av kommunene er det koordinerende enhet som ivaretar dette. Få har oversikt over behov. Dette ser de som en utfordring i forhold til at tilbudet må samsvare med behov.

(Rambøll 2011)

##### *b) Gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i private rehabiliteringsinstitusjoner*

Rambøll Management Consulting gjennomførte i 2011 en gjennomgang av de regionale helseforetakenes (RHFenes) avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Hovedfunnene i rapporten var som følger:

- RHFene har samlet inngått avtaler med 50 institusjoner, hvorav Helse Sør-Øst RHF har inngått avtale med klart flest institusjoner (30).
- Helse Sør-Øst RHF og Helse Midt-Norge RHF har inngått avtaler over fire år, mens Helse Nord RHF og Helse Vest RHF opererer med ett-årig opsjon på forlenging av avtaler på henholdsvis tre år og to år.
- Gjennomgangen viser også at samtlige av RHFene har gjort endringer i sine kravspesifikasjoner i forbindelse med den siste anskaffelsesprosessen, som ble gjennomført i 2009 eller 2010. Endringene har innebåret skjerpede krav til kompetanse, tverrfaglighet, internkontroll og brukermedvirkning, samt at de har lagt større vekt på at tjenestene skal være spesialisert rehabilitering.
- Behovsvurderingene som gjøres av ulike brukergrupper av RHFene har mangler. De kanalene de ulike RHFene bruker var imidlertid sammenfallende, og var som følger;

- Kontakt med brukere/brukerorganisasjoner
- Kontakt med de lokale helseforetakene
- Kontakt med kommuner
- Kontakt med de private rehabiliteringsinstitusjonene
- Nasjonale føringer for prioriteringer mellom ulike bruker-/ diagnosegrupper
- Tilgjengelige offentlige dokumenter, kunnskap og forskning
- Gjennomgangen viser videre at de fire RHFene i stor grad etterspør rehabiliteringstilbud til de samme brukergruppene fra private rehabiliteringsinstitusjoner. Dette gjelder især følgende brukergrupper:
  - Ortopedi, generelle bruddskader
  - Amputasjoner, protesekirurgi, ryggkirurgi
  - Hjerte-/ karsykdommer
  - Kols
  - Andre lungesykdommer
  - Kreft
  - Bløtdelslidelser
  - Ortho-geriatiske pasienter
  - Hjerneslag
  - Hjerneskode etter sykdom/traume
  - Nevrologiske sykdommer/lidelser
  - Reumatiske lidelser
  - Muskel/skjelettlidelser
  - Kronisk smerte
  - Overvekt
  - Diabetes
  - Tinnitus
  - I tillegg kjøper samtlige av RHFene rehabiliteringstjenester til unge med behov for hjelp til å mestre hverdag/ fritid/ utdanning/ jobb og rehabilitering med utdanning og arbeid som mål.
  - Det varierer mellom RHFene hvorvidt de har inngått avtaler om rehabilitering av pasienter med psykiske lidelser.
- De aller fleste institusjonene tilbyr rehabiliteringstjenester til mer enn en brukergruppe, og dekker mellom fem og ti ulike diagnosegrupper. Samtlige regioner har fokus på å øke tilbudet til ungdom og unge voksne.
- Det synes å være godt samsvar mellom de tjenestene RHFene etterspør i kravspesifikasjonene, og de tjenestene som inngår i avtalebrevene med de private rehabiliteringsinstitusjonene.
- RHFene etterspør økt andel dagtilbud istedenfor døgntilbud. En felles utfordring for at dette realiseres er store geografiske avstander i regionene og usentralt beliggende institusjoner.
- Alle RHFene stiller noen basiskrav til en grunnbemanning som institusjonene må oppfylle. I tillegg stiller RHFene spesifikke fag- og kompetansekrav til behandlere av ulike diagnosegrupper. RHFene legger økt vekt på tverrfaglighet, og det stilles konkrete krav til tverrfaglig kompetanse og systematisk jobbing i tverrfaglige team i institusjonene.
- Alle RHFene stiller konkrete krav til brukermedvirkning hos rehabiliteringsinstitusjonene.
- Alle RHFene fremhever pasientenes rett til individuell plan i sine konkurransegrunnlag/kravspesifikasjoner.

- Alle RHFene stiller konkrete krav til samhandling med relevante aktører i pasientens rehabiliteringsprosess, som pasientens hjemkommune og henvisende helseforetak, som et virkemiddel for å sikre et helhetlig rehabiliteringsforløp for pasienten.
- Gjennomgangen viser at det er krevende for institusjonene å innfri alle kravene som stilles til samhandling. Dette er først og fremst fordi de er avhengige av samhandling med flere aktører på ulike nivå i tjenesteapparatet.  
(Rambøll 2011)

### **2.11.5 Noen andre rehabiliteringsrelevante dokumenter og undersøkelser**

- a) *Gjennomgang av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten - Hvilke oppgaver kan vurderes overført til kommunene?*

Denne rapporten som ble utarbeidet av Helsedirektoratet ga følgende anbefalinger knyttet til hvilke oppgaver som kunne vurderes overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene:

- Eldre som mottar vanlig rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner kan vurderes overført til kommunehelsetjenesten, under forutsetning av lokal kompetansebygging og tilrettelegging av bolig.
- Pasienter i diagnosegruppene fedme og artrose (alle aldersgrupper) som mottar vanlig rehabilitering i private rehabiliteringsinstitusjoner anbefales overført til kommunehelsetjenesten.
- LMS-tilbudene i spesialisthelsetjenesten opprettholdes og en overføring av ansvar kan vurderes når flere kommuner har opprettet LMS.
- Den delen av rehabilitering med arbeid som mål som i dag ligger i spesialisthelsetjenesten bør ikke overføres før lignende kompetanse er utviklet i kommunene
- Rehabilitering som skjer i forbindelse med akuttbehandling i sykehus må videreføres

(Helsedirektoratet 2010)

- b) *Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne*

Denne rapporten som Synovate bisto Helsedirektoratet i å utarbeide viste at det var mange hindringer i veien for et godt rehabiliteringstilbud for ungdom og unge voksne:

- For dårlig samsvar mellom tilbud og behov – behovet vesentlig større enn tilbudet
- Fastlegene er i liten grad involvert i utarbeiding av individuell plan for målgruppen
- Uoversiktlig informasjon om gjeldende tilbud
- Liten grad av samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og fastlegen

(Synovate 2010)

c) *Sin egen lykkes smed*

Denne rapporten er skrevet av Unge funksjonshemmede og finansiert av prosjektmidler fra Helsedirektoratet, og hadde følgende hovedkonklusjoner:

- Ungdom må få rehabilitering sammen med annen ungdom. Ungdom har mange felles utfordringer på tvers av diagnoser, og det bør derfor opprettes diagnoseuavhengige rehabiliteringstilbud.
- Informasjonssystemene må bli bedre. Det er alt for tilfeldig hvordan ungdom får vite om relevante rehabiliteringstilbud.
- Ungdomshelse som felt må styrkes. Rapporten viser at ungdom ikke får gode nok tilbud tilpasset sin livsfase.

(Unge funksjonshemmede, 2011)

d) *Rehabiliteringsbehov hos unge trygdemottakere*

SINTEF Helse ga i 2007 ut en rapport på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten presenterer resultater fra en spørreundersøkelse blant unge uføre. Det er sendt ut spørreskjema til om lag 2000 personer mellom 18 og 29 år som mottok varig uførepensjon eller tidsbegrenset uførestønning første gang i 2005. Rapporten avdekket blant annet at det var gitt uførepensjon uten at rehabiliteringsbehov og –muligheter var vurdert, samt at mange ikke kjente til habiliterings- og rehabiliteringstilbud og heller ikke hadde fått slike.

(Sintef Helse 2007)

e) *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*

Kunnskapssenteret ga i 2011 ut denne rapporten, med følgende hovedfunn:

- Kvaliteten på dokumentasjonsgrunnlaget er lav eller svært lav for de fleste sammenligningene og dokumentasjonen er for mangelfull til å trekke konklusjoner.
- Generelt ser gruppeundervisning ut til å ha positiv effekt på psykososiale utfall som psykisk helse, mestring, relasjoner og kunnskap om egen sykdom.
- For personer med diabetes type 2, har gruppeundervisning bedre effekt på regulering av blodsukker og fører muligens til bedre mestring, kunnskap og pasienttilfredshet enn vanlig praksis, venteliste eller ingen tiltak. Det er ikke påvist forskjell på livskvalitet og helseatferd av gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling eller placebo.
- For personer med akutte rygg smerter har gruppeundervisning muligens bedre effekt på smertevarighet og sykefravær enn ingen behandling eller placebo, men det er ikke påvist forskjell sammenlignet med fysisk trening.
- For personer med schizofreni har gruppeundervisning muligens bedre effekt på psykisk helse og kunnskap om egen sykdom enn vanlig praksis.
- For pasienter med ulike kreftsykdommer, har gruppeundervisning trolig bedre effekt på depresjon, angst, livskvalitet, mestring og relasjon til partner enn vanlig praksis, men det er ikke påvist forskjell mellom gruppeundervisning sammenlignet med ingen behandling eller placebo.
- Gruppeundervisning fører trolig til at flere slutter å røyke sammenlignet med både selvhjelpsgrupper og ingen intervensjon, men det er ikke påvist forskjell sammenlignet med nikotinerstatning.

(Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2011)

f) *Kartlegging av situasjonen til barn og unge med sansetap*

Rambøll gjorde i 2011 en kartlegging av situasjonen til barn og unge med sansetap på oppdrag for Helsedirektoratet. Kartleggingen viste manglende oversikt i kommunene over forekomst av barn og unge med sansetap og deres behov.

Hovedanbefalingene i rapporten var:

- Økt satsning på informasjonsarbeid
- Tidlig kartlegging av individuelle behov og involvering av sentrale instanser
- Implementering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Økt involvering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen
- Utarbeide forslag til rutiner for samarbeid
- Økt satsning på interkommunalt samarbeid
- Bedre systemer for samhandling for utnyttelse av spisskompetanse  
(Rambøll 2011)

g) *Kartlegging av hørselskontaktordningen*

h) *Kartlegging av synskontaktordningen*

Dette er to separate rapporter utarbeidet av Synovate for Helsedirektoratet. Begge rapporter viste at syns- og hørselskontaktordningen ofte ble ivaretatt av samme person i kommunene. Dette gir muligheter for å se sansetapsproblematikk i sammenheng i kommunene. Kompetansenivået til disse kontaktene er veldig varierende, og stillingsbrøken deres er gjennomgående lav. Fokuset til disse er i stor grad rettet mot den eldre delen av befolkningen, noe som går ut over tilbudet til barn og unge med sansetapsproblematikk.

(Synovate 2010)

i) *"Ingen forstår hvor slitsomt det er"*

"Ingen forstår hvor slitsomt det er", som er sluttrapporten for prosjektet "Fra skolebenk til arbeid", utarbeidet av Rehab-Nor i samarbeid med Hørselshemmedes landsforbund, finansiert av midler fra Stiftelsen Helse og Rehabilitering argumenterer for at også unge med hørselshemninger skaffer seg arbeidslivserfaring. Andre unge har hatt arbeid om ettermiddagen og i ferier og har slik vist at "de kan". Ungdom med hørselshemninger er ofte mer slitne enn andre etter en skoledag, og atfføringspenger i ferier øker heller ikke motivasjonen for å arbeide i fritiden. God tilrettelegging i skole-/ studiesituasjonen gir mindre belastning og mer overskudd til å ta på seg arbeid.

(Rehab-Nor 2009)

j) *Får ikke hjelpen de skal ha*

En forskningsrapport med tittelen "Skadet for livet – myndig i eget hus? En analyse av folks erfaringer i rehabiliteringsprosesser, og samspill mellom mottakere og utøvere i rehabilitering" fra Universitetet i Tromsø viste at i utkant-Norge fikk ikke skadde personer den rehabiliteringen de skulle ha. I forskningsprosjektet fulgte man

seks personer med ryggmargsskader som bodde i små og mellomstore kommuner, og fant at kommunene ikke hadde tilstrekkelig kompetanse på rehabilitering. Det var lite kunnskap blant kommunens tjenesteytere om hvordan de skulle følge opp alvorlig skadde etter at de var kommet til hjemkommunen, det var manglende samarbeid mellom tjenesteyterne, manglende bruk av og kjennskap til individuell plan som verktøy og manglende kjennskap til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

(Universitetet i Tromsø, 2008)

k) *Funksjonsnedsettelse, oppvekst og rehabilitering*

I denne rapporten fra NOVA ble det gjennomført intervjuer med en gruppe unge med nedsatt funksjonsevne i tillegg til ledere av koordinerende enhet for rehabilitering i et antall kommuner og bydeler. Studien viste at det var nødvendig å forbedre samhandlingen når det gjelder unge med behov for sammensatte helsetjenester. Anbefalingene i rapporten gikk blant annet på at overføring av kunnskap og ansvar mellom barnehabiliteringen og voksenhabiliteringen var en vesentlig forutsetning for kontinuitet i tjenestetilbudet og at fastlegen var en nøkkelperson i arbeidet rundt denne målgruppen. Samarbeid mellom habiliteringen i spesialisthelsetjenesten og fastlegen, samt inklusjonen av fastlegen i det kommunale habiliteringstilbudet, var viktige tiltak som ble trukket fram.

(Nova-rapport 19/10, 2010)

l) *Rapporten "Et reddet liv skal også leves"*

Sosial- og helsedirektoratet tok i 2005 i samråd med en arbeidsgruppe fra de regionale helseforetakene og Landsforeningen for Trafikkskadde i Norge stilling til hva rehabiliteringstilbudet til mennesker med alvorlige hodeskader bør inneholde og hvordan det bør organiseres.

Anbefalingene deres var som følger:

Fase 1: Akutt behandling og tidlig rehabilitering

Omfatter prehospital fase, akutfase i sykehus og tidlig rehabilitering. Funksjon for tidlig behandling og tidlig rehabilitering knyttes til hvert av sykehusene som har nevrokirurgisk enhet i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Fase 2: Behandling og rehabilitering i sykehus / avdeling for spesialisert rehabilitering

Tilbudet i denne fasen gis i hver av de fem helseregionene knyttet til avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering eller spesialisert rehabiliteringssykehus.

Fase 3: Opptrening og funksjonell rehabilitering etter sykehusopphold

– Ambulant virksomhet: knyttes til det sykehuset der fase 2-tilbudet er forankret i den aktuelle regionen.

– Poliklinikk: kan desentraliseres avhengig av tilgjengelig kompetanse og ressurser.

– Senfasetilbud: organiseres desentralisert

– Kommunale tjenester: styrking av den enkelte kommune og interkommunalt samarbeid

I tillegg sluttet de at forskning og fagutvikling var en forutsetning for å fremskaffe kunnskaper som ga mulighet for bedret behandlingsresultat, og bedre livskvalitet for dem som var berørt.

(Helsedirektoratet 2005)

*m) Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*

Helsedirektoratet utga i 2010 Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag (IS 1688). Retningslinjen omhandler behandling i akuttfasen, sekundærforebygging og rehabilitering ved hjerneinfarkt og intracerebral blødning.

Retningslinjene anbefaler at alle pasienter med akutt hjerneslag behandles i en slagenhet som kombinerer akutt behandling og rehabilitering med sterkt fokus på tidlig mobilisering og rehabilitering. Pasienter med hjerneslag som har behov for rehabilitering i sykehus i forlengelse av akutttoppholdet, bør få tilbud om innleggelse i en rehabiliteringsavdeling. Dette vil gjelde pasienter som har behov for multiple diagnostiske og terapeutiske intervensjoner som ikke er tilgjengelig i kommunen, har en medisinsk tilstand som krever oppfølging i sykehus eller med et så stort hjelpebehov at rehabilitering må organiseres slik at adekvat hjelp kan gis 24 timer i døgnet. Pasienter med kognitive utfall, alvorlige sensomotoriske utfall eller språkproblemer er eksempler på pasienter, som i henhold til retningslinjene, kan være aktuelle for rehabilitering i sykehus.

Retningslinjene beskriver ” Early supported discharge”- tidlig støttet utskrivning, dvs en raskest mulig tilbakeføring til et aktivt liv i hjemlige og stimulerende omgivelser med tett oppfølging fra et tverrfaglig ambulerende team, nært samarbeid og samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjeneste og ofte en avsluttende poliklinisk kontroll i spesialisthelsetjenesten. Retningslinjene anbefaler tidlig støttet utskrivning for pasienter, i byer og bypregede strøk, som har mild og moderat funksjonssvikt. Disse bør bli utskrevet direkte fra sykehus til hjemmet med oppfølging av ambulerende slagteam, og få et rehabiliteringstilbud i hjemmet eller i dagavdeling der dette er mulig.

Pasienter med funksjonssvikt som medfører stort omsorgsbehov som ikke kan ivaretas i hjemmet, bør få tilbud om rehabilitering i en rehabiliteringsavdeling. Tidlig hjemreise fra sykehus uten systematisk oppfølging frarådes, og der en systematisk oppfølging ikke er etablert bør institusjonsrehabilitering tilbys.

Retningslinjene anbefaler at rehabilitering i kommunene skjer i tverrfaglige og stimulerende omgivelser og i nært samarbeid med foregående ledd i behandlingsskjeden (slagenhet eller rehabiliteringsavdeling) slik at en koordinert oppfølging og rehabilitering kan tilbys.

### 3 Gjennomgang av dagens pasientforløp innen rehabilitering

Denne delen av rapporten omhandler oppdrag 1a i oppdragsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, som har følgende ordlyd:

*En gjennomgang av dagens pasientforløp for pasientgrupper innen somatiske fagområder der rehabilitering eller opptrening er en sentral del av forløpet.*

#### **3.1 Noen innlegg fra arbeidsgruppemøtene**

På de neste sidene følger en oppsummering av noen av innleggene som ble holdt på arbeidsgruppesamlingene. Hver av hovedaktørene (de regionale helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene, kommunen/KS og brukerorganisasjonene) er representert med hvert sitt innlegg. I tillegg gjengis Rambølls presentasjon av undersøkelsen om RHF'enes avtaler med rehabiliteringsinstitusjonene (Rambøll 2011).



## Rehabilitering i kommuner med bakgrunn i samhandlingsreformen

*John Jakobsen, KS*

En anbefaling knyttet til ansvar for rehabilitering og habilitering i Norge må ha som utgangspunkt hvordan kommune-Norge er sammensatt.

Over 60 % av kommunene har under 3000 innbyggere, avstandene er store og transport av pasienter kan være en utfordring.

Samarbeid mellom kommunene vil ofte være en forutsetning for etablering av et kvalitativt godt tilbud for mindre kommuner, men kan samtidig være utfordrende med lange avstander.

Fokusområdene for spesialisthelsetjenesten og kommunene er svært forskjellig. Spesialisthelsetjenesten har sitt fokus på behandling og spesialisert rehabilitering, mens kommunene må ha fokus på mange områder som ikke har med behandling og rehabilitering å gjøre. Dette være seg skole, veger, utbygging, arealplanlegging m.m.

Statistikk viser at den spesialiserte rehabiliteringen har hatt en markant nedgang, uten at en kan vise til entydige grunner for en slik utvikling.

Er det kommunene som har tatt hånd om de pasientene som ikke har fått et spesialisert rehabiliterings – tilbud?

En vesentlig del av den helhetlige rehabiliteringen skjer i kommunene, eventuelt med veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Kommunale rehabiliteringstjenester er 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.

Kommunene har også ansvar for å identifisere behov for hjelpemidler, bistå i søknadsprosessen og i samarbeid med NAV bistå i bruk av hjelpemidler.

Når en skal planlegge rehabiliteringsforløp og ansvar, blir det viktig at spesialisthelsetjenesten og kommunene har felles forståelse av mål, tiltak og hensikt.

Den enkelte bruker / pasient må være med å bestemme over eget rehabiliteringstilbud, enten det gjelder planlegging, gjennomføring, evaluering eller avslutning.

Dersom kommunene skal ta et større ansvar for rehabilitering, betinger det at kommunen tilføres kompetanse og ressurser.

Kostra – tall viser at en ikke har hatt særlig økning av antall fysioterapi – stillinger / hjemler i kommunene de siste årene.

Kan ambulante team fra spesialisthelsetjenesten være et nyttig redskap for kommunehelsetjenesten for å avhjelpe manglende kompetanse, mens kommunene bygger opp.

Et område som må ha særlig fokus i tiden framover er gode og funksjonelle kommunikasjonsløsninger knyttet til nettbasert kommunikasjon.

## **Felles rehabiliteringsprosesser på tvers av diagnoser**

*Av Iselin Marstrander, direktør ved Valnesfjord Helseportssenter*

Valnesfjord Helseportssenter (VHSS) har i 30 år tilbudt døgnopphold innen spesialisert habilitering/rehabilitering for alle aldersgrupper, for tilnærmet alle diagnosegrupper (somatisk kombinert med lettere psykisk). Virksomheten yter primær rehabilitering, ca 25 % er kompleks rehabilitering, 30 % er barn/unge under 30 år. Virksomheten er organisert i tverrfaglige team, og inkluderer 12 ulike faggrupper.

Rehabiliteringsvirksomheten er forankret i ICF. Samspillet mellom kroppsfunksjoner/-strukturer, aktiviteter og deltakelse sier noe om en persons funksjonsevne. Funksjonsevnen påvirkes i tillegg av helsetilstand (diagnose), faktorer i omgivelsene/miljøet og personlige faktorer.

Sykdom og diagnose er i seg selv ikke avgjørende når målgrupper for rehabilitering defineres. Sykdommens/skadens alvorlighetsgrad og kompleksitet vil ha betydning for funksjonsevnen, samt følgene av sykdommen/skaden. I tillegg vil pasientens/brukerens samlede livssituasjon, personlige ressurser og evne til å mestre sykdommen være sentralt for vurdering av rehabiliteringsbehov og innsatsbehov.

Rehabilitering har som formål å bedre den samlede funksjonsevnen og å understøtte pasientens/brukerens ressurser, personlige autonomi og muligheter for eksempelvis til å være forelder, ektefelle, ha tilknytning til arbeidslivet, være aktiv deltaker i en fritidsaktivitet eller være aktiv i andre sosiale sammenhenger.

Inntak på VHSS er i hovedsak gruppebasert og er forankret i funksjonskriterier. Det er innholdet og målsettingen i søknaden til den enkelte som avgjør hvilket program som passer best. Diagnosen blir "bakteppet". Metodikk er vesentlig for mange vellykkede rehabiliteringsprosesser. Fellesnevnerne i grupper kan være: mestring av sykdom/symptomer, mulighetsorientering/nyorientering, mål om utdanning eller arbeid, håndtering av livsfaseoverganger, intensiv trening og utprøving av hjelpemidler. For pasientene/brukerne vil slik gruppesammensetning gi verdifullt fellesskap og innsikt i egne og andres livsutfordringer, gi perspektiver på eget liv, gjøre det mulig å fokusere mindre på diagnosen og mere på mestring og ressurser. Inntak på bakgrunn av funksjon er en god måte å ivareta "diagnoseløse", ulike alderssegment (ungdom), minoritetsgrupper og mer komplekse sykdomsbilder av psykisk/somatisk art.

Inntak på bakgrunn av diagnoser gjennomføres også, men er erfaringsmessig viktigst i tidlig fase av ervervet sykdom/skade, der likemannsarbeid og nettverk er viktig og informasjonsbehovet er stort.

Uansett inntakskriterier er fagpersonalets diagnose-kunnskap og -erfaring avgjørende for å kunne jobbe helhetlig og funksjonsrettet. Dette er grunnleggende for forståelse, veiledning, undervisning, etc.

## **Sykdom og skade – funksjon og mestring. Samarbeid om rehabilitering over forvaltningsnivåene. Nord-Trøndelagsmodellen**

*Dagfinn Thorsvik, Helse Nord-Trøndelag HF*

Kommunene, sykehusene, de private rehabiliteringsorganisasjonene, brukerorganisasjonene og statlige instanser i Nord-Trøndelag fylke har de siste 12-15 år utviklet felles samarbeidsorganer, faglig kompetanse og samarbeidsrutiner innen habilitering og rehabilitering.

Kommunene (KS), Nord-Trøndelag fylkeskommune (sykehuseier) og Fylkesrådet for funksjonshemmede utarbeidet i 1999 sammen en "Samordnet plan for rehabilitering". Planen ble starten på et strukturert, faglig og organisatorisk samarbeid om rehabilitering mellom alle aktuelle aktører i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsmodellen viste seg å samsvare godt med intensjonene i Forskrift om habilitering og rehabilitering som kom i 2001

Hovedelementene i modellen er følgende:

- En basisavtale for samhandling mellom alle kommuner og sykehusene i Levanger og Namsos (senere Helse Nord-Trøndelag)
- Relevante sykehustjenester (Habiliteringstjeneste for barn og voksne 1991, Hjelpemiddelsentral 1996, etablering av Rehabiliteringsavdeling ved Sykehuset Levanger 2002),
- Koordinerende enheter i alle kommuner
- Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten (Sykehustjenestene, Nav/hjelpemiddelsentralen, Stat-ped)
- Koordinatorforum – møteplass for koordinatører/ledere for re-/habilitering i kommunene, sykehustjenestene, rehabiliteringsinstitusjonene, brukerorganisasjonene. Møter hvert halvår.
- Årlige re-/habiliteringskonferanser. Faglig møteplass for personell som arbeider med re-/habilitering
- Fagnettverk for personell som arbeider med brukere med sansetap/kommunikasjonsproblemer
- Implementering av ICF som felles metodikk
- Felles henvisningsmottak for spesialisert rehabilitering
- Felles Web-side

Gjennom prosjektet "Sammen for rehabilitering" i 2007-2008 ble de private rehabiliteringsinstitusjonene i fylket knyttet faglig sammen med spesialisthelsetjenesten i fylket, bl.a felles kvalitetsutvalg og felles inntak. Institusjonene har spesialisert seg i forhold til diagnosegrupper (nevrologi, ortopedi, revmatologi, med mer). En av institusjonene, Namdal Rehabilitering eies av de 16 kommunene i nordre del av fylket. 16 av de 26 plassene ved institusjonene brukes som institusjonsbasert kommunal rehabilitering. Namdal rehabilitering representerer dermed en interkommunal ressurs-/kompetansebase.

Nord-Trøndelagsmodellen har ført til en naturlig oppgavedeling mellom forvaltningsnivåene innen re-/habilitering. Brukerne har fått riktig hjelp til sin prosess til riktig tid og på riktig sted. Rehabilitering er et "nytt" fagfelt innen helsetjenesten. Modellen har ivaretatt behovet for kompetanseutvikling innen fagfeltet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

## Hvorfor er det så vanskelig og lykkes på rehabiliteringsområdet?

Andreas Habberstad, administrasjonssjef FFO

Det har siden slutten av 1990 tallet blitt foretatt et titalls utredninger som blant annet har munnet ut i Stortingsmeldinger, strategier, en rekke ulike veiledere og andre dokumenter og rapporter. Det betyr at rehabiliteringsområdet er veldig godt utredet. Vi vet hvor det er mangler, og vi vet derfor også en del om hva som må til for å lykkes. I tillegg er det politisk hold både forståelse for hva som trengs og hvorfor:

*"Komiteen understreker viktigheten av et godt og riktig rehabiliterings- og habiliteringstilbud blir gitt til alle som trenger det uavhengig av bosted, alder og funksjonsnedsettelse. Riktig mengde til riktig tid er avgjørende for folks mulighet til å stå i arbeid og greie seg selv i størst mulig grad.*

*Komiteen er av den oppfatning at det er sammenheng mellom omfanget av rehabilitering og høyt sykefravær."*

(Budsjettinnstilling S.nr. 11 (2010-2011))

Når vi allikevel ikke lykkes har FFO pekt på at det blant annet skyldes at politikerne ikke evner å følge opp sine vedtak. I den forbindelse har FFO flere ganger tatt til orde for en forpliktende oppfølgingsplan. Denne må omfatte konkrete innsatser slik at man når målet om at alle som trenger det skal få habilitering og rehabilitering. Handlingsplaner for nasjonale og lokale innsatser som utarbeides med utgangspunkt i en slik opptrappingsplan må blant annet omfatte en kraftig økning i omfanget av rehabiliteringsinnsatsen, kvalitet og fagutvikling på området, økt satsing på forskning og videreutvikling av brukermedvirkning.

### Kjøp av opptrening og rehabilitering

Et område som kan stå som et grelt eksempel på at rehabiliteringsfeltet utvikler seg i feil retning er kjøp av tjenester ved de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. Etter at regjeringen fjernet den tidligere øremerkingen og flyttet midlene inn som en del av rammefinansiering til de Regionale helseforetakene, har FFO mottatt tilbakemeldinger om at tilbudet er redusert. Dette dokumenteres nå med tall fra Samdata i spesialisthelsetjenesten 2010, som i sin rapport kapittel 10 "Rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten" blant annet skriver:

*"Antall pasienter som mottok institusjonsbasert rehabilitering ved sykehus gikk ned med om lag 2 000 pasienter. Ved private rehabiliteringsinstitusjoner gikk antall pasienter ned med om lag 3 000."*

(Samdata i spesialisthelsetjenesten 2010)

Tallmaterialet i rapporten viser nedgangen fra 2009 til 2010, og denne aktivitetsnedgangen er i hovedsak en fortsettelse av utviklingen fra 2008 til 2009. Denne dokumentasjon av nedgang tyder på at FFO har hatt rett når vi tidligere har uttrykt bekymring i forhold til en fryktet reduksjon av tilbudet ved å fjerne den tidligere øremerkede bevilgningen. Brukerne ivaretas rett og slett ikke godt nok når kjøp av opptrening og rehabilitering skal effektueres innenfor rammebevilgningen til de regionale helseforetakene.

### Tilbud til ungdom

Unge funksjonshemmede har i en rapport "Sin egen lykkes smed" høsten 2011 blant annet fått følgende tilbakemelding fra ungdom:

*"Informasjonskanalene om rehabilitering er lite kjent. Hvem som får tilgang til hvilke tilbud avhenger i stor grad av hvilke behandlere man kommer i kontakt med, og hva disse behandlerne har av kunnskap. Det avhenger i mindre grad av hvilke behov den enkelte faktisk har."*

Dette viser med all tydelighet at det er behov for en samlet oversikt over det totale habiliterings- og rehabiliteringstilbudet, slik at man kan få frem et best mulig kunnskapsgrunnlag om det udekkede behovet for habilitering og rehabilitering.

## Gjennomgang av tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner 2008-2011

*Marit Løken, Rambøll*

Formålet med oppdraget har vært å kartlegge de regionale helseforetakenes anskaffelsesprosesser når det gjelder kjøp av tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner, utarbeidelse av kravspesifikasjoner og hvordan de kartlegger behov blant regionens brukere. For å gjennomføre kartleggingen har vi benyttet oss av dokumentstudier av konkurransegrunnlag, kravspesifikasjoner og avtaler. I tillegg har vi gjennomført kvalitative intervjuer med nøkkelpersoner i de fire RHF-ene.

Inntil 2006 ble rehabiliteringsinstitusjonene finansiert av Folketrygden. I 2006 fikk de regionale helseforetakene finansieringsansvaret for rehabiliteringsinstitusjonene samtidig som de fikk ansvaret for rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten. For rehabiliteringsinstitusjonene medførte dette endrede krav til faglig i tillegg til at hver institusjon måtte inngå nye avtaler med de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene på sin side fikk ny rolle som bestiller og innkjøper av rehabiliteringstjenester.

De regionale helseforetakene foretar anskaffelser i henhold til regelverket for offentlig anskaffelser. De har egne fagavdelinger knyttet til innkjøp. Avtalene varierer mellom RHF-ene. Enkelte inngår avtale på 2 år, mens andre inngår avtaler på 4. Det er til sammen inngått avtaler med 50 institusjoner. Helse Sør-Øst har inngått avtaler med 30 institusjoner og de andre har inngått avtaler med 6-8 institusjoner hver.

For å kartlegge behov blant brukerne i regionen bruker de regionale helseforetakene stort sett de samme kildene; kommunene, nasjonale føringer, rehabiliteringsinstitusjonene, de lokale helseforetakene, dokumenter, litteratur og brukerorganisasjonene. Måten behovskartleggingen er foretatt på, varierer. Det er for øvrig liten systematikk i hvordan kartleggingen utføres i praksis.

Tilbudet til de ulike brukergruppene synes likt i de fire regionene, men regionene vektlegger de ulike brukergruppene ulikt når det gjelder tilbud. Barn og ungdom er en økende brukergruppe, mens tilbudet er redusert innenfor ortopedi og opptrening.

Det synes å være samsvar mellom de tjenester som helseforetakene etterspør og de tjenestene som inngår i avtalene med de private rehabiliteringstjenestene. I de tilfeller RHF-ene har opplevd ikke å få inn tilbud på det de har etterspurt, har dette blitt løst ved at institusjonene har opprettet nye tilbud.

De regionale helseforetakene stiller krav til kompetanse og til tverrfaglighet i rehabiliteringsinstitusjonene. Dette er blant annet dokumentert spisskompetanse på diagnosegrupper som skal behandles og tilbys et minimum av legetjenester på spesialisthelsetjenestenivå. Det stilles krav om tverrfaglig kompetanse og arbeid i tverrfaglige team.

Alle de regionale helseforetakene stiller krav til brukermedvirkning hos rehabiliteringsinstitusjonene. På individnivå understrekes viktigheten av at behandlingen skjer i tråd med pasientenes målsettinger. På systemnivå stilles det blant annet krav til at det utnevnes et brukerutvalg som skal utforme og kvalitetssikre tjenestene på overordnet nivå.

Alle RHF-ene stiller krav som skal sørge for et helhetlig rehabiliteringsløp for pasientene. Blant annet samhandling med den enkeltes hjemkommune, ambulerende team som reiser hjem til pasientene etter opphold på institusjon og oversendelse av epikriser, samt bruk av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

### 3.2 Valg av pasientgrupper som skal forløpsbeskrives

Det var mange diskusjoner i arbeidsgruppa om denne delen av oppdraget. Det ble tidlig klart at arbeidsgruppa ikke oppfattet det som sitt mandat å skulle foreta noen komplett gjennomgang av spesifikke diagnoserelaterte pasientforløp. I stedet besluttet man å gi en problembeskrivelse av dagens norske "rehabiliteringslandskap", med konkrete eksempler fra noen utvalgte pasientgrupper. Det var en oppfatning av at meningen med å beskrive dagens forløp innen rehabilitering i oppdrag 1a, for så å skulle beskrive ønsket forløp i framtiden i oppdrag 1b, måtte være å peke spesielt på forbedringsområder.

Det var mange diskusjoner knyttet til hvilken inndeling av pasientgrupper en skulle ta utgangspunkt i. Hovedskillelinjene i diskusjonen gikk på om funksjonsområder eller diagnosegrupper skulle brukes for å gjøre disse inndelingene. Den internasjonale klassifikasjonen av funksjon, funksjonshemming og helse, ICF, ble trukket fram som et mulig verktøy for å utarbeide hensiktsmessige pasientgrupperinger. Rehabiliteringsprosessen ble beskrevet som lettere å forstå ut fra et funksjonsperspektiv heller enn et diagnoseperspektiv. ICF-modellen er i struktur svært kompatibel med rehabilitering slik begrepet defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering;



Fokuset på aktiviteter og deltagelse gjør modellen spesielt relevant for rehabilitering som prosess.

Denne modellen er da også i bruk i daglig rehabiliteringspraksis, blant annet som verktøy for gruppering av pasienter. Samtidig ble det påpekt problemer knyttet til slike diagnosenøytrale inndelinger, ikke minst med tanke på prognoseperspektivene. To pasienter kan ligge på tilnærmet samme funksjonsnivå, men ha vidt forskjellige utsikter til forbedring eller forverring alt etter hvilken diagnose de har. Innvendinger kan også rettes mot diagnose som utgangspunkt for gruppering. To pasienter kan ha samme diagnose, men ligge på vidt forskjellig funksjonsnivå. Endelig kan man selvfølgelig også innvende at store diagnosegrupper vil være svært varierte internt hva gjelder blant annet prognose.

Det forelå viktige argumenter både for en diagnose- og en funksjonsnivårelatert inndeling som utgangspunkt for forløpsbeskrivelser. Arbeidsgruppen landet imidlertid på en "ja-takk-begge-deler-modell" begrunnet i at mye av datagrunnlaget knyttet til aktivitet innen rehabiliteringsfeltet er diagnoserelatert og at funksjon likevel kan gis en sentral plass i beskrivelsen.

Arbeidsgruppens valg av tre diagnoseområder er begrunnet i at de alle er store pasientgrupper innen dagens rehabiliteringsfelt, og at de alle rent faglig kunne sies å ligge litt i en "gråson" for oppgavefordeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Følgende diagnoseområder ble valgt som utgangspunkt for eksemplifisering av dagens pasientforløp innen rehabilitering:

- Muskel- og skjelettlidelser og smerte
- Fedme/endokrine sykdommer og andre livstilsrelaterede sykdommer (for eksempel KOLS)
- Hjerneslag med mer – inklusiv hodetraumer og annen skade.

### **3.3 Gjennomgang av dagens pasientforløp for pasientgrupper innen somatiske fagområder der rehabilitering er en sentral del av forløpet**

De tre utvalgte pasientforløpene ble vurdert opp mot følgende problemstillinger:

- A. Hvor får disse gruppene rehabilitering/tilbud i dag?
- B. Hvilket tilbud/hvilken rehabilitering får de?
- C. Hvilke funksjonsproblemer er gjennomgående?
- D. Hva er problemet i rehabiliteringsforløpet?
- E. Fortrenger de andre grupper?

### 3.3.1 *Hvor får disse gruppene rehabilitering/tilbud i dag?*

<b>Muskel- og skjelettlidelser og smerte</b>	<b>Fedme/endokrine sykdommer og andre livstilsrelaterte sykdommer (for eksempel KOLS)</b>	<b>Hjerneslag med mer – inklusiv hodetraumer og annen skade.</b>
<p><b>Kommune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fastlege</li> <li>○ Private fysioterapeuter med eller uten avtale</li> <li>○ Kommunale fysioterapeuter</li> <li>○ Kiropraktor</li> <li>○ Psykolog</li> <li>○ Hjemmefysioterapi</li> <li>○ Frisklivssentral</li> <li>○ NAV</li> </ul> <p><b>Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Private rehabiliteringsinstitusjoner</li> <li>○ Lærings- og mestringssentre</li> <li>○ Behandlingsreiser til utlandet</li> <li>○ I helseforetak <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ortopediske avdelinger</li> <li>▪ Fysikalsk medisin og rehabilitering</li> <li>▪ Smerteklinikk</li> <li>▪ Nevrologisk avdeling</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Kommune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psykologer</li> <li>○ Frisklivssentral</li> <li>○ Fastleger</li> <li>○ Diabetes-sykepleier</li> <li>○ Helsesøster</li> <li>○ Kreftsykepleier</li> <li>○ Fysioterapeuter</li> <li>○ NAV</li> </ul> <p><b>Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sekundærrehabilitering på sykehus</li> <li>○ Medisinsk poliklinikk</li> <li>○ Lærings- og mestringssenter</li> <li>○ Private rehabiliteringsinst.</li> <li>○ Poliklinisk rehabilitering i grupper (</li> <li>○ Telemedisinske tilbud i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste</li> </ul>	<p><b>Kommune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Primær – hjemme og/eller på rehabiliteringsinstitusjon / sykehjem</li> <li>○ Interkommunalt selskap (IKS) - rehabiliteringsinstitusjon</li> <li>○ Spesialpedagog</li> <li>○ Lærings- og mestringssenter</li> <li>○ NAV hjelpemidler</li> </ul> <p><b>Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Primær og sekundær</li> <li>○ Private institusjoner - primær</li> <li>○ Lærings- og mestringssenter</li> <li>○ Ambulant slagteam</li> <li>○ Slagpoliklinikk</li> </ul>



### 3.3.2 Hvilket tilbud/hvilken rehabilitering får de?

Muskel- og skjelettlidelser og smerte	Fedme/endokrine sykdommer og andre livstilsrelaterte sykdommer (for eksempel KOLS)	Hjerneslag med mer – inklusiv hodetraumer og annen skade.
<p><b>Kommune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trening / behandling</li> <li>○ Frisklivstilbud</li> <li>○ Legeoppfølging</li> <li>○ Smertebehandling</li> <li>○ Hjelpemidler</li> <li>○ Psykiske helsetjenester</li> <li>○ NAV</li> </ul> <p><b>Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tverrfaglig rehabilitering ("vanlig" og "kompleks" (DRG))</li> <li>○ Utredning / opplæring på poliklinikk</li> <li>○ Planlagt behandling (ortopedi)</li> <li>○ Primær/sekundær rehabilitering</li> <li>○ Smertelindring</li> <li>○ Arbeidsrettet rehabilitering</li> <li>○ Undervisning/mestring av funksjonsnedsettelse</li> </ul>	<p><b>Kommune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Samtalegrupper</li> <li>○ Opplæring/motivasjon</li> <li>○ Rådgivning – livsstil</li> <li>○ Mestring av egen sykdom</li> <li>○ Fysisk trening</li> <li>○ Røykesluttkurs</li> <li>○ Kostholdsveiledning</li> </ul> <p><b>Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kognitiv tilnærming/motivasjon</li> <li>○ Medisinsk/kirurgisk behandling</li> <li>○ Arbeidsrettet rehabilitering</li> <li>○ Likemannsopplæring/ grupperehabilitering</li> <li>○ Undervisning/mestring av funksjonsnedsettelse</li> <li>○ Ernæringsfysiologi</li> <li>○ Livsstilsendring</li> <li>○ Testing</li> <li>○ Røykeslutt</li> </ul>	<p><b>Kommune:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Videre rehabilitering i institusjon eller hjemme</li> <li>○ Tilpasning av bolig</li> <li>○ IP</li> <li>○ Samordning med andre etater</li> <li>○ Voksenopplæring</li> <li>○ Færre faggrupper enn i spesialisthelsetjenesten</li> <li>○ Mindre intensitet enn i spesialisthelsetjenesten</li> <li>○ Mindre spesialisert</li> </ul> <p><u>Senere fase:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lokalmedisinske sentre</li> <li>○ Frisklivssentral</li> <li>○ Frivillige organisasjoner</li> <li>○ Likemenn</li> </ul> <p><b>Spesialisthelsetjeneste:</b></p> <p><u>I helseforetak:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kartlegging/utredning</li> <li>○ Funksjonstrening</li> <li>○ Mobilisering</li> <li>○ IP</li> <li>○ Hjelpemidler</li> <li>○ Overføring til neste nivå</li> <li>○ Ambulant tverrfaglig team</li> </ul> <p><u>I private institusjoner:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Funksjonstrening</li> <li>○ Utredning</li> <li>○ Mobilisering</li> <li>○ Hjelpemidler</li> <li>○ IP</li> <li>○ Undervisning</li> <li>○ Overføring til neste nivå</li> </ul> <p><u>Faggrupper:</u> Fysioterapeut, ergoterapeut, lege, pleier, sosionom, logoped, nevropsykolog</p> <p><u>Senere fase:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Slagpoliklinikk</li> <li>○ Rehabilitering poliklinikk</li> <li>○ Læring og mestring</li> <li>○ Private</li> </ul>

### 3.3.3 Hvilke funksjonsproblemer er gjennomgående?

Muskel- og skjelettlidelser og smerte	Fedme/endokrine sykdommer og andre livstilsrelaterte sykdommer (for eksempel KOLS)	Hjerneslag med mer – inklusiv hodetraumer og annen skade.
<p><b>Kroppsfunksjoner og – strukturer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nedsatt energi</li> <li>○ Konsentrasjonsvansker</li> <li>○ Søvnproblemer</li> <li>○ Smerter</li> <li>○ Nedsatt potensial for endring</li> <li>○ Nedsatt kondisjon</li> <li>○ Nedsatt muskelstyrke</li> <li>○ Nedsatt arm-/gangfunksjon</li> <li>○ Psykiske utfordringer</li> <li>○ Ulik grad av depresjon og angst</li> <li>○ Nedsatt funksjon i leddområder</li> <li>○ Matthet / utmattet</li> <li>○ Smerter som gir nedsatt funksjonsnivå</li> <li>○ Nedsatt bevegelighet</li> </ul> <p><b>Aktivitet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trening/fysisk aktivitet</li> <li>○ Sosiale aktiviteter</li> </ul> <p><b>Deltagelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mister jobben</li> <li>○ Familieliv</li> <li>○ Nærmiljø/organisasjonsliv</li> </ul>	<p><b>Kroppsfunksjoner- og strukturer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fysisk arbeidskapasitet (reduert) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lungekapasitet</li> <li>▪ Muskelstyrke</li> <li>▪ Lavt O2-opptak</li> </ul> </li> <li>○ Psyko-sosiale vansker <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selvbilde</li> <li>▪ Skyldfølelse</li> <li>▪ Isolering</li> <li>▪ Sykdomsangst*/ depresjon</li> </ul> </li> <li>○ Allmennhelse</li> </ul> <p><b>Aktivitet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fysisk aktivitet, bruke kroppen</li> <li>○ Sosiale aktiviteter</li> <li>○ Kosthold</li> </ul> <p><b>Deltagelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arbeidsuførhet</li> <li>○ Familieliv</li> <li>○ Nærmiljø/organisasjonsliv</li> </ul>	<p><b>Kroppsfunksjoner og – strukturer</b></p> <p><u>Fysisk:</u> Lammelser; tale, gangfunksjon, svelg, håndmotorikk, syn, tarm/blære/sex, spastisitet, smerte, sensibilitetsutfall Feilbelastninger</p> <p><u>Psykisk:</u> Nedstemthet Labilitet Sorg Angst</p> <p><u>Kognitivt:</u> Ukritisk Hukommelse Forståelse Neglekt Reaksjonsevne</p> <p><b>Aktivitet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seksualliv</li> <li>○ Ferdes i boligen</li> <li>○ Fysisk aktivitet/trening</li> <li>○ Sosiale aktiviteter</li> <li>○ Fritidsaktiviteter</li> </ul> <p><b>Deltakelse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Konsekvenser ved tap av førerkort</li> <li>○ Opprettholde forhold til ektefelle/familie/barn</li> <li>○ Jobbforhold</li> <li>○ Bolig</li> <li>○ Nærmiljø</li> </ul>

\* Telemedisin, KOLS-koffert

### 3.3.4 Hva er problemet i rehabiliteringsforløpet?

Muskel- og skjelettlidelser og smerte	Fedme/endokrine sykdommer og andre livstilsrelaterte sykdommer (for eksempel KOLS)	Hjerneslag med mer – inklusiv hodetraumer og annen skade.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uavklarte pasientforløp</li> <li>○ Brudd i pasientforløp</li> <li>○ Manglende samhandling</li> <li>○ Manglende bruk av IP</li> <li>○ Manglende oversikt over tilbud</li> <li>○ Kompetanse/kapasitet</li> <li>○ Finansieringsordninger</li> <li>○ Lovmessige forhold i kommunal sektor (vedtak)</li> <li>○ Manglende oversikt (kommuner, fastleger)</li> <li>○ Mangel på koordinerende enhet</li> <li>○ Mangel på helhetlig tilnærming i tilbudet</li> <li>○ Tidlig intervensjon</li> <li>○ Stor variasjon</li> <li>○ Ventetid – fysioterapi <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I kommunen: takstsystemet</li> <li>▪ I spesialisthelsetjenesten: stadig nye utredninger hos ulike spesialister</li> </ul> </li> <li>○ Koordinering – spesialisthelsetjenesten</li> <li>○ For lite helhetlig fokus bl.a. på livvsituasjon og omgivelser, for mye diagnosefokus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manglende tidlig intervensjon</li> <li>○ Ikke god nok individuell rådgivning/ oppfølging av fastlege</li> <li>○ Manglende kommunikasjon/ veiledning mellom spesialisthelsetjenesten og helse- og omsorgstjenesten i kommunen</li> <li>○ Mangler frisklivssentraler</li> <li>○ For lite pedagogisk/kognitiv "kompetanse" i helsetjenesten fører til for lite tilbud innen mestringsmetodikk og krav til egeninnsats</li> <li>○ Stor individuell variasjon på tilbud til hver enkelt</li> <li>○ Mangel på standarder og veiledere knyttet til tiltak</li> <li>○ For lite helhetlig fokus bla på livvsituasjon og omgivelser, for mye diagnosefokus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kompetanse <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ økonomi</li> <li>▪ utdanning</li> <li>▪ demografi</li> <li>▪ fagpersonell</li> </ul> </li> <li>○ For få får intensiv rehabilitering tidlig nok</li> <li>○ Problem i overgangene mellom ulike avdelinger, instanser og forvaltningsnivåer</li> <li>○ Bra at det finnes retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, men det er likevel ting som ikke fungerer</li> <li>○ Kapasitet</li> <li>○ Manglende rehabiliteringskultur i for eksempel sykehjem</li> <li>○ Manglende tverrfaglige team rundt hver bruker</li> <li>○ Hva skjer etter opphold i sykehus? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ulikt tilbud i kommuner</li> <li>▪ For få får intensiv rehabilitering, intensiv rehabilitering skal ikke foregå i kommuner</li> </ul> </li> <li>○ For lite helhetlig fokus bla på livvsituasjon og omgivelser, for mye diagnosefokus</li> </ul>

### 3.3.5 Fortrenger de andre grupper?

Muskel- og skjelettlidelser og smerte	Fedme/endokrine sykdommer og andre livstilsrelaterte sykdommer (for eksempel KOLS)	Hjerneslag med mer – inklusiv hodetraumer og annen skade.
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ "Enkle ortopedipasienter" kan behandles i kommunen</li> <li>○ CP og CFS/ME mangler tilbud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nei, det bør i stedet bygges opp flere tilbud både i kommunal regi og på private rehabiliteringsinstitusjoner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fortrenger ikke andre grupper</li> <li>○ De med mange/alvorlige utfall bør prioriteres høyt innenfor spesialisthelsetjenesten/ private rehabiliteringsinstitusjoner</li> <li>○ OBS – "eldrebølgen" fremover – utfordrer ressurser / kapasitet</li> </ul>

## 4 Ønsket pasientforløp innen rehabilitering

Følgende punkter bør inngå i et pasientforløp innen rehabilitering:

- Sømløst (koordinert, preget av samhandling)
- God kvalitet, være tuftet på kunnskapsbasert praksis
- God kompetanse
- Tilbudet må stå i forhold til behovet - nok ressurser og kapasitet
- Rett behandling til rett tid på rett sted
- Gode overganger mellom nivåene
- Gode ambulante tjenester som blant annet skal sørge for kompetanseoverføring
- Helhetlig tenkning (basert på ICF)
- Individuell plan
- Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering
- Aktiv brukermedvirkning både på individ- og systemnivå

Arbeidsgruppa ønsker imidlertid å påpeke at dette bare er generelle trekk. Det er behov for å i større grad beskrive standardiserte pasientforløp basert på forskjellige diagnoser, diagnosegrupper eller funksjonsnedsettelse og det anbefales at arbeidet med slike beskrivelser settes i gang i samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

## 5 Arbeidsgruppas anbefalinger

I følge mandatet for dette prosjektet er arbeidsgruppa bedt om å levere følgende:

- En beskrivelse av dagens pasientforløp innen rehabilitering
- En beskrivelse av ønsket pasientforløp innen rehabilitering
- En anbefaling om avgrensning av ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet

Gjennomgangen av dagens pasientforløp innen rehabilitering og beskrivelsen av ønsket rehabiliteringsforløp er foretatt henholdsvis i kapittel 3 og 4 i denne rapporten.

I dette femte kapittelet av rapporten redegjør arbeidsgruppa for sine konkrete anbefalinger. Anbefalingene er knyttet til ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, men også til 6 øvrige områder av betydning for rehabiliteringsfeltet i samhandlingsreformen:

- Prioritering
- Koordinering og samhandling
- Rehabilitering som døgntilbud eller dagtilbud/poliklinikk
- Statistikk og kvalitet
- Kompetanseheving
- Undersøkelser og forskning

Anbefalingene er presentert i en tabell, med unntak av en modell som arbeidsgruppa har utarbeidet for å illustrere tenkningen som kan legges til grunn når man vurderer ansvars- og oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Modellen presenteres først i dette kapittelet, dernest kommer tabellen med anbefalingene.

### 5.1 Modell for fordeling av ansvar på rehabiliteringsområdet

Arbeidsgruppa peker på at det er utfordrende å skulle si noe allmenngyldig om fordeling av konkrete oppgaver og pasienter mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering er i prinsipp en veldig sammensatt prosess, på tvers av fagfelt, forvaltningsnivåer og sektorer. Rehabiliteringsprosessen rundt hver enkelt pasient kan derfor inneholde enkeltoppgaver som må løses på forskjellige nivåer – noe i kommune, noe i spesialisthelsetjenesten. I tillegg er kommunene svært forskjellige både i omfang, folketall, geografi og topografi samt muligheter. En fordelingsnøkkel kan derfor ikke gi klare ja- eller nei-svar uavhengig av hvilken helseregion eller hvilken kommune som skal bistå brukeren i sin rehabiliteringsprosess. Vi har i dette kapittelet derfor fokusert mer på å konstruere en modell som kan være til hjelp når man både på system- og individnivå skal avgjøre hva slags oppgaver som tilhører hvor.

Kommune	 <p data-bbox="651 488 960 705">Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Spesialisthelsetjeneste
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?	Behov for intensitet?	

Ovenstående modell er tenkt brukt som en veiledende modell ved vurderinger av hvilket forvaltningsnivå som skal involveres i en pasients rehabiliteringsprosess. Tanken bak modellen er at en individuell, helhetlig rehabiliteringsprosess ofte vil inkludere flere aktører, profesjoner, forvaltningsnivåer og sektorer. Med bakgrunn i BEON-prinsippet er det rimelig å slutte at det kommunale tjenesteapparatet i pasientens nærmiljø i de aller fleste tilfeller må involveres. Samhandlingsreformens forarbeid har vist at det ofte svikter i overføring av informasjon og videreføring av tiltak og planer mellom forvaltningsnivåene. Et sentralt grep for å fremme oversiktighet og forutsigbarhet i rehabiliteringsprosessen, er at pasienter som har behov for det får individuell plan og at dette har sin forankring i kommunen. I en helhetlig rehabiliteringsprosess har man dermed primært to valg: Skal tiltakene gis fra kommunen alene, eller fra kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap? Pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften gir allerede hjelp til å avgjøre dette spørsmålet. Henvvisninger til spesialisthelsetjenesten skal rettighetsvurderes. Rettighetsvurderingen innebærer at alle pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten, skal vurderes i forhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriftens tre hovedvilkår: alvorlighet/prognosetap, forventet nytte og kostnadseffektivitet. Se kapittel 2.8 for mer om dette. Disse tre vilkårene sier imidlertid kun noe om hva som skal til for å bli en rettighetspasient i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppens modell tar sikte på å framstille helheten i rehabiliteringsprosessen der løsningene basert på brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet må finnes i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Ved å trekke fram vurderingen av behov for spesialisert kompetanse samt for kompleksitet og intensitet i oppfølgingen fokuseres videre på spesialisthelsetjenestens spesielle fortrinn i rehabiliteringsprosessen – i forlengelse av prioriteringsvurderingene som har sin forankring i bl.a. prioriteringsforskriften. Ved å trekke fram pasientens behov for oppfølging av instanser med kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, samt behov for helhetlig oppfølging over tid søker vi å fokusere på kommunens spesielle fortrinn i rehabiliteringsprosessen. Fordelingen mellom forvaltningsnivåene må ikke kun foregå som en negativ avgrensning opp mot spesialisthelsetjenesten, men må ha fokus på oppgaver som kommunen er best egnet til å løse. Behov for tverrsektoriell oppfølging er ett viktig forhold i dette.

Fordelingsmodellen vil derfor i de fleste tilfeller gi ett av to svar:


1. Oppfølgingen bør foregå i kommune og spesialisthelsetjeneste i fellesskap
2. Oppfølgingen bør foregå i kommune

Begrepene spesialisering/spesialisert kompetanse, kompleksitet og intensitet er hentet fra forskrift om habilitering og rehabilitering. Spesialisering omhandler behov for bistand fra spesialisert fagkompetanse/spisskompetanse i den individuelle rehabiliteringsprosessen, grad av kompleksitet dreier seg både om antall faggrupper som er involvert i prosessen og hvor kompliserte brukers behov er, intensitet angir at tiltakene gis med stor hyppighet over et begrenset tidsrom.

Ordet tverrfaglighet er ikke trukket fram spesifikt i modellen. I denne rapporten legges imidlertid definisjonen av rehabilitering fra forskrift om habilitering og rehabilitering til grunn, og et av grunnprinsippene for at noe skal kunne kalles rehabilitering er at innsatsen er tverrfaglig. All rehabilitering må med andre ord være tverrfaglig enten rehabiliteringsprosessen ivaretas av kommunen alene eller i samarbeid med andre forvaltningsnivåer og sektorer.


Dersom vi tar utgangspunkt i et fagfelt der arbeidsgruppa mener det er noe som gjøres i spesialisthelsetjenesten i dag som kan overføres til kommunen (se kapittel 5.2), nemlig ortopedi, så kan modellen brukes slik (vurderingene står med rød skrift):

## Behov for oppfølging etter totalproteseoperasjon i hofte:

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
<p>Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?                      Ja, funksjonsbehovene må vurderes ut fra utfordringene i nærmiljøet. Mye trapper, høye terskler, hvordan løses dagligdagse aktiviteter som for eksempel handling?</p>	 <p>Vektskålen peker her klart mot at brukers behov og måloppnåelse best ivaretas av kommunen. Graden av tverrfaglighet og helhetlig tenkning knyttet til brukers mulighet for å få oppnådd sine mål om deltagelse sosialt og i samfunnet som behøves i oppfølgingen vil avgjøre om disse tiltakene kan karakteriseres som opptrening eller rehabilitering.</p>	<p>Behov for spesialisert kompetanse?                      Nei, ikke etter overstått operasjon og postoperativt regime.</p>
<p>Behov for helhetlig oppfølging over tid?                      Det kan være det, dersom det må gjøres tilpasninger av hjemmemiljø. I et idealforløp vil bruker imidlertid relativt raskt bli selvhjulpent og ikke i behov av oppfølging fra helsevesenet.</p>		<p>Behov for kompleksitet?                      Nei, ikke mer enn kommunen kan tilby.</p>
<p>Behov for tverrsektoriell samhandling?                      I utgangspunktet ikke, med mindre man må involvere for eksempel arbeids- og velferdsetaten knyttet til eventuell arbeidsplassstilpasning</p>		<p>Behov for intensitet?                      Nei, ikke mer enn kommunen kan tilby.</p>



## Deformiteter i ekstremiteter hos barn:

Kommune		Spesialisthelsetjeneste
<p>Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?                      Ja, det vil være tiltak som må følges opp av kommunen, samt tilpasses til lokale forhold og muligheter/begrensninger</p>	 <p>Vektskålen peker her mot at brukers behov og måloppnåelse best ivaretas i spesialisthelsetjenesten, men at den helhetlige oppfølgingen i etterkant må utføres av kommunen i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Spesielt ved behov for langvarig oppfølging er det viktig at kommunen er tungt involvert i rehabiliteringen. At problemstillingen gjelder en såpass sjelden tilstand som barn med deformiteter i ekstremiteter peker også i retning av at spesialisthelsetjenesten bør inn i bildet.</p>	<p>Behov for spesialisert kompetanse?                      Ja, selv om behandlingen eventuelt kun skal gjøres konservativt, så vil det være behov for spesialisert kompetanse knyttet til både muligheter og faremomenter / kontraindikasjoner.</p>
<p>Behov for helhetlig oppfølging over tid?                      Ja, tiltak må følges opp, evalueres og korrigeres kontinuerlig. Her vil det være spesielt formålstjenlig å opprette en individuell plan</p>		<p>Behov for kompleksitet?                      Ja, nødvendig legespesialist og annet spesialisert helsepersonell må inn i bildet</p>
<p>Behov for tverrsektoriell samhandling?                      Ja, her bør både utdanningssektoren, arbeids- og velferdssektoren og eventuelt andre som for eksempel kultur- og fritidssektor inn i bildet</p>		<p>Behov for intensitet?                      Ja, i perioder vil det være behov for intensiv oppfølging for å sikre effekt av tiltakene</p>

Dette er et eksempel på hvordan modellen kan brukes og hvilket tanke sett som ligger som bakgrunn for den. En slik vurdering kan overføres til alle rehabiliteringsrelaterte fagfelt. I eksemplene har man tenkt fordelings spørsmålet på gruppenivå knyttet til diagnose. På gruppenivå kan man utmerket godt også bruke modellen på pasient-, og brukergrupper inndelt etter funksjon i stedet for diagnose. På individnivå vil man ta hensyn til helheten, inklusive både diagnose og funksjonsnivå, og individuelle forhold vil her kunne lede til andre konklusjoner enn når man ser på mer eller mindre avgrensede pasientgrupper.

## 5.2 Arbeidsgruppas anbefalinger

ANSVARSFORDELING MELLOM HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN I KOMMUNEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN		
Strategisk mål	Anbefaling og resultatmål helse- og omsorgstjenesten i kommunen	Anbefaling og resultatmål spesialisthelsetjenesten
Kommunen må ta et større ansvar for rehabilitering og sikre samsvar mellom behov og tilbud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I følge forskrift om habilitering og rehabilitering (§ 7 i dagens forskrift) skal kommunen ha generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering. Denne oppgaven bør ivaretas av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommunen.</li> <li>• Styrket kompetanse og økt faglig bredde. Tilgang til profesjonsspesifikk fagkompetanse på høyskole-/ universitetsnivå relatert til behov på minimum følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kognitive vansker</li> <li>○ kommunikasjonsvansker</li> <li>○ fysisk, psykisk og sosial funksjon</li> <li>○ funksjon knyttet til aktivitet og deltagelse (ADL)</li> <li>○ sansetap</li> <li>○ livsstilsproblematikk</li> <li>○ hjelpemidler og bolig</li> <li>○ universell utforming</li> <li>○ sosioøkonomiske forhold</li> <li>○ tverrsektoriell samhandling (NAV, arbeid, skole, spesialpedagogikk, fritid etc)</li> </ul> </li> <li>• Må dekke alle livsfasen, herunder spesifikke aldersrelaterede problemstillinger for eksempel knyttet til utdannings- og etableringsfase</li> <li>• Arbeidet bør organiseres som tverrfaglig samarbeid / tverrfaglige team, som ved behov suppleres med kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Koordinerende enhet bør være en tilrettelegger for samhandling.</li> <li>• Privatpraktiserende fysioterapeuter, fastleger og evt. øvrige private tjenesteytere som har avtale med kommunen må være integrert i kommunens tverrfaglige rehabiliteringsarbeid. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ avtaler og finansiering av privat fysioterapi må bygge opp under dette</li> <li>○ private tjenesteytere må også tilfredsstillende krav til universell tilgjengelighet</li> </ul> </li> <li>• Kommunen bør ha lærings- og mestringstilbud og frisklivssentraler som viktige bidrag i individuelle rehabiliteringsprosesser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt samhandling med kommunene</li> <li>• Det skal være ambulante tjenester fra institusjoner i spesialisthelsetjenesten.</li> <li>• Markant aktivitetsøkning innen ambulante tjenester (både individuell oppfølging og kompetanseoverføring) innen utgangen av 2015</li> <li>• Finansiering som understøtter ambulante tjenester og andre samhandlingstiltak</li> <li>• Økning i registrering av samhandlingsrelaterte prosedyrekoder</li> </ul>
Økt kapasitet og dreining av rehabiliteringsaktivitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunene trenger å få tilført mer ressurser for å kunne håndtere større oppgaver på rehabiliteringsområdet, blant annet som en konsekvens av at noe av det som i det innsatsstyrte finansieringssystemet omtales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalt sett skal rehabiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten økes innen utgangen av 2015.</li> </ul>

	<p>som "vanlig" eller poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten bør overføres til kommunene.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ flere tverrfaglige rehabiliteringstilbud i hjemmet</li> <li>○ opprette flere dagrehabiliteringstilbud, for eksempel i tilknytning til samlokaliserte og –organiserte tilbud (lokalmedisinske sentra, rehabiliteringssentra eller lignende) eller dagsentra</li> <li>○ opprette flere døgnrehabiliteringstilbud, for eksempel i tilknytning til samlokaliserte og –organiserte tilbud (lokalmedisinske sentra, rehabiliteringssentra eller lignende)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunen bør, fortrinnsvis i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, gjøre en tverrfaglig vurdering av rehabiliteringsbehovet til utskrivningsklare pasienter. Denne vurderingen bør også gjøres når pasienten har hatt poliklinisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Målet er å sikre tidlig igangsetting og hindre brudd i rehabiliteringsforløp, redusere/utsette behov for omfattende pleie- og omsorgstjenester og legge til rette for økt grad av egenmestring. Dette vil bidra til bedre prioritering og gi kommunen oversikt over behovet for rehabilitering.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I helseforetakene skal det gjøres mer "kompleks rehabilitering" og mindre "vanlig rehabilitering" slik denne inndelingen er i regelverket for innsatsstyrt finansiering. Regelen om fordeling i forholdet 30/70 mellom "kompleks" og "vanlig" rehabilitering i spesialisthelsetjenesten foreslås fjernet.</li> <li>• Spesielt innen områdene artrose og overvekt / livstilsproblematikk må pasienter overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud. Tidlig rehabilitering av for eksempel hjerte, lunge, slag- og kreftpasienter skal fortsatt ligge i spesialisthelsetjenesten, men mye av den senere rehabiliteringen skal økes/ styrkes i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Rehabilitering, spesielt i tidlig fase, av pasienter med spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser er noe som spesialisthelsetjenesten fortsatt må ha hovedansvaret for</li> </ul>
--	---	--

## PRIORITERING

Strategisk mål	Anbefaling og resultatmål helse- og omsorgstjenesten i kommunen	Anbefaling og resultatmål spesialisthelsetjenesten
<p>Prioriteringsforskriften og prioriteringsveilederne brukes ved vurdering av henvisninger fra fastlege til spesialisthelsetjenesten. Det finnes ingen lignende systematikk knyttet til prioriteringer internt i helse- og omsorgstjenesten i kommunen eller internt i spesialisthelsetjeneste. Det må utarbeides kriterier for prioritering innen rehabiliteringsfeltet.</p>	<p>Prioritering av hvem som skal få hvilken rehabilitering i kommunen må underlegges klare tverrfaglige retningslinjer. Systematikken skal følge et lignende mønster som prioriteringene som gjøres av henvisninger til spesialisthelsetjeneste.</p>	<p>Prioriteringene som gjøres når pasienter sendes videre til rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten (etter for eksempel en øyeblikkelig hjelp-innleggelse eller elektiv innleggelse på et annet fagområde) må underlegges klare tverrfaglige retningslinjer. Pasientene skal ikke rettighetsvurderes på nytt, men det må lages retningslinjer for prioritering av pasienter til videre rehabilitering innenfor spesialisthelsetjenesten (enten i helseforetak eller i privat rehabiliteringsinstitusjon).</p>

## KOORDINERING OG SAMHANDLING

Strategisk mål	Anbefaling og resultatmål helse- og omsorgstjenesten i kommunen	Anbefaling og resultatmål spesialisthelsetjenesten
<p>Bedre samhandling mellom og i kommune- og spesialisthelsetjeneste</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle kommuner må ha koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i tråd med lov og forskrift</li> <li>• Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler anbefaler at samarbeidet mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak beskrives i avtalene.</li> <li>• Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering må ha en sentral rolle i samhandling på tvers av fag og sektorer:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ mellom de forskjellige tjenesteyterne i kommunen / rehabiliteringsteamet (herunder også for eksempel fastleger, private fysioterapeuter og syns- og hørselskontakter)</li> <li>○ mellom rehabiliteringstjenester og pleie- og omsorgssektoren</li> <li>○ interkommunalt</li> <li>○ mellom kommune og spesialisthelsetjeneste</li> <li>○ tverrsektorielt</li> </ul> </li> <li>• Kommunene må ha tilstrekkelig ressurser, økonomi, kompetanse og kapasitet sett i forhold til det befolkningsgrunnlaget man skal dekke behovene til. Det må inngås avtaler på tvers av kommunegrensene eller mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste på områder kommunen ikke har kapasitet eller kompetanse til å ivareta sitt sørge-for-ansvar overfor befolkningen.</li> <li>• Alle pasienter og brukere med rett til individuell plan og koordinator skal få det dersom de ønsker det</li> <li>• Det bør utarbeides beskrivelser av standardiserte forløp for store pasientgrupper i samarbeid med spesialisthelsetjenesten</li> <li>• Kompetanseheving innen rehabilitering og koordinering, herunder bruk av individuell plan og koordinator</li> <li>• Økt bruk av moderne teknologi i samhandlingen, så som IKT-basert informasjonsutveksling og telemedisin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De regionale koordinerende enhetene for habilitering og rehabilitering må:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ etablere og drifte nettverk for samhandling og informasjonsutveksling mellom koordinerende enheter i kommuner og helseforetak</li> <li>○ drifte nasjonal informasjonstelefon og nettsider med informasjon om rehabiliteringstilbud</li> </ul> </li> <li>• Nasjonal veileder for lovpålagte samarbeidsavtaler anbefaler at samarbeidet mellom koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i henholdsvis kommune og helseforetak beskrives i avtalene.</li> <li>• Det bør utarbeides beskrivelser av standardiserte forløp for store pasientgrupper i samarbeid med kommunene</li> <li>• Kompetanseheving innen rehabilitering og koordinering, herunder bruk av individuell plan og koordinator</li> <li>• Økt bruk av moderne teknologi i samhandlingen, så som IKT-basert informasjonsutveksling og telemedisin</li> </ul>

## REHABILITERING SOM DØGNTILBUD ELLER DAGTILBUD/POLIKLINIKK

Hvilke kriterier bør brukes for å avgjøre hva av oppfølgingen som skal gis som døgntilbud eller dag-/polikliniske tilbud?

### Døgntilbud:

- Geografiske forhold, bør langt unna behandlingssted
- Trenger rehabilitering og behandling store deler av døgnet
- Behov for nødvendig kompetanse og intensitet
- Behov for tilsyn og pleie
- Behov for grundig funksjonsutredning blant annet med tanke på ADL-funksjoner

### Dag-/polikliniske tilbud:

- Viktig med nærhet til hjemmesituasjonen
- Geografiske forhold, bør nært behandlingssted
- Trenger ikke oppfølging store deler av døgnet
- Ikke behov for tilsyn

## STATISTIKK OG KVALITET

Problemstilling	Anbefaling og resultatmål helse- og omsorgstjenesten i kommunen	Anbefaling og resultatmål spesialisthelsetjenesten
Dagens statistikk innen rehabilitering er mangelfull og sier lite om total aktivitet på rehabiliteringsområdet eller om helhetlige pasientforløp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det opprettes rapportering/kodeverk som fanger opp helheten og volumet i rehabiliteringsaktiviteten i kommunen og etablerer et felles begrepsapparat med spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering rapporterer til statistikk på individuell plan og koordinatører</li> <li>○ rehabiliteringsaktivitet som ikke fanges opp av IPLOS-statistikken må registreres</li> <li>○ statistikken skal gjøre det mulig å få oversikt over individuelle pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåer</li> <li>○ det opprettes spesifikke kvalitetsindikatorer for rehabilitering i kommunen</li> </ul> </li> <li>• Flere faglige retningslinjer innen rehabilitering for store pasientgrupper.</li> <li>• Det bør utarbeides en veileder i rehabilitering</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Videreutvikle og forbedre aktivitetsdata (både knyttet til ICD-10 og prosedyrekoder) innen både habilitering og rehabilitering. Dataene skal bearbeides, analyseres og forklares. Disse publiseres i årlige rapporter fra Helsedirektoratet.</li> <li>• Statistikken skal gjøre det mulig å få oversikt over individuelle pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåer</li> <li>• Det opprettes flere kvalitetsindikatorer for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, blant annet knyttet til initierting av individuell plan</li> <li>• Flere faglige retningslinjer innen rehabilitering for store pasientgrupper.</li> <li>• Det bør utarbeides en veileder i rehabilitering</li> </ul>

## KOMPETANSEHEVNING

Kompetansen innen rehabilitering må økes

- Det opprettes flere muligheter og incentiver for kompetanseøkning innen rehabilitering, spesielt av praktisk og direkte pasient-/brukerrettet art
- Økt fokus på utvikling av veiledningskompetanse

## UNDERSØKELSER OG FORSKNING

Det er behov for økt kunnskap om rehabilitering

- Det iverksettes større kartlegginger/utredninger om behov for rehabilitering
- Det iverksettes forskning på helhetlige rehabiliteringsprosesser
- Øremerket satsning på forskning innen rehabilitering.

## 5.3 Særmerknader

### 5.3.1 Særmerknad fra KS

Det er viktig og riktig at kommunene tar ansvar for en større del av rehabiliteringsfeltet, men det betinger rammebetingelser som faktisk gjør kommunene i stand til å ta dette ansvaret. Det settes opp som et strategisk mål at kommunene skal ta et større ansvar for rehabiliteringen. Dette er konkretisert i en rekke forslag, som f.eks. økte krav til kompetanse og flere pasienter som skal få et kommunalt tilbud. Dette vil nødvendigvis utløse større kommunale kostnader enn i dag. Det bør vurderes om kostnadene delvis kan finansieres ved overføring av ressurser fra helseforetakene til kommunene.

KS er enig i at kommunene skal ta et større ansvar for rehabiliteringsområdet, men det må foretas en kostnadsberegning. KS vil også understreke at det er behov for større tilgang på kompetanse og i tillegg påpeke utdanningsinstitusjonenes ansvar for å utdanne de vi har behov for i fremtiden. Det er en utfordring at 80% av nyutdannet helsepersonell ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten – kun få i kommunehelsetjenesten.

KS ønsker også å knytte en særmerknad til anbefalingen om bedre statistikk på rehabiliteringsområdet i kommunen. Bakgrunnen for dette er at manuell registrering av aktivitet er kostnads- og ressurskrevende. KS er skeptisk til å innføre nye systemer for aktivitetsregistrering i kommunen uten at dette er grundig kost/nytte-evaluert og sett opp mot helheten i de bestående systemene (IPLOS, KOSTRA, kvalitetsindikatorer).

### 5.3.2 Særmerknad fra KS Bedrift og Hovedorganisasjonen Virke

KS bedrift og Virke ønsker å gi uttrykk for at tidsramme og arbeidsform for dette prosjektet har gjort at vurderingene er holdt på et overordnet og generelt nivå, og anbefalingene er ikke i stor nok grad helhetlige og kunnskapsbaserte. Det er derfor nødvendig å videreføre prosessen ift de problemstillingene som denne rapporten prøver å gi et svar på. Vi vil spesielt nevne at forskning på fagfeltet nå må prioriteres i langt større grad enn tidligere. Vi trenger forskning om hva som fungerer av ulike tiltak på ulike nivåer. Slik forskning vil gjøre det lettere i fremtiden å bli mer presis ift. oppgave- og ansvarsfordeling på rehabiliteringsfeltet. Det er også viktig å presisere at samhandlingsreformen er en retningsreform, og det er grunn til å tro at endringer ift. ansvars- og oppgavefordeling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste på rehabiliteringsområdet vil ta tid. Det anbefales at det ikke skjer for store endringer for raskt, og det er forbundet med usikkerhet om kommunene vil kunne bygge opp den nødvendige kapasitet og kompetanse innen rehabilitering som vil kreves for å lykkes.

I tillegg ønsker KS Bedrift og Hovedorganisasjonen Virke å knytte følgende særmerknader til tabellen med konkrete anbefalinger:

- Anbefalingen om å flytte pasienter innen områdene artrose og overvekt/livsstilsproblematikk modereres til å si at tilbud til disse gruppene må styrkes i kommunen
- Det er et behov for styrket tilbud i spesialisthelsetjenesten til barn, ungdom og unge voksne med sammensatte behov på tvers av tjenestenivåer
- Behov for avstand til brukerens hverdagsomgivelser må tillegges vekt i valg av rehabiliteringstilbud

### 5.3.3 Særmerknad fra FFO/SAFO

#### **Satsing på Habilitering og rehabilitering – nødvendig for å lykkes med samhandlingsreformen**

Det er bred erkjennelse av at riktig rehabilitering har avgjørende betydning for å hindre forverring av sykdom, og hindre sykemelding og uførhet. Da er det vanskelig å forstå hvorfor rehabilitering ikke prioriteres av kommunene. Ett av hovedformålene med samhandlingsreformen er å forhindre sykdomsutvikling og dårligere helse hos befolkningen. For å få til dette mener FFO/SAFO at det må satses systematisk på innsatsområdet rehabilitering.

Som et innlegg i arbeidet med rapporten "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet" ønsker FFO/SAFO med dette å peke på noen for oss sentrale forhold. FFO/SAFO beklager at rapporten har fått et tyngdepunkt mot medisinsk rehabilitering, det kan delvis skyldes at arbeids- og velferdsetaten ikke har deltatt. I tillegg er den psykososiale rehabiliteringen, inkludert egenrehabilitering og mestring ikke tillagt tilstrekkelig vekt.

#### **Kommunenes prioritering av rehabilitering**

Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet vil være viktig i forhold til realiseringen av samhandlingsreformen. FFO/SAFO har i sin støtte til gjennomføringen av samhandlingsreformen hele tiden pekt på viktigheten av å prioritere rehabiliteringsinnsatsen høyere. Perioden for Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering avsluttes i 2011 uten at den har ført til det vendepunktet og prioritering som vi ble forespeilet. Når en slik prioritering uteblir, frykter FFO/SAFO at man ikke vil lykkes med samhandlingsreformen. For at kommunene skal kunne ta et større ansvar for sine innbyggers helse mener FFO/SAFO at hele rehabiliteringsfeltet må styrkes, både økonomisk og organisatorisk.

Når det fra 1. januar 2012 blir tatt grep i forhold til både utskrivningsklare pasienter, og til kommunal medfinansiering av nødvendig sykehusinnleggelse, men lite eller ingenting i forhold til rehabilitering som særskilt innsatsområde frykter FFO/SAFO dette ikke får nødvendig prioritering i kommunene. Kommunene har i over 20 år hatt det overordnede ansvaret for rehabiliteringstjenestene. Allikevel viser erfaringene, blant annet dokumentert med Rambølls rapport fra november 2011 at svært mange kommuner har unnlatt å ta dette ansvaret på alvor. Dette har fått konsekvenser for enkeltpasienter, ikke minst for mennesker som lever med funksjonshemming og kronisk sykdom. FFO/SAFO er svært usikker på hvordan kommunene kommer til å prioritere dette i konkurranse med andre overførte oppgaver i forbindelse med samhandlingsreformen, som det følger økonomiske intensiver med.

#### **Omfang og alvorlighetsgrad**

I de innspill FFO/SAFO har fått av og blant våre medlemsorganisasjoner kommer det tydelig frem at man ser for seg et skille i forhold til alvorlighetsgrad og omfang. Det betyr at vi mener at sjeldne og små diagnoser må fortsatt få et tilbud i spesialisthelsetjenesten, mens det i noen tilfeller kan bygges opp et tilbud i kommunen til de større gruppene. Tilbakemeldinger og innspill bekrefter at kommunene i dag ikke prioriterer de kroniske sykdommene godt nok, slik at en prioritering til ulike grupper av kronikere er helt nødvendig. FFO/SAFO kan ikke støtte å overføre tilbud til kommunen uten en slik prioritering.

#### **Oppfølging gjennom hele livsløpet**

Personer med medfødte funksjonsnedsettelse vil ha behov for utredning og systematisk oppfølging av spesialisthelsetjenesten gjennom hele livsløpet. Slik FFO/SAFO kjenner tilbudet i kommunene vil det være uforsvarlig å overføre større del av ansvaret til kommunalt nivå uten at det skjer en betydelig kompetanse- og ressuroverføring. Det typiske i samhandlingen om denne kategori pasientgrupper vil være at det er spesialisthelsetjenesten som utreder og kartlegger behov, noe det kan være behov for i overgang mellom ulike livsfaser, opplevd ytterligere funksjonstap helsemessig eller i jobb, eventuelt tilleggsproblematikk knyttet til for eksempel senskader. Mange brukere i denne pasientkategorien vil ha behov for gjentatte rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten for å opprettholde og bevare funksjonsnivået. Mye taler for at det er behov for en sterkere satsing på systematisk og tverrfaglig oppfølging gjennom hele livsløpet og at dette bør forankres i spesialisthelsetjenesten. Samhandling med kommunene er likevel avgjørende for brukernes helse, verdighet og selvstendighet. De vil trenge bistand fra kommunale tjenester gjennom hele livsløpet fordi de er bosatt og har sin daglige funksjon i et lokalmiljø.

### **Sterkere organisering av rehabiliteringsinnsatsen i kommunene**

Det er behov for en sterkere organisering i kommunene, hvor rehabilitering ikke blir organisert som pleie og omsorg, men som egen administrativ enhet. Det pleie- og omsorgsfokuset mange kommuner har på rehabilitering fører til at tilbudet ikke blir godt. Man får ofte et ensidig pleiefokus fremfor et tverrfaglig rehabiliteringsfokus. I tillegg til en styrket organisering, bør det etter FFO/SAFOs mening satses på lokale lærings- og mestringssentre. Disse bør innrettes mot mestring, mens det diagnoserelaterte tilbudet fortsatt må tilbys i spesialisthelsetjenesten.

Det bør i tillegg til et skille mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste og vurderes et tredje nivå, organisert som et interkommunalt tilbud.

### **Tilstrekkelig resurser og nødvendig kompetanse**

Basert på faglige anbefalinger er det etter FFO/SAFOs mening nødvendig med profesjonsspesifikke krav til den kommunale rehabiliteringsinnsatsen. For mange av de gruppene FFO/SAFO organiserer er det helt nødvendig med kvalifisert personell for at den rehabiliteringsinnsatsen som skal ytes er forsvarlig. FFO/SAFO er overbevist om at når kommunenes forpliktelse kun er et forsvarlig minimum, så er det et minimum vi kommer til å få. I tillegg vil dette forsterke ulikhetene fra kommune til kommune, som igjen vil føre til en økning av "velferdsflyktinger."

FFO/SAFO ønsker derfor å gjenta et tidligere innspill til rapporten om krav til tverrfaglige team i kommunen, som minimum må bestå av

- Lege
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Logoped
- Synspedagog
- Ernæringsfysiolog
- Sosionom
- Sykepleier/psykiatrisk sykepleier

Etablering av et forsvarlig tjenestetilbud krever faglig kompetent ledelse og forsvarlighet i alle ledd. Derfor må kommunene tilføres tilstrekkelig resurser og nødvendig kompetanse for at de skal bli i stand til å ivareta sine innbyggers behov for god og nødvendig rehabilitering.



## 6 Innledning oppdrag 2

Denne delen av rapporten med kapitlene 6 – 8 besvarer del 2 av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget er i sin helhet beskrevet i kapittel 1.

Del 1 ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2011 og inneholdt arbeidsgruppas rapport "Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten", IS-1947, med anbefalinger fra arbeidsgruppen. Rapporten er publisert offentlig.

Oppdrag 2 leveres Helse- og omsorgsdepartementet 1. februar 2012.

### 6.1 Beskrivelse av oppdraget

I tråd med oppdraget er gjennomgang av dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjoner basert på anbefalingene i oppdrag 1. Målet med gjennomgangen skal være å avklare hvilke deler av tilbudet som ut fra en faglig vurdering bør være kommune- og spesialisthelsetjenestens ansvar.

### 6.2 Begrepsavklaringer og definisjoner knyttet til oppdraget

Oppdrag 1 inneholder en rekke anbefalinger, men de som er relevante for gjennomgangen i oppdrag 2 er primært de som går direkte på ansvars- og oppgavefordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Disse repeteres derfor i kapittel 7.1 "Anbefalinger fra oppdrag 1".

#### 6.2.1 Rehabiliteringsinstitusjoner

Rehabiliteringsinstitusjoner i denne sammenheng er de som har avtaler med regionale helseforetak om rehabiliteringstilbud på spesialisthelsetjenestenivå. I oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene i 2009 er det konkretisert at RHFene minst skal kjøpe tjenester fra de private rehabiliteringsinstitusjonene på minimum 1,139 millioner kroner. Det fordeler seg på Helse Sør-Øst med kr 751,2 mill, Helse Vest kr 73,3 mill, Helse Midt kr 156,3 mill og Helse Nord kr 158,5 mill. I oppdragsbrevene frem til og med 2011 er det presisert at det skal kjøpes slike tjenester på minst samme nivå som foregående år. Denne formuleringen er ikke videreført i oppdragsbrevene for 2012. Som det står omtalt i denne rapportens kapittel 1.1, så har det nye avtaleforholdet som trådte i kraft i 2006 tydeliggjort at tjenestene fra institusjonene defineres som spesialisthelsetjeneste.

Samlet har følgende 50 private institusjoner avtale med RHFene:

Helse Nord (7 institusjoner):

- Opptreningscenteret i Finnmark
- Skibotnsenteret
- Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad
- Valnesfjord HelseSportssenter
- Nordtun HelseRehab
- Helgeland Rehabilitering
- Evjeklinikken

Helse Midt-Norge (8 institusjoner):

- Betania Malvik
- Namdal Rehabilitering
- Røros Rehabiliteringssenter
- Coperiosenteret
- Selli Rehabiliteringssenter
- Muritunet, senter for mestring og rehabilitering
- Meråker sanitetsforenings kurbad
- Kastvollen rehabiliteringssenter

Helse Vest (5 institusjoner):

- Hauglandssenteret
- Krokeidesenteret (to lokaliseringer)
- Åstveit Helsecenter
- Rehabilitering Vest
- Ravneberghaugen rehabiliteringssenter

Helse Sør-Øst (30 institusjoner):

- Rehabiliteringssenteret AiR
- Bakke senter for mestring og rehabilitering AS
- Beitostølen HelseSportsenter
- CatoSenteret
- Conrad Svendsen Senter
- Eiksåsen
- Evjeklinikken AS
- Feiringklinikken Rehabilitering
- FRAM HelseRehab AS
- Friskvernklinikken
- Glittreklinikken
- Godthaab Helse og Rehabilitering
- Grande rehabiliteringssenter AS
- Hernes Institutt
- Hokksund Rehabiliteringssenter
- Idrettens Helsecenter
- Landaasen rehabiliteringssenter AS
- MS-Senteret Hakadal AS
- Norsk Diabetikersenter AS

- Hjelp24/Norsk Idrettsmedisinsk Institutt
- Oppfølgingsenheten Frisk
- Opptreningssenteret Jøløy kurbad
- PTØ Senteret Hamar
- Ringen Rehabiliteringssenter AS
- Røysumtunet Rehabiliteringssenter
- Skogli helse- og rehabiliteringssenter AS
- Steffensrud Rehabiliteringssenter
- Sørlandets Rehabiliteringssenter Eiken
- Tonsåsen rehabiliteringssenter
- Vikersund kurbad

### **6.3 Organisering av arbeidet med denne rapporten**

Organisering og arbeidsmetodikk var identisk i oppdrag 1 og oppdrag 2. Arbeidsgruppa var den samme, og vi hadde totalt 3 arbeidsgruppemøter under arbeidet med oppdrag 2.

## 7 Gjennomgang av dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene

Rambøll-rapporten "Gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i private rehabiliteringsinstitusjoner, deloppgave A" viser at RHFene har inngått avtaler om tilbud til en rekke forskjellige pasientgrupper i de private rehabiliteringsinstitusjonene. I arbeidet med å avklare hvilke deler av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene som bør være henholdsvis kommunens eller spesialisthelsetjenestens ansvar basert på anbefalingene i oppdrag 1 har arbeidsgruppen blant annet tatt for seg de mest relevante anbefalingene fra oppdrag 1 sett opp mot de hyppigst forekommende pasientgruppene i de private rehabiliteringsinstitusjonene.

### 7.1 Anbefalinger fra oppdrag 1

Arbeidsgruppa er blitt bedt om å se på rehabiliteringstilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene i lys av anbefalingene i oppdrag 1. Disse anbefalingene gikk på hele rehabiliteringsfeltet generelt, og de fleste av disse er således relevante også for betraktningene i oppdrag 2. Arbeidsgruppen har likevel valgt å trekke fram noen av anbefalingene som spesielt relevante.

Modellen for ansvarsfordeling står sentralt i anbefalingene. Som beskrevet i oppdrag 1, så er dette en modell å vekte ulike forhold for å avklare ansvars- og oppgavefordeling mellom tjenestenivåene. Den baseres på brukerens mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Ved høyt behov for spesialisering, kompleksitet eller intensitet i oppfølgingen går vektskåla i modellen i retning av spesialisthelsetjenesten. Med vektning av kompleksitet i retning av spesialisthelsetjenesten må det forutsettes at denne har et høyere innslag av medisinske faktorer. Det kan også være betydelig kompleksitet knyttet til tiltak i kommunene, men da sterkere knyttet til deltakelse og dagligliv. Ved høyt behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø, langvarig og koordinert oppfølging og tverrsektoriell samhandling går vektskåla i modellen i retning av kommunene. Med bakgrunn i BEON-prinsippet er det likevel rimelig å slutte at det kommunale tjenesteapparatet i pasientens nærmiljø i de aller fleste tilfeller må involveres. Modellen gir derfor primært to valg: Skal tiltakene gis fra kommunen alene, eller fra kommunen og spesialisthelsetjenesten i fellesskap?

Modellen ser slik ut:

<b>Kommune</b>	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	<b>Spesialisthelsetjeneste</b>
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?

De private rehabiliteringsinstitusjonene er en del av spesialisthelsetjenesten i denne modellen. Arbeidsgruppa tolker imidlertid oppdragsteksten fra Helse- og omsorgsdepartementet slik at de private rehabiliteringsinstitusjonene også vil kunne påta seg "kommunale oppgaver" dersom de inngår avtaler om dette med kommunene.

Av øvrige anbefalinger som er spesielt relevante for oppdrag 2 vil arbeidsgruppa også trekke fram disse:

- Spesielt innen områdene artrose og overvekt / livstilsproblematikk må pasienter overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tilbud. Tidlig rehabilitering av for eksempel hjerte, lunge, slag- og kreftpasienter skal fortsatt ligge i spesialisthelsetjenesten, men mye av den senere rehabiliteringen skal økes/ styrkes i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Rehabilitering, spesielt i tidlig fase, av pasienter med spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne diagnoser er noe som spesialisthelsetjenesten fortsatt må ha hovedansvaret for
- Økt samhandling med kommunene

## 7.2 Dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene

Som nevnt har de regionale helseforetakene inngått avtaler om tilbud for en rekke pasientgrupper i de private rehabiliteringsinstitusjonene. I dette kapittelet redegjøres det for hvilket tilbud statistikken viser at det er mest av.

**7.2.1 De hyppigst forekommende enkeltdiagnosene i de private rehabiliteringsinstitusjonene etter antall opphold i 2009:**

2009			
ICD10UT	Beskrivelse	Frekvens	Prosent
M161	Primær hofteleddsartrose, uten oppl. om bilateral manifest.	2197	6,5
E66	Fedme	1611	4,8
M171	Primær kneleddsartrose, uten opplysning om bilat. manifest.	1345	4,0
E660	Fedme som skyldes høyt kaloriinntak	1068	3,2
M160	Primær hofteleddsartrose, bilateral	1047	3,1
M791	Myalgi	812	2,4
S720	Brudd i lårhals	810	2,4
G35	Multippel sklerose (MS)	687	2,0
M170	Primær kneleddsartrose, bilateral	675	2,0
E668	Annen spesifisert fedme	587	1,7
M790	Uspesifisert reumatisme	552	1,6
M797	Fibromyalgi	527	1,6
M16	Hofteleddsartrose (coxarthrosis)	520	1,5
M169	Uspesifisert hofteleddsartrose	500	1,5
I251	Aterosklerotisk hjertesykdom	495	1,5
J449	Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom	443	1,3
M480	Spinal stenose	425	1,3
M549	Uspesifisert ryggsmerte	424	1,3
mangler kode	mangler kode i datasett	391	1,2
M179	Uspesifisert kneleddsartrose	373	1,1
E669	Uspesifisert fedme	347	1,0
H931	Øresus	330	1,0

Kilde: Helsedirektoratet 2010

**7.2.2 Oversikt over de 15 mest brukte enkeltdiagnoser i de private rehabiliteringsinstitusjonene 1.tertial 2011. Antall opphold og antall oppholdsdøgn**

Hoveddiagnose	Antall opphold	Antall døgn
E669 Uspesifisert fedme	594	10285
M161 Primær hofteleddsartrose, uten opplysning om bilateral manifestasjon	493	7648
M171 Primær kneleddsartrose, uten opplysning om bilateral manifestasjon	343	5508
G35 Multippel sklerose (MS)	236	5357
E668 Annen spesifisert fedme	185	2999
M791 Myalgi	178	3689
M790 Uspesifisert reumatisme	172	4130
M160 Primær hofteleddsartrose, bilateral	159	2471
S720 Brudd i lårhals	156	2857
E66 Fedme	152	1615
I251 Aterosklerotisk hjertesykdom	145	3388
M797 Fibromyalgi	132	3300
J449 Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom	129	3321
M16 Hofteleddsartrose (coxarthrosis)	110	2067
M170 Primær kneleddsartrose, bilateral	96	1592

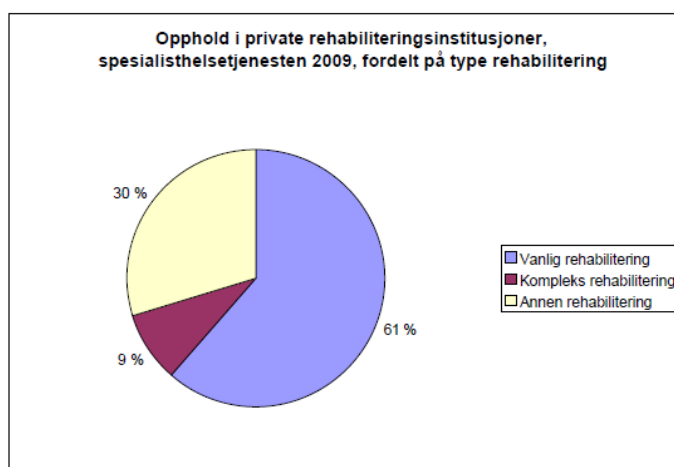
Kilde: NPR

### 7.2.3 De hyppigst forekommende hoveddiagnosekapitlene i de private rehabiliteringsinstitusjonene i 2010:

ICD-10 diagnosekode	Primær døgnerhab.		Sekundær døgnerhab.		Poliklinisk rehab.		Opptreningsinst.	
	(N=)	Pst.	(N=)	Pst.	(N=)	Pst.	(N=)	Pst.
Manglende diagnosekode	808	6 %	0	0 %	2 253	15 %	483	2 %
Svulster C01-D48	254	2 %	200	2 %	202	1 %	1 058	4 %
Endokrine sykdommer E00-E90	312	2 %	361	4 %	1 418	9 %	2 974	11 %
Psykiske lidelser F00-F99	260	2 %	128	2 %	517	3 %	684	3 %
Sykdommer i nervesystemet G00-G99	1 340	9 %	531	6 %	704	5 %	1 803	7 %
Sykdommer i sirkulasjonssystemet I00-I99	2 709	19 %	2 969	36 %	1 501	10 %	2 844	10 %
Sykdommer i åndedrettssystemet J00-J99	2 021	14 %	360	4 %	686	5 %	714	3 %
Sykdommer i muskel-skjelettsystemet M00-M99	3 993	28 %	960	12 %	6 098	40 %	12 445	46 %
Symptomer og funn R00-R99	280	2 %	125	2 %	341	2 %	342	1 %
Skader forgiftninger S00-T98	1 280	9 %	2 010	25 %	355	2 %	2 355	9 %
Andre diagnosekapittel i alt	1 218	8 %	529	6 %	1 055	7 %	1 598	6 %
<b>Totalt</b>	<b>14 475</b>	<b>100 %</b>	<b>8 173</b>	<b>100 %</b>	<b>15 130</b>	<b>100 %</b>	<b>27 300</b>	<b>100 %</b>

Kilde: Samdata 2010

### 7.2.4 Fordeling mellom forskjellige typer rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene i 2009:



Kilde: Helsedirektoratet 2010

### 7.2.5 Kommentar til statistikken

Oversikten over de hyppigst forekommende enkeltdiagnosene i de private rehabiliteringsinstitusjonene viser at forskjellen fra 2009 til 1. tertial i 2011 er relativt liten. Det er fremdeles mest av en del fedme- og artroserelaterte diagnoser. Multippel sklerose har relativt sett kommet noe høyere på lista i 2011. Ellers er diagnosene myalgi, fibromyalgi og brudd i lårhals relativt stabile i plassering når en sammenligner statistikken for 2009 med den for 1. tertial i 2011.

Statistikken over hoveddiagnosekoder fra Samdata-rapporten, som gjengis i denne rapportens kapittel 7.2.3, viser at sykdommer i muskel- og skjelettsystemet er den absolutt hyppigst forekommende diagnosegruppen i de private rehabiliteringsinstitusjonene. På andreplass kommer endokrine sykdommer, der blant annet fedme inngår. Det er imidlertid også tydelig at diagnosegruppene sykdommer i sirkulasjonssystemet og skader og forgiftninger er relativt høyt oppe på lista i de private rehabiliteringsinstitusjonene uten at dette nødvendigvis vises på topp 15-lista over enkeltdiagnoser. Her kan det derfor være rimelig å slutte at pasientene innenfor disse hoveddiagnosegruppene sprer seg på flere enkeltdiagnoser enn hva tilfellet er for f.eks. endokrine sykdommer. Det er også relativt tydelig at hyppigheten av muskel- og skjelettsykdommer og endokrine sykdommer i de private rehabiliteringsinstitusjonene har mer til felles med det bildet man ser i poliklinisk rehabilitering i helseforetakene enn det man ser for primær- og sekundærrehabilitering i helseforetakene.

I følge arbeidsgruppas representanter fra de private rehabiliteringsinstitusjonene er det rimelig å anta at statistikken vil endre seg noe de kommende årene. Ved inngåelse av nye avtaler er det nemlig blant annet kuttet en del i plassene avsatt til artrose.

Kapittel 7.2.4 viser fordelingen mellom de forskjellige rehabiliteringskodene i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det kan synes som det gjøres relativt sett mindre som kodes som kompleks rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene sammenlignet med hvordan bildet er i helseforetakene. Gruppen annen rehabilitering er imidlertid ganske stor i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Blant rehabiliteringskodene som kommer inn under dette finner man:

- Z50.0 Rehabilitering etter hjertesykdom
- Z50.1 Annen fysikalsk behandling
- Z50.7 Arbeidsterapi og yrkesrettet rehabilitering
- Z50.9 Behandling som omfatter bruk av uspesifisert rehabiliteringstiltak

Det må anføres at det knytter seg noe usikkerhet til datakvaliteten i statistikken, blant annet grunnet at en institusjon som også driver med kommunal institusjonsbasert rehabilitering er tatt med (Namdal Rehabilitering hadde i følge egne tall 165 kommunale pasienter i 2009).



## 8 Avklaring av hvilke deler av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene som ut fra en faglig vurdering bør være henholdsvis kommunene eller spesialisthelsetjenestens ansvar basert på anbefalingene i oppdrag 1

I dette kapittelet kommer først en redegjørelse for metodikken arbeidsgruppa har brukt, dernest følger rapportens anbefalinger. Arbeidsgruppa ønsker å understreke at det vil være behov for utredning av økonomiske og administrative konsekvenser knyttet til denne rapportens faglige anbefalinger.

### 8.1 Bruk av fordelingsmodellen i ansvarsavklaringen

Fordelingsmodellen fra oppdrag 1 gir en pekepinn på ansvarsfordelingen mellom tjenestenivåene ved å sette brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet i sentrum. Dernest har man framhevet de mest overordnede elementene som trekker i retning av henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjeneste. Selve vekten i modellen veier disse overordnede elementene opp mot brukers mål, slik at man får en indikasjon på hvilket tjenestenivå som er det rette for å håndtere brukerens rehabiliteringsbehov.

Når man bruker modellen på gruppenivå er det imidlertid nødvendig å knytte noen forbehold og ekstramomenter til den. For det første er måten vi grupperer pasienter på noe upresis i denne sammenhengen. Diagnosene er vidtrekkende og sier ikke nødvendigvis så mye om hvilket funksjonsnivå pasienten er på. Det må derfor understrekes at individuelle forhold må tas i betraktning når enkeltpasienter skal vurderes i forhold til modellen. Pasienter som tilhører en diagnosegruppe som modellen tilsier skal løses på ett tjenestenivå, kan som følge av individuelle forhold egentlig "tilhøre" det andre nivået. For det andre er det flere momenter som det er formålstjenlig å trekke fram ved slike vurderinger. Arbeidsgruppa ønsker i denne sammenhengen å trekke fram noen eksempler på supplerende momenter som kan være relevante i vurderingen av ansvar mellom tjenestenivåene. Arbeidsgruppa understreker at dette kun er eksempler og ikke ment som en uttømmende liste:

- Utredning/kartlegging/intervensjon  
Det må vurderes om den utredning, kartlegging og igangsetting av tiltak/intervensjon som pasienten har behov for er best løst i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Her vil fordelingsmodellen kunne brukes. Spesialisert utredning er f.eks. noe som peker i retning av spesialisthelsetjenesten, mens utredning der kunnskap om muligheter og begrensninger i nærmiljøet vil måtte inkludere innsats fra kommunen. Det kan imidlertid være eksempler på at dette i hovedsak ivaretas i kommunen men med supplerende spesialtester eller lignende fra spesialisthelsetjenesten.

- Kompliserende faktorer/sammensatte lidelser  
En pasient hvor en tilsynelatende "enkel" diagnose er utløsende for behov for rehabilitering kan individuelt sett ha kompliserende faktorer som endrer vurderingen. Tidligere sykdomshistorie eller komorbiditet kan være eksempler på dette.
- Alvorlighetsgrad/prognosetap  
En diagnose sier som nevnt ikke så mye om pasientens funksjonsnivå. Diagnosens alvorlighetsgrad må inn i vurderingen av hvem som er best egnet til å bistå pasienten.
- Behov for miljøskifte  
I noen tilfeller er det behov for miljøskifte for å komme ut av en ond sirkel. Da kan det være formålstjenlig med institusjonsbasert rehabilitering. I andre tilfeller er det mer gunstig at rehabiliteringstiltak gis parallelt med deltagelse i hverdagslivets aktiviteter. Dette trekker i retning av at rehabiliteringsinnsatsen bør gis i eller så nær hjemmet som mulig. I begge tilfeller er overføringsverdien til hjemmesituasjonen av stor viktighet.
- Hjelpemidler  
Det er kommunen som har ansvaret for formidling av hjelpemidler til brukeren i samarbeid med NAV. Kommunen må vurdere om de har tilstrekkelig kompetanse til å formidle det hjelpemiddelet som pasienten trenger, eller om de må trekke inn andre instanser (for eksempel spesialisthelsetjenesten) for å bistå.
- De tiltakene som er prøvd ut har ikke ført fram  
Dersom en anser at pasienten trenger og har potensial for rehabilitering og at de tiltakene som er prøvd ut på ett tjenestenivå ikke har effekt, så vil det være nærliggende å tenke at en bør prøve ut tiltak på et annet tjenestenivå for denne pasienten. Dette går begge veier – fra kommune til spesialisthelsetjeneste og motsatt.

Arbeidsgruppa ble i dette oppdraget bedt om å gjøre en gjennomgang av dagens tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene for å avgjøre hvilke deler av dette tilbudet som skulle være henholdsvis kommunene eller spesialisthelsetjenesten sitt ansvar. Vurderingene er blitt gjort på bakgrunn av hva statistikken viser er de hyppigst forekommende diagnosene i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Arbeidsgruppa har vurdert disse diagnosene opp mot fordelingsmodellen fra oppdrag 1, for å avgjøre om de på gruppenivå faglig sett tilhører kommunene, spesialisthelsetjenesten eller begge deler.

Modellen viser en helsesektor med to tjenestenivåer. Arbeidsgruppa ønsker å understreke at dette gjelder selv om man åpner for at kommunene kan kjøpe plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Dersom dette skulle skje, så vil de plassene være å regne som kommunal institusjonsbasert rehabilitering, som kommunen må ta ansvar for å anskaffe.

Diagnosegruppene som gjennomgås i anbefalingene blir derfor ansvarsfordelt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Det som trekker i retning av kommunen står på venstresiden av modellen, og det som trekker i retning av de private rehabiliteringsinstitusjonene står på høyre side – spesialisthelsetjenestesiden – av modellen. Imidlertid er det denne gangen også noen momenter på høyre side som ikke er spesialisthelsetjenestens ansvar. Dette er ment som forslag til

momenter som trekker i retning av kommunalt innkjøpt rehabiliteringsinnsats ytt av de private rehabiliteringsinstitusjonene. Disse er markert med bokstaven **K**.

## **8.2 Anbefalinger**


De diagnosene som er trukket ut som eksempler på hvordan fordelingsmodellen kan brukes i arbeidet med ansvarsavklaring, og som representanter for det som statistikken sier er de hyppigst forekommende diagnosene i de private rehabiliteringsinstitusjonene, er følgende:

- Hofte-/kneleddsartrose
- Fedme
- Myalgi – langvarige muskel- og skjelettsmerter
- MS (Multippel Sklerose)


I tillegg gir arbeidsgruppen noen anbefalinger knyttet til grupper som antas ikke å få nok fokus i institusjonsbasert rehabilitering per i dag. Arbeidsgruppen har ikke foretatt vurderinger av om disse pasientene/gruppene bør/kan/får tilstrekkelig rehabiliteringstilbud på HF nivå. Til slutt følger en del generelle anbefalinger, blant annet knyttet til rehabiliteringen i de private rehabiliteringsinstitusjonene.

**8.2.1 Avklaring av hvilke deler av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene som ut fra en faglig vurdering bør være henholdsvis kommunene eller spesialisthelsetjenestens ansvar**


a) *Pasienter proteseoperert for hofte- eller kneleddsartrose*

Pasienter proteseoperert for hofte- eller kneleddsartrose		
<b>Kommune</b>	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	<b>Spesialisthelsetjeneste</b>
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enkle treningstiltak evt med bistand fra fysioterapeut</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompliserende faktorer, flere diagnoser</li> <li>• Assistansebehov grunnet manglende tilrettelegging i bolig, alder, sosiale forhold – K</li> <li>• Manglende fagressurser i kommunen - K</li> </ul>
<b>Generelle betraktninger:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forutsetter planlegging mellom pasient/bruker, spesialisthelsetjenesten og kommunene for tilrettelegging etter operasjon</li> <li>• Her er det veldig relevant å lage standardiserte forløpsbeskrivelser</li> <li>• <b>Det anbefales at disse pasientgruppene i større grad blir kommunenes ansvar og i mindre grad spesialisthelsetjenestens</b></li> </ul>		


b) *Fedmerelaterte diagnoser*

Fedmerelaterte diagnoser		
<b>Kommune</b>	 <p>Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	<b>Spesialisthelsetjeneste</b>
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forebyggende og helsefremmende arbeid</li> <li>• Tidlig innsats</li> <li>• Frisklivssentraler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fedme med komplikasjoner</li> <li>• Sykelig overvekt, postoperativ rehabilitering</li> <li>• Rehabilitering knyttet opp mot kognitive prosesser</li> <li>• Barn, unge og familieproblematikk – <b>K</b></li> <li>• Manglende fagressurser i kommune - <b>K</b></li> </ul>	
<b>Generelle betraktninger:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det bør utarbeides standardiserte forløp for denne gruppen, basert på Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (Helsedirektoratet 2011, IS-1735) og hos barn og unge (Helsedirektoratet 2011, IS-1734)</li> <li>• <b>Det anbefales at disse pasientgruppene i større grad blir kommunenes ansvar og i mindre grad spesialisthelsetjenestens</b></li> </ul>		

c) *Myalgi*

<b>Myalgi</b>		
<b>Kommune</b>		<b>Spesialisthelsetjeneste</b>
Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø?	Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for kompleksitet?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for intensitet?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidlig fase</li> <li>• Individuell plan og koordinator</li> <li>• Frisklivssentraler</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Langvarige tilstander der mye er prøvd ut på kommunalt nivå</li> <li>• Behov for miljøskifte, gruppeeffekt, kognitive prosesser</li> <li>• Risiko for langvarig sykemelding</li> <li>• Behov for utredning ved tverrfaglig smerteklinikk</li> <li>• Kompliserende tilstander, psykiske lidelser</li> <li>• Veiledning av kommunalt tjenesteapparat, ambulant arbeid</li> <li>• Manglende fagressurser i kommunen - <b>K</b></li> </ul>
<b>Generelle betraktninger:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En mer riktig benevnelse på denne pasientgruppen er langvarige muskel- og skjelettsmerter</li> <li>• Det er nødvendig med grundig utredning av tilstanden og rehabiliteringsbehovet til hver enkelt bruker, årsaksforhold kan være komplekst. Her må det vurderes om det er behov for spesialisert utredning.</li> <li>• Stor gruppe, utgjør stor prosentandel av yngre sykemeldte og uføre</li> <li>• Viktig å vurdere tiltak tilknyttet for eksempel "Raskere tilbake" eller IA-avtalen</li> <li>• Det er særlig stort behov for effektstudier tilknyttet rehabilitering for denne gruppen</li> <li>• <b>Dette er en gruppe som i mange tilfeller vil ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten</b></li> </ul>		

d) MS (Multippel Sklerose)

MS (Multippel Sklerose)		
<b>Kommune</b> Behov for kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø? Behov for langvarig og koordinert oppfølging? Behov for tverrsektoriell samhandling?	  Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	<b>Spesialisthelsetjeneste</b> Behov for spesialisert kompetanse? Behov for kompleksitet? Behov for intensitet?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det bør opprettes kommunale/interkommunale tilbud</li> <li>• Individuell plan og koordinator viktig – sikre langsiktighet i progredierende forløp</li> <li>• Hjelpemidler i bolig og ADL-situasjon</li> <li>• Personlig assistent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spisskompetanse på sykdom og rehabiliteringsprosesser</li> <li>• Det bør bygges opp regionale tilbud</li> <li>• Kompleksitet i sykdomsforløp</li> <li>• Behov for medisinsk/faglig rådgivning</li> <li>• Langsiktig oppfølging på samme institusjon</li> <li>• Likemannsarbeid</li> <li>• Veiledning av kommunalt tjenesteapparat, ambulant arbeid</li> <li>• Manglende fagressurser i kommune - <b>K</b></li> </ul>	
<b>Generelle betraktninger:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Universell utforming særlig viktig, her må det settes krav blant annet til private tjenestetilbydere i kommunen (fastlege, privat fysioterapeut)</li> <li>• <b>Dette er en gruppe som i mange tilfeller vil ha behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten</b></li> </ul>		

e) *Andre grupper:*

- Progredierende nevrologiske tilstander, samt andre nevrologiske tilstander som for eksempel CP (Cerebral Parese), bør komme høyere opp på statistikken over pasienter som får tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Her bør det også være lettere å få gjentatte opphold. Rehabiliteringsinnsats for å vedlikeholde funksjonsnivået best mulig vil være sentralt. Samhandling med kommunene må styrkes, deltagelse i arbeid med individuell plan samt ambulant virksomhet. Dette er grupper det også må fokuseres sterkt på i kommune og i spesialisthelsetjenesten for øvrig.
- Hjerneslag med store komplekse funksjonsutfall over tid, for eksempel av kognitiv art, bør i større grad prioriteres plass i private rehabiliteringsinstitusjoner. Se ellers Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet 2010, IS-1688).
- Barn og unge med funksjonsnedsettelse, særlig av sjelden art, bør vurderes innvilget tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner med stor erfaring på området i kombinasjon med andre tiltak.
- Personer med store og sammensatte funksjonstap, som har et rehabiliteringspotensial, bør vurderes gitt et tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene.

f) *Oppsummering av ansvarsavklaring*

Statistikken viser at det fremdeles gjøres mye rehabilitering i de private rehabiliteringsinstitusjonene som egentlig burde vært løst på kommunalt nivå. Fedme- og artroserelaterte diagnoser, samt enklere rehabilitering etter brudd, bør i utgangspunktet løses av det kommunale tjenesteapparatet. Det er andre grupper som i større grad enn i dag bør få tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene, som for eksempel de med nevrologiske tilstander, barn og unge med funksjonsnedsettelse samt personer med store og sammensatte funksjonstap som har et rehabiliteringspotensial.

Arbeidsgruppa fastholder at vi fremdeles må operere med kun to tjenestenivåer innen rehabiliteringsfeltet – kommunene og spesialisthelsetjenesten. De private rehabiliteringsinstitusjonene skal fremdeles være en del av spesialisthelsetjenesten, med rehabiliteringstilbud anskaffet av de regionale helseforetakene. Det må stilles krav til tjenesteinnholdet i de private rehabiliteringsinstitusjonene i tråd med dette. Dersom kommunene ikke har, eller ikke greier å bygge opp, et tilfredsstillende tilbud til de pasientgruppene som naturlig tilfaller deres ansvarsområde, eller mener disse vil få et bedre tilbud i en privat rehabiliteringsinstitusjon, så forutsetter arbeidsgruppa at kommunene kjøper tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Dette vil være tilbud underlagt det kommunale ansvaret, selv om de gis i private rehabiliteringsinstitusjoner. Her blir det viktig å lage en juridisk og økonomisk forsvarlig modell for innkjøp, slik at det står i forhold til lokale behov, anskaffelsesreglementet og er egnet å gi forutsigbare økonomiske rammer for både kommunene og de private rehabiliteringsinstitusjonene. En av mulighetene som har vært oppe i diskusjonen har vært å etablere en sentral kommunal innkjøpsordning. I



og med at mandatet til denne arbeidsgruppa primært har vært å gi faglige anbefalinger ønsker vi imidlertid å overlate dette ansvaret til en dertil egnet gruppe med riktig mandat. Denne gruppa bør ha kompetanse på rehabiliteringsfaget (herunder rehabiliteringsbehov), de juridiske forholdene knyttet til rettigheter og anskaffelse samt økonomi.

Uavhengig av kommunens kjøp av plasser i de private rehabiliteringsinstitusjonene anbefaler arbeidsgruppa at de regionale helseforetakene fortsatt kjøper rehabiliteringstjenester på spesialisthelsetjenestnivå fra de private rehabiliteringsinstitusjonene. Også her er det av stor viktighet at avtalene gir forutsigbare rammer for drift og står i forhold til anbefalingene gitt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) og i Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015) om at rehabiliteringsfeltet skal styrkes. Arbeidsgruppen mener at det ikke er grunnlag for å redusere rehabiliteringsaktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Det vil imidlertid være behov for endringer i pasientporteføljen til spesialisthelsetjenesten ved at noen pasientgrupper naturlig hører hjemme i kommunale tilbud og andre pasientgrupper må få bedre aksess til spesialiserte rehabiliteringstilbud.

### **8.2.2 Øvrige anbefalinger:**

I tillegg til anbefalingene knyttet til ansvarsfordelingen av rehabiliteringstilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene ønsker arbeidsgruppa å supplere rapporten med følgende anbefalinger:

#### *a) De private rehabiliteringsinstitusjonene*

- **Det innføres en ordning for fritt rehabiliteringsvalg knyttet til de private rehabiliteringsinstitusjonene**

Rehabiliteringstilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene må være underlagt samme ordning for fritt sykehusvalg som rehabilitering på helseforetaksnivå er. Det understrekes at dette gjelder spesialisthelsetjenesteplassene i de private rehabiliteringsinstitusjonene, altså de som er anskaffet via avtalene mellom de regionale helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det anføres at man her, i likhet med hva tilbudet er for fritt sykehusvalg for øvrig, mangler objektive sammenligningskriterier mellom de forskjellige rehabiliteringsinstitusjonene som grunnlag for brukerens valg. *Se kapittel 10 for særmerknad fra de regionale helseforetakene knyttet til dette punktet.*

- **Det må satses sterkt på samhandling og ambulerende tjenester i de private rehabiliteringsinstitusjonene.**

Private rehabiliteringsinstitusjoner må i høyere grad inngå i planlagte rehabiliteringsprosesser som for eksempel er nedfelt i individuell plan og hvor også samarbeidsparter fremkommer. De private rehabiliteringsinstitusjoner skal på lik linje med helseforetakene samarbeide med kommunene og sørge for råd og veiledning vedrørende rehabiliteringsopplegg for enkeltbrukere, jfr. forskrift om habilitering og rehabilitering § 16 pkt. 1-2. I de tilfeller der institusjonene ligger langt unna pasientens hjemkommune kan samhandlingen foregå ved hjelp av tekniske hjelpemidler som

videokonferanse, IP-telefoni eller lignende. Dette er for øvrig noe som kan berøres ved avtaleinngåelse med de regionale helseforetakene.

- **Det må produseres bedre statistikk knyttet til rehabiliteringen som foregår i de private rehabiliteringsinstitusjonene.**

Disse institusjonene gjør en del rehabilitering som vanskelig passer inn i dagens ICD 10-kodeverk. En løsning på dette kan være å foreslå opprettet en ny ICD 10-kode for rehabilitering som synliggjør den rehabiliteringen som går ut over kravene for såkalt vanlig rehabilitering men som likevel ikke omfatter så mange som 6 forskjellige faggrupper. En annen mulighet er å bruke prosedyrekodene for habilitering og rehabilitering som kilde til statistikk, spesielt dersom disse også vil vise omfang og kvantitet i tilbudet når de foreligger i revidert utgave i 2013.

- **Det må satses på kunnskapsoppsummeringer og ny forskning for å legge til rette for videreutvikling av rehabiliteringsfeltet**

b) *Øvrige forhold*

- **Handlingsplan for rehabilitering**

Arbeidsgruppa anbefaler at det etableres en handlingsplan for rehabilitering, som bidrag til å styrke og prioritere rehabiliteringsfeltet i forbindelse med implementering av Samhandlingsreformen.

Nasjonalt strategi for habilitering og rehabilitering representerte en start på denne innsatsen som bør følges opp, bla. som følge av ny forskrift for habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

- **Omstillingstilskudd**

Det anbefales at omstillingstilskudd til de private rehabiliteringsinstitusjonene brukes til å stimulere utviklingen av samarbeidet mellom institusjonene og kommunene i henhold til intensjoner, mål og tiltak i samhandlingsreformen.

## 9 Noen innlegg fra arbeidsgruppemøtene i oppdrag 2

### **DE PRIVATE REHABILITERINGSINSTITUSJONENES TILBUD I DAG, OG FREMTIDIGE ROLLE OG Plassering.**

*Innlegg fra Hovedorganisasjonen Virke v/Ann Helen Skyberg og Ole-Jakob Dyrnes*

#### **Historisk betydning**

Det offentlige helse- og sosialtilbudet i Norge er i stor grad bygd opp av private – private tjenesteytere er med andre ord ikke noe nytt. De private rehabiliteringsinstitusjoner som i dag har avtaler med det offentlige, vil gjerne videreføre denne tradisjonen. Disse institusjonene har vist at de har en stor "stå på vilje", endringskompetanse og endringsvilje. De snur seg raskt når det er nødvendig for å oppfylle samfunnets behov og krav. De private rehabiliteringsinstitusjonene har gjennom de siste ti årene gått gjennom en styrt utviklingsprosess og er nå en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Institusjonene har over lang tid vist at de driver svært kostnadseffektivt sammenlignet med offentlige tiltak (sml døgnpris). Institusjonene drives i stor grad av idealisme, ikke av kommersiell tankegang. De private rehabiliteringsinstitusjonene er en integrert del av det offentlige helsetilbudet, og ønsker å være medspillere og ikke konkurrenter til det offentlige. I samhandlingsreformen står god ressursutnyttelse og bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten sentralt. De private institusjonene er en integrert del av spesialisthelsetjenesten i dag, og en viktig del av det forsterkede samarbeidet som skal skje for å bedre effektivitet og kvalitet på tjenestene

#### **Kompetanse og faglig kvalitet**

Institusjonene har en bredt sammensatt tverrfaglig bemanning (høgskole og universitetsnivå) med høy grad av videreutdanning, bl.a. flere master- og doktorgrader. Institusjonene har opparbeidet seg en solid rehabiliteringskompetanse – spisskompetanse både innen kompleks og vanlig rehabilitering. Institusjonene er i helhet innrettet for tverrfaglig helhetlig rehabilitering og har lang erfaring på fagfeltet. De har over tid arbeidet målrettet med fagutvikling og kompetanseheving, og det satses målbevisst på kvalitetssikring av tjenestene. De fleste institusjonene er ISO-sertifiserte eller CARF-akkrediterte. RHFene definerer kvalitet og nivå på tjenestene. I kravspesifikasjonene i anskaffelseskonkurransene settes strenge krav ift; kvalitet, bemanning, faglig innhold, grad av spesialisering, kompleksitet og intensitet på tjenestene, samt mottak av pasienter som ikke er selvhjulpne i ADL. Institusjonene har, sett i lys av dette, høy kvalitet og kompetanse.

#### **Ledig kapasitet**

De fleste institusjonene har i dag ledig kapasitet og kan raskt bidra til økt effektivitet i rehabiliteringsforløpene. De private rehabiliteringsinstitusjonene stiller spørsmål ved at det bygges opp nye tilbud i spesialist- og kommunehelsetjenesten når denne kapasitet allerede finnes hos de private. Det er liten tvil om at det vil være mer kostnadseffektivt å benytte denne ledige kapasiteten framfor å bygge nytt.

#### **Kostnadseffektivitet**

Tjenester som leveres av de private er svært kostnadseffektive. Døgnprisene ligger fra kr.1500,- til kr.3000,- pr. døgn, avhengig av ytelse. For denne prisen leveres fullverdige heldøgns tjenester. Det er ingen basisfinansiering - alt er aktivitetsbasert. De private leverandørene som i dag har avtale med det offentlig er i stor grad ideelle og det tas i svært liten grad ut utbytte. De driver etter stramme økonomiske rammer, og kan i motsetning til de offentlige, gå konkurs.

#### **Vår rolle i fremtiden**

Institusjonene gir tilbakemelding om at de har kompetanse og kapasitet til å levere rehabiliteringstjenester både til spesialisthelsetjenesten som i dag og til kommunehelsetjenesten. En forutsetning for at dette skal lykkes er at avtaler om kjøp av rehabiliteringstjenester må skje med en sentral avtalepart i spesialisthelsetjenesten (RHFene), og en sentral avtalepart i

kommunehelsetjenesten. De private rehabiliteringsinstitusjonene bør være førstestans etter opphold i HF for de pasientene som har et klart rehabiliteringsbehov og -potensial. Det har vært en klar tendens de siste årene at institusjonene gjennom avtaleinngåelse med RHFene har fått en reduksjon i volum. Noen institusjoner er nå blitt så små at det er vanskelig å få til en forsvarlig drift. Størrelsen på institusjonene er viktig ift å beholde robuste og sterke fagmiljøer. Volum på avtalene og økonomisk ramme er avgjørende. Det bør inngås løpende avtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene, på lik linje med ideelle aktører innenfor TSB området, der fokus dreies fra jus til i større grad å stimulere til utvikling av kvaliteten på tjenestene. Løpende avtaler gir større forutsigbarhet for alle parter.

## **INTENSIV REHABILITERING, NÅR OG HVORFOR?**

*ved Ketil Egge, direktør/overlege Landaasen Rehabiliteringssenter*

Tilstander som gjør at folk søker lege eller blir sykemeldt er betydelig endret de siste 40 årene. Det har vært en stor økning av pasienter innen «nye» diagnoser: smertetilstander/ fibromyalgi, utbrenthet, overvekt / metabolsk syndrom, KOLS, kreftoverlevende / fatigue, lettere psykiske lidelser/ ensomhet og kombinasjoner av disse.

Felles for tilstandene er at samtidig som det dels kan være direkte somatiske årsakssammenhenger, i mange tilfeller også ligger nokså sammensatte problemstillinger bak helseproblemene. For å kunne yte helsetjenester som er virkningsfulle overfor disse pasientene er en bred kartlegging av faktorer som bidrar til symptombildet av avgjørende betydning.

Primærhelsetjenesten klarer ofte ikke å tilby adekvat behandling av ulike årsaker; manglende medisinsk faglig kompetanse, for sammensatte problemstillinger, for spesialiserte problemstillinger, manglende kartleggingskompetanse, igangsetting av tiltak uten effekt, manglende veiledningskompetanse, manglende arena for igangsetting av tiltak.

Pasientene kjenner oftest selv ikke til årsakssammenhengen for helseplagene. Kartleggingsfasen med kognitive prosesser blir for dem ofte en «reise» i å oppdage eget tanke sett, følelser knyttet til dette, egne prioriteringer, egne valg, mønster i egen tilværelse, somatisering av plager og automatiserte tankers hemmende virkning på bedring og endring.

Pasientgruppene er blant de største diagnosegruppene i statistikken for sykemeldinger. I 2010 var utgiftene til sykepenger 35 mrd kr, arbeidsavklaring 27,5 mrd kr, utdanningsstøtte/ attføringspenger 13,9 mrd kr, sum 76,4 mrd kr. I tillegg kommer utgifter til uføretrygd 57,9 mrd kr. Et 3 ukers rehabiliteringsopphold for disse pasientene har en kostnad omtrent som 4 ukers sykemelding. Sentralt i Samhandlingsreformen er bærekraft. Majoriteten av pasientene blir ikke henvist til rehabilitering, og de som blir henvist ofte først når alt annet er prøvd, inkludert langvarig sykemelding. Ved henvisning tidlig i forløpet er det potensielt mange år i arbeidslivet, betydelig livskvalitet og store kostnader å spare på igangsetting av faglige, adekvate og målrettede behandlingstiltak.

## **Gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i private rehabiliteringsinstitusjoner**

*Marit Løken, Rambøll*

Rambøll Management Consulting har gjennomført en gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i private rehabiliteringsinstitusjoner på oppdrag for Helsedirektoratet. Gjennomgangen er gjennomført i perioden juli til september 2011. Gjennomgangen består av to deloppdrag:

- Deloppgave A omhandler avtaler mellom regionale helseforetak (RHF) og private rehabiliteringsinstitusjoner
- Deloppgave B omhandler de private rehabiliteringsinstitusjonenes rapportering på omstillingsmidler som de har fått tildelt fra Helsedirektoratet i perioden 2008 - 2010

Disse to deloppgavene er nært knyttet til hverandre, ettersom de begge omhandler de samme private rehabiliteringsinstitusjonene, og det tilbudet de yter. Det er utarbeidet separate rapporter for de to deloppgavene. I dette sammendraget presenteres hovedfunn i deloppdrag B.

Deloppgave B skal gi en oversikt over de utviklings- og omstillingsprosjekter som er igangsatt i private rehabiliteringsinstitusjoner med støtte fra tilskuddsordningen "Omstilling av private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i Norge". Prosjektene har fått omstillingsstøtte for å kunne tilfredsstille krav til spesialisthelsetjeneste.

### **Gjennomføring og hovedfunn**

Kartleggingen er gjennomført ved bruk av dokumentstudier av søknader, statusrapporter og sluttrapporter fra i alt 105 utviklingsprosjekt i perioden 2008- 2010. I alt 44 institusjoner har fått støtte til omstillingsprosjekter i perioden 2008 -2010.

De fleste av prosjektene faller inn under følgende prosjektkategorier:

- Pasientforløp og samhandling med helseforetak og/eller med kommuner/NAV, jfr. Samhandlingsreformen
- Prosjekter/tiltak som kan bidra til å styrke opptrenings-/rehabiliteringstjenester på områder der tilbudet synes mangelfullt i regionen
- Prosjekter/tiltak rettet mot arbeidsrettet rehabilitering

Blant målgruppene ser vi at prosjektene i størst grad er rettet mot diagnosegrupper

- Muskel- og skjelett, inklusive smerte/lettere psykiske tilstander
- Nevrologiske sykdommer
- "Andre"

Samlet finner vi en overvekt av prosjekter mot målgruppen muskel- og skjelett, men tendensene viser en økning i antall prosjekter rettet mot kreft og nevrologiske sykdommer. Få eller ingen prosjekter er rettet mot brukere med sansetap. Flere av prosjektkategoriene falt inn under "Andre". Blant disse prosjektene var enkelte rettet mot kols, me, eldre eller mennesker med lettere fysiske eller psykiske funksjonshemminger.

Det synes å være en sammenheng mellom prosjektkategori og diagnose. De fleste prosjekter som er rettet mot diagnosegruppe muskel- og skjelett inn under kategorien arbeidsrettet rehabilitering. Prosjekter som er rettet mot pasienter med kreft faller som oftest inn under kategorien "Prosjekter/tiltak som vektlegger pasientforløp og samhandling med helseforetak og/eller med kommuner, NAV, jfr samhandlingsreformen".

I flertallet av rapportene har det ikke vært beskrevet hvilke aldersgrupper rehabiliteringstilbudet er rettet mot. I de rapportene hvor rehabiliteringstilbudets målgruppe med hensyn til alder har vært spesifisert, fordeler resultatene seg jevnt over på aldersgruppene barn (under 18 år), ungdom/unge voksne (18 til 30 år) og voksne (over 30 år). Det er likevel grunn til å anta at størstedelen av prosjektene er rettet mot voksne over 30 år, vurdert både ut ifra hvilke diagnosegrupper tilbudet er rettet mot og det faktum at institusjonene tradisjonelt sett har rettet sine tilbud mot voksne.

Det har ikke vært noe øvre tak på søknad om tilskuddstørrelse. Funnene viser institusjonene har mottatt omstillingsmidler fra kr. 145 000,- til over to millioner kroner. Det ble ytt større beløp per prosjekt i 2008 enn i 2010 og flere prosjekter har mottatt støtte i 2008 enn 2010. Institusjonene i Helse Sør – Øst, som er den største regionen, har mottatt mest omstillingsmidler.

Få av prosjektene rapporterer om at det er inngått avtale med kommunen om kjøp av rehabiliteringstjenester. Tilsvarende er det få prosjekter som rapporterer om samarbeid med koordinerende enhet og om bruk av individuell plan. Vi ser imidlertid en positiv tendens i at dette øker fra 2008 til 2010.

I sluttrapportene har prosjektene vurdert egen måloppnåelse etter gjennomføring. Funn fra gjennomgangen av disse viser at måloppnåelse vurderes ulikt fra prosjekt til prosjekt. Enkelte kan ha vurdert måloppnåelse i lys av fremgang hos brukere, andre kan ha delt ut egenutviklede evalueringsskjemaer til brukerne mens andre igjen har vurdert måloppnåelse i lys av prosjektets faser, aktiviteter og milepæler. I de prosjektrapportene hvor måloppnåelse er beskrevet, viser gjennomgangen at det er langt flere tilfeller hvor målsetningene med prosjektet har blitt vurdert som nådd, enn ikke. Analysene viser en liten økning i alle regioner med hensyn til positiv måloppnåelse i 2010 sammenlignet med 2009 og 2008.

En målsetting med flere av prosjektene er at de etter endt prosjektperiode skulle videreføres i ordinær drift. I de prosjektrapportene hvor dette har vært mulig å vurdere, viser gjennomgangen at det i perioden er flere prosjekter som har blitt videreført i ordinær drift, enn prosjekter som har blitt avsluttet. Gjennomgangen viser også en tendens til at andelen prosjekter som videreføres i drift øker i 2009 og 2010, sammenlignet med 2008. Det er små forskjeller mellom regionene. Institusjoner i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge har rapportert at prosjekter er overført i drift både i 2008, 2009 og 2010.

## 10 Særmerknad

### **Særmerknad fra representantene for de regionale helseforetakene**

Representantene fra de regionale helseforetakene oppfatter at de er bedt om å delta i arbeidet med "avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet" for å gi faglige råd som skal understøtte gode samarbeidsprosesser rundt den enkelte pasient og samtidig bidra til at tilstrekkelige tilbud og god kompetanse innen de generelle rehabiliteringstilbud bygges opp i regionene.

På bakgrunn av dette vil representantene fra RHF'ene tilkjennegi at de ikke kan stille seg bak den unyanserte anbefalingen i pkt 8.2.2 om at det skal innføres en ordning med fritt rehabiliteringsvalg knyttet til de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det er flere momenter som underbygger dette;

Fritt rehabiliteringsvalg vil kunne føre til en faglig undergraving av små og sårbare, men helt nødvendige rehabiliteringstilbud ved institusjonene i distriktene. Større institusjoner i mer sentrale strøk av landet kan da bli foretrukket uten at det pt foreligger noen kvalitetskriterier å velge ut fra, og man dermed ikke vet om det er et faglig bedre tilbud.

Samhandlingsreformens intensjoner for rehabiliteringstjenestene bygger på at pasient, fastlege, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten i langt større grad skal samhandle mer og skape gode lokale pasientforløp. Den koordinerende enhet i kommunen vil også være sentral her. Det gode pasientforløp kan best oppnås gjennom lokale samspillsprosesser der alle aktører bidrar. Fritt rehabiliteringsvalg vil komplisere denne sentrale målsettingen i Samhandlingsreformen.

Det er pasienten selv som skal være med å planlegge sitt rehabiliteringsforløp – i første rekke sammen med fastlegen. Koordinerende enhet har en oversikt over aktuelle rehabiliteringstilbud og vil også være en viktig samarbeidspartner. Det sendes så en henvisning til den regionale vurderingsenheten som er bygd opp i alle helseregioner: Denne mottar og rettighetsvurderer alle henvisninger til spesialisthelsetjenestetilbud ved de private rehabiliteringsinstitusjonene i regionen. Enhetene har tverrfaglig rehabiliteringskompetanse som også vurderer om det er påkrevd å søke mer spesialisert tilbud enn det som kan gis i egen region, og sikrer på den måten at det faglige perspektivet er ivaretatt. Vi er bekymret over at dette viktige arbeidet i vurderingsenhetene vil bli vanskeliggjort ved en eventuell innføring av fritt rehabiliteringsvalg. HF dekker gjestepasientoppgjør for pasienter fra eget område som drar til rehabiliteringsopphold utenfor regionen. Noen får også dekket reisekostnader. Dersom det blir innført fritt rehabiliteringsvalg kan denne kostnaden bli av betydelig størrelse. Dette er midler som kan benyttes til styrking av rehabiliteringstilbudet i egen region; både i private institusjoner og i lokal- og regionsykehusene. Slik bidrar dette til utbygging og styrking av likeverdige rehabiliteringstilbud tilbud til pasienter utover landet.

Fritt sykehusvalg gjelder ikke for tjenesteyting fra privatpraktiserende spesialister som har driftsavtale med regionale helseforetak fordi disse avtalene skal styrke sykehusstilbudene i regionen. Det samme prinsippet ligger også til grunn for dimensjonering av avtaler som er inngått med de private rehabiliteringsinstitusjonene. "Fritt rehabiliteringsvalg" vil kunne føre til at det inngås avtale om for få plasser eller feil fordeling mellom pasientgruppertotalt sett i landet fordi dimensjoneringen av behov blir langt vanskeligere.

Representantene fra de regionale helseforetakene er av den oppfatning at fritt rehabiliteringsvalg bør knyttes til noen få institusjoner som har særskilt kompetanse, og som ikke kan forventes å være tilgjengelig i alle helseregioner. Dette kan for eksempel være for å gi tilbud til definerte grupper hvor antall personer med aktuelle lidelser er lavt, men behovet for rehabilitering er stort og ofte gjentakende.

## 11 Litteraturliste

- Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten, *Årsrapport 2010*, Oslo 2011
- Bærum kommune, *Investert tid gir resultater*, Prosjekt hjemrehabilitering, Bærum 2003
- Forskrift 27. juni 1997 nr 654 om prioritering av helsetjenester med mer
- Forskrift 28. juni 2001 nr. 765 om habilitering og rehabilitering
- Forskrift 23. des 2004 nr. 1837 om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven
- Forskrift 18. nov 2011 om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter
- Helsedirektoratet; *Behandling og rehabilitering ved hjerneslag*, IS-1688, Oslo 2010
- Helsedirektoratet, *"Et reddet liv skal også leves"*, IS-1279, Oslo 2005
- Helsedirektoratet, *Gjennomgang av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten – hvilke oppgaver kan vurderes overført til kommunene?"*, Oslo 2010
- Helsedirektoratet, *Prioriteringsveiledere*
- Helsedirektoratet, *Privat i offentlig sektor*, IS-1671, Oslo 2008
- Helsedirektoratet, *Samdata spesialisthelsetjenesten 2010*, IS-1921, Oslo 2011
- Helsedirektoratet, *...og bedre skal det bli! Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten*, Oslo 2007
- Helsedirektoratet, *Takk for hjelpen – eksempler på nytten av koordinerende enhet...*, IS-1762, Oslo 2010
- Helsedirektoratet, *Perspektiver på god praksis – undersøkelse om koordinerende enhet...*, IS-0288, Oslo 2010
- Helsedirektoratet, *Knutepunkt for koordinering*, IS-1841, Oslo 2010
- Helsedirektoratet, *Koordinerende enhet binder tjenestene sammen*, IS-1909, Oslo 2011
- Helse- og omsorgsdepartementet, St.prp nr 1 (2007-2008), *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011*, kapittel 9
- Helse- og omsorgsdepartementet, *Prop.91L, 2010-2011*
- Helse- og omsorgsdepartementet, *Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, Nasjonal veileder*, Oslo 2011
- Helse- og omsorgsdepartementet, *St.prp nr 1 (2002 – 2003)*
- Helse- og omsorgsdepartementet, *St.prp.nr 1 (2007-2008)*
- Helse- og omsorgsdepartementet, *Budsjettinnstilling S.nr. 11 (2010-2011)*
- Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten
- Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter
- Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell
- Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten, *Effekt av rehabilitering på deltaking sosialt og i samfunnet*, Oslo 2009
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, *Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 7–2010



- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, *Organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus*, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21 - 2008
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, *Effekt av gruppeundervisning i pasient- og pårørendeopplæring*, Oslo 2011
- Norges forskningsråd, Kartlegging av institusjoner og enheter som har forsket på rehabilitering og habilitering i Norge i perioden 2003-2008,
- Nova-rapport 19/10, *"Funksjonsnedsettelse, oppvekst og habilitering"*, 2010
- Rambøll, *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner 2011*, Oslo 2011
- Rambøll, *Undersøkelse om rehabilitering i kommunene*, Oslo 2011
- Rambøll, *Gjennomgang av rehabiliteringstilbudet i private rehabiliteringsinstitusjoner, deloppgave A*, Oslo 2011
- Rambøll, *Kartlegging av situasjonen til barn og unge med sansetap*, Oslo 2011
- Rehab-Nor, *Ingen forstår hvor slitsomt det er*, sluttrapport for prosjektet "Fra skolebenk til arbeid", 2009
- Sintef Helse, *Rehabiliteringsbehov hos unge trygdemottakere*, Oslo 2007
- Statens helsetilsyn, tilsynsrapporter 2010-2011
- Statistisk sentralbyrå, *Rapport 33/2011*, Oslo 2011
- St.meld nr 21 (1998-99), *Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*
- St.meld nr 47 (2008 – 2009), *Samhandlingsreformen*
- St.meld nr 16 (2011-2015), *Nasjonal helse- og omsorgsplan*
- Synovate, *Kartlegging av hørselskontaktordningen*, Oslo 2009
- Synovate, *Kartlegging av synskontaktordningen*, Oslo 2008
- Synovate, *Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne*, Oslo 2010
- Unge funksjonshemmede, *Sin egen lykkes smed*, Oslo 2011
- Universitetet i Tromsø, *Skadet for livet – myndig i eget hus? En analyse av folks erfaringer i rehabiliteringsprosesser, og samspill mellom mottakere og utøvere i rehabilitering*, Tromsø 2008



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

