

Helsedirektoratet
postmottak@helsedir.no

Dato: 22.08.2014
Arkiv: 23
Journal: 204/14

Høring på veileder til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Veilederen til forskriften om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er et viktig redskap for å fremme mer likeverdige tjenester innen habilitering- og rehabilitering. Norsk Ergoterapeutforbund mener høringsutkastet til veilederen har i hovedsak en god beskrivelse av de sentrale elementene i habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Veilederen kan bli et nyttig veileder redskap for oppbygging og styrking av tjenesten og bidra til at mennesker får likeverdige tjenester uansett hvor de bor.

Det kan være en fordel at veilederen skal være nettbasert. Imidlertid må det understrekes at alle elementene i denne veilederen er viktig. Fragmenterte opplysninger kan føre til mangel på helhet i forståelse av rehabiliteringstjenestens egenart som nettopp er en helhet og mangefasettert tjenester basert på individuelle forutsetninger og behov.

Norsk Ergoterapeutforbund mener det er to sentrale elementer rundt rehabiliteringstjenestene som ikke framkommer godt nok i denne veilederen:

- Samhandling mellom rehabiliteringstjenester og tjenester innen psykisk helse
- Arbeid som sentralt element i rehabiliteringsprosessen

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering et kommunalt ansvar. Tjenester til mennesker med psykiske helseproblemer og eller rusavhengighet er ofte organisert som egne tjenester i kommunene som samarbeider med psykiatrien i spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringstjenestene i kommunene er tradisjonelt rettet mot mennesker med fysiske funksjonsbegrensninger. Ansvar for rehabilitering for mennesker med sosiale- og psykososiale problem ble inkludert i rehabiliteringstjenesten som følge av sammenslåing av lov om helsetjenestene og lov om sosiale tjenester i kommunene.

Norsk Ergoterapeutforbund mener mennesker med sosiale og psykiske problemer også har et stort rehabiliteringsbehov og et rehabiliteringspotensiale. Mennesker med fysiske rehabiliteringsbehov kan også ha problemer med sin psykiske helse, både som konsekvens av nye funksjonsbegrensninger eller andre årsaker. Disse tjenestene må derfor sees i sammenheng. Her kan det være både overlappende tjenester og hull i tjenestetilbudet, og uhensiktsmessig bruk av personell. Denne veilederen mangler imidlertid en omtale eller problematisering av dette og en veiledning i hvordan tjenester innen rehabilitering og psykisk helse skal henge sammen til en god helhet for brukeren.

Arbeidsdeltagelse må i sterkere grad være sentralt i et rehabiliteringsforløp og inkludert i rehabiliteringstjenesten spesielt i kommunene. Dette er en utfordring i dag. Arbeidsdeltagelse overlates til Nav som har liten kompetanse på rehabilitering og helsemessige utfordringene og muligheter for tilrettelegging, trening og tilpassninger. Veilederen må være mer tydelig på hvordan det skal samhandles på tvers av etater og hvordan arbeidsdeltagelse kan bli mer integrert i rehabiliteringsforløpet

1. Om habilitering og rehabilitering

1.1 Om habilitering og rehabilitering

1.1.3 Definisjon av habilitering og rehabilitering.

Det er viktig at begrepet "tidsavgrensede prosesser" her blir utdypet, da dette har vært et unødig stridsspørsmål i definisjon. Norsk Ergoterapeutforbund støtter den tolkningen som legges til grunn i veilederen. Imidlertid er definisjonen mer en beskrivelse av en prosess, mens det er målet for rehabiliteringen som er det viktige utgangspunktet for brukernes behov og tjenestenes innhold. Det er også nyttig å gjøre et skille mellom den tverrfaglige rehabiliteringen og gjenopptrening av enkeltfunksjoner slik det framstilles i veilederen.

1.5 Ansvarsavklaring

Norsk Ergoterapeutforbund er generelt enig i at rehabilitering skal tilbys mest mulig i brukerens naturlige omgivelser. Det er best tilpasset brukeren behov og gir best effekt. I dag ser vi en nedbygging av spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, noe som kan resultere i mangel på den nødvendige spesialiserte kompetansen på sikt. Samtidig forventes det at rehabilitering skal gjennomføres i kommunene, noe det ikke er verken kapasitet eller kompetanse til. Når kan en si at "behovet for spesialisert kompetanse overstiger det som det er naturlig å bygge opp i kommunene" - og hvem definerer det? Her ser vi en tendens til maktubalanse hvor spesialisthelsetjenesten definerer "sitt" ansvar og så må kommunene ta det øvrige. Loven og forskriften er svært lite konkret på hvilke tjenester kommunene plikter kommunen å ha og det er behov for å tydeliggjøre dette både i loven og forskriften.

1.6 Samarbeidsavtaler

Samarbeidsavtalene er veldig overordnet og gjennomført på et administrativt plan uten faglige vurderinger og innspill fra rehabiliteringspersonell i kommunehelsetjenesten. Det er viktig at veilederen er tydeligere på at fagpersonell må medvirke i slike samarbeidsavtaleforhandlinger.

Fritt rehabiliteringsvalg kan føre til at brukere velger rehabiliteringsinstitusjoner utenfor egen region hvor samarbeidsavtalene ikke er gjeldene. Hvilke forpliktelser til samarbeid eksisterer da? Dette må tydeliggjøres i veilederen.

1.7 Pasientforløp

Pasientforløpstenkning kan være en nyttig måte å lage gode helhetlige behandlingsprosesser på. Det er imidlertid en fare for at det kan bli for rigid og ikke fange opp f. eks individuelle behov, multidiagnoseproblemer eller omgivelseshindringer. Pasientforløp er et begrep som i utgangspunkt er utviklet for samarbeid mellom ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten. *Rehabiliteringsløype* kan være et mer dekkende begrep hvor pasient/bruker statusen ikke fokuseres.

1.8 Kvalitet, faglig forsvarlighet og internkontroll

Kvalitet må sees i sammenhenger med kompetanse og kapasitet. Tidsfaktoren og riktig kompetanse er svært viktig for at tjenesten skal være av god kvalitet. Ventetid er igjen avhenger av kapasitet innen tjenesten. Nasjonale retningslinjer for ventetider på rehabiliteringstjenester er derfor et godt kvalitetsmål for tjenesten. Dette kan gi grunnlag for vurdering av kapasitetsbehov ved registrering av brudd på ventetidene, og sammenligninger av tjenestene mellom kommuner. Ventetidsgrenser må være basert på faglig vurderinger og forsvarlighet i tjenesten. Norsk Ergoterapeutforbund har sammen med Norsk Fysioterapeutforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Handikapforbundet et forslag til ventetidsgrenser for rehabiliteringstjenester til ulike grupper (se vedlegg). Gruppene er grovt inndelt i forhold til hvor raskt de må få tjenesten. Inndelingen er utarbeidet av rehabiliteringspersonell i de 10 største byene (ASSS nettverket). Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Handikapforbundet er imidlertid av den oppfatning at de ventetidene som ASSS har lagt til grunn er alt for lange og gir ikke god kvalitet og faglig forsvarlig tjeneste.

2 Habilitering og rehabilitering i kommunene

Norsk Ergoterapeutforbund mener at veilederen i hovedsak gir en dekkende beskrivelse av hva som skal til for å etablere en god rehabiliteringstjeneste i

kommunene også når det gjelder faglig innhold. Det er imidlertid **en stor svakhet. Veilederen sier ikke noe om hva som må være en grunnbemanning i rehabiliteringstjenestene!** Det nevnes at det ofte er en grunnbemanning bestående av tre profesjonsgrupper, uten å nevne hvilke. Vår erfaring er at rehabiliteringstjenesten i kommunene oftest består av to profesjoner; ergoterapeuter og fysioterapeuter, men med et tett samarbeid med pleie- og omsorgstjenesten. Det er i dag kun ergoterapeuter og fysioterapeuter som har et bredt og allsidig kunnskapsgrunnlag for rehabilitering i sin grunnutdanning. Det må derfor uttrykkes tydelig at **grunnbemanning i rehabiliteringstjenesten i kommunene må minimum bestå av ergoterapeuter og fysioterapeuter.** Dette bør være selvsagt, men det er ikke tilfelle i dag. Ca 100 norske kommuner har ikke ergoterapeut pr i dag.

Videre er det behov for tett samarbeid med både andre faggrupper slik som nevnt i veilederen og en spesialisering innen rehabiliteringsutøverne. Det vil være behov for tverrfaglige spesialiserte team med medvirkende fra flere profesjonsgrupper, avdelinger og/eller etater noen områder. Det må være både overlappende kompetanse og spisskompetanse på flere områder for ulike profesjonsgrupper.

2.2.3 Tverrfaglig kartlegging og vurdering

Veilederen peker på at dokumentasjon av tjenesteyting skal knyttes til IPLOS. Norsk Ergoterapeutforbund er enig i dette, men mener det er behov for en gjennomgang av IPLOS for at dette verktøyet skal kunne fange opp de sentrale elementene i rehabiliteringsprosessen slik at det blir et nyttig dokumentasjonsverktøy.

2.3.3 I institusjon

Veilederen gir ingen bemanningsveiledning for de to typer kommunale institusjonsopphold som nevnes; 1) Generell, enkel, døgnrehabilitering gjennom korttidsplasser i sykehjem og 2) intensivt tilbud i kommunal eller interkommunal rehabiliteringsinstitusjon eller rehabiliteringsavdeling. Det er mange eksempler på at slike institusjoner ikke er bemannet med en faglig forsvarlig rehabiliteringskompetanse og at pasientene ikke får rehabilitering som er nødvendig. Veilederen må gi konkret veiledning om bemanningsnormering for disse typer institusjoner for at det kan sies å være en faglig forsvarlig rehabilitering. Det kan ikke være opp til den enkelte kommune eller institusjon å vurdere hva som er faglig forsvarlig rehabilitering!

2.4 Koordinerende enhet i kommunene

Veilederen gir en god beskrivelse av koordinerende enhets funksjon og oppgaver i kommunene. Det er imidlertid mange eksempler på at koordinerende enhet er en "hemmelig tjeneste" i kommunene og det er stort behov for å tydeliggjøre og synliggjøre denne funksjonen. En sentral oppgave som her ikke er nevnt for den koordinerende enheten må være å ha ikke bare ha oversikt over rehabiliteringsbehov, men også ulike ressurser i kommunen som kan medvirke i rehabiliteringsprosessene.

2.6 Hjelpemidler og ergonomiske tiltak

Kommunens ansvar for formidling, utprøving og opplæring i bruk av hjelpemidler er klart i lovgrunnlaget. Samarbeidet med Nav på dette området varierer mellom de ulike fylkene, men det er generelt et klart forenklingspotensial på rutinene i Nav. Ergoterapeuter i kommunene har hjelpemiddelformidling som et viktig og vesentlig arbeidsområde. De gir tilbakemelding på at søknadsprosedyrene i Nav er en av deres største tidstyver i hverdagen.

3. Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Bekymringen for at det er en maktubalanse mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten på hvilke oppgaver kommunene skal ha ansvar for innen rehabilitering er beskrevet under 1.5 ansvarsavklaring.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten må være både primærrehabilitering og sekundærrehabilitering. En overføring av ressurser og kompetanse fra primærrehabilitering til sekundærrehabilitering vil svekke den spesialiserte rehabiliteringen. Veilederen må være tydelig på behovet for å opprettholde kompetanse innen spesialisert primærrehabilitering inkludert behov for profesjonskompetanse. Dette er viktig for å opprettholde og utvikle kompetanse for ulike diagnosegrupper og det må baseres på et viss antall tilfeller som fagpersoner utreder, behandler og følger opp. En nedbygging av primærrehabilitering i spesialisthelsetjenesten slik vi ser foregår i dag, er bekymringsfull i forhold til opprettholdelse av spisskompetansen og for at forskning innen de ulike områder blir ivaretatt. Videre er denne spisskompetansen nødvendig for at spesialisthelsetjenesten skal kunne gi en nødvendig veiledning til kommunehelsetjenesten.

Veiledningsplikten for spesialisthelsetjenesten innebærer både polikliniske konsultasjoner og ambulante tjenester. Det siste er særlig viktig ved overføring mellom nivåer innen rehabilitering og habilitering. Det er bra at det i veilederen viser til behov for styrking av dette. En årsak til at dette benyttes lite i dag er manglende finansieringsordninger for disse tjenestene for spesialisthelsetjenesten. Dette må følges opp om ikke denne tjenesten bare skal bli en papiravtale uten reell nytteverdi for kommunehelsetjenesten.

4. Individuell plan og koordinator

Veilederen er klar på ansvar for individuell plan og koordinatorfunksjonen. Utfordringene her er at individuell plan tas i bruk for de som trenger det. Planen må inneholde reelle og individuelle behov og ikke kun det kommunen har av aktuelle tilbud. Behov som ikke kan dekkes innen kommunens tjenester må sørges for blir gitt fra andre.

Det er også nødvendig å understreke at koordinatorfunksjonen er viktig, og at veilederens krav til opplæring til denne funksjonen er tydelig. Ett element som ikke nevnes er at det også må være ressurser i kommunen til å inneha koordinatorfunksjonene, da dette ofte kommer i tillegg til andre oppgaver.

Med vennlig hilsen
Norsk Ergoterapeutforbund



Mette Kolsrud
Forbundsleder