

FFOs plattform for **HABILITERING** OG **REHABILITERING**

Politisk notat nr 01/12



FFO Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

Et tydelig løft

Ingen har garanti for å gå skade- og sykdomsfri gjennom livet. Noen blir født med en funksjonshemning eller kronisk sykdom – andre får dette senere i livet. Ulykker og sykdom kan inntre når som helst og kan innebære endringer. Livet videre blir usikkert. Vil du klare å fullføre studiene dine? Kommer du deg ut i jobb? Vil du bli i stand til å mestre hverdagen på egen hånd?

Habiliterings- og rehabiliteringstjenester gis for å bidra til at mennesker skal bli bedre i stand til å møte hverdagen – ved å lære seg å mestre en sykdom eller en funksjonshemning. Dette kan skje på mange måter; for eksempel på en institusjon eller et rehabiliteringssenter, i kombinasjon og samarbeid med skole eller arbeidsplass. Tiltakene er avhengig av hvilken sykdom eller hvilke plager du har, og hva du ønsker for livet ditt.

Målet er uansett det samme: Å mestre hverdagen. Det handler om selvstendighet, velferd og livskvalitet.

Selv om habilitering og rehabilitering har vært et lovpålagt tjenesteområde for kommunene siden 1984, har innsatsene vært preget av luftige strategier og virkningsløse planer. FFO er lei av uforpliktende retorikk. Vi vil ha handling! Dette heftet er FFOs konstruktive innspill til hvordan man kan løse utfordringene på området.

Med habilitering og rehabilitering mener vi tverrfaglig innsats av fagfolk fra flere deler av tjenesteapparatet som sammen gir individet helhetlig bistand. De ulike bitene kan for eksempel være målrettet fysisk trening, pedagogisk trening hos logoped, sosiale og psykososiale lærings- og mestringstiltak alene eller sammen med andre,



trening på mestring av ulike oppgaver i dagliglivet, i utdanning og i arbeid. For noen skjer dette i forlengelsen av medisinsk behandling. En rehabiliteringsprosess må planlegges og gjennomføres ut fra brukerens behov, og den kan ta tid. For noen vil fysisk og/eller kognitiv trening være livslange prosesser. Bistand fra gode og dyktige fagpersoner er helt nødvendig for å få effekt av innsatsene. Brukeren må alltid stå i sentrum. Den beste rehabiliteringsinnsatsen er det en selv som står for.

De sammensatte innsatsene kan omfatte flere tiltak og aktiviteter og involverer ulike fagdisipliner og tjenestenivåer, på tvers av etater og fagområder. Individuell plan er et verktøy for å beskrive individuelle mål på kort og lang sikt, og er en plan for å gjennomføre rehabiliteringsprosessen.

Det er stor politisk enighet om å satse på habilitering og rehabilitering. Den individuelle retten til tilbudet er godt ivaretatt i lov og forskrift, men mange får ikke oppfylt denne retten. En av årsakene er den utfordrende delingen av ansvaret for rehabilitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, mellom spesialisert og generell rehabilitering.

FFO ønsker en økt satsing og et tydelig løft på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Feltet er komplekst og innholdsrikt, og fordrer fagkompetanse. Målet er livsmestring, livsutfoldelse og et meningsfullt liv for den enkelte – i et inkluderende samfunn som gir mulighet for deltakelse for alle.

Liv Arum

Generalsekretær Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon

Tilbud til alle som trenger det

Det ligger allerede en sterk rett til habilitering og rehabilitering i lov og forskrift.^[1] Likevel opplever mange at de ikke får nødvendig behandling. Mange opplever at de ikke får gode nok henvisninger fra legen eller at de ikke blir vurdert som rettighetspasient.^[2] Enkelte får ikke plass på rehabiliteringsinstitusjon eller får avslag på søknad. Andre får et mangelfullt tilbud på grunn av ressurs-situasjonen i kommunen, eller fordi den som henviser ikke kjenner til hvilke tilbud som finnes. Mangelen ligger ikke i lovverket, men i å få oppfylt den retten man har. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å sørge for nødvendig helsebehandling til innbyggerne, men det brytes daglig.

Det er bred politisk enighet om at habilitering og rehabilitering er viktig – det skal bli den neste store helsereformen. Likevel blir gode forslag på området nedstemt i Stortinget. Flere av de politiske partiene har mer fokus på andre grupper innen rehabilitering. For funksjonshemmede og kronisk syke er dette bekymringsfullt.

Det er behov for en forpliktende plan for kvalitet, kompetanse og kapasitet innen habilitering og rehabilitering. Planen må fange opp helheten og omfatte både spesialisthelsetjenesten og kommunene, og beskrive hvordan nivåene kommuniserer med hverandre. Det er behov for egne midler til bedre samhandling mellom nivåene. Det er også nødvendig med mer kunnskap om behovet for rehabilitering og hvordan kapasiteten skal økes.

FFOs løsninger

- Brukerne må få den behandling de har rett på
- Det må innføres sanksjoner ved brudd på ”sørge for-plikten”
- Det må utarbeides en opptrappingsplan for kvalitet, kompetanse og kapasitet innen rehabiliteringsfeltet
- Helseforetakene og kommunene må få oversikt over behovet for rehabilitering
- Det må gis et særskilt tilskudd til samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Visste du at

- **Antall behandlingsdøgn** i spesialisthelsetjenesten har gått ned de senere årene?
- **bare 60 prosent** av slagrammede får tilbud om behandling i slagenheter?
- **et godt** rehabiliteringstilbud reduserer behov for omsorgstjenester, og sikrer at flere kan bo hjemme og stå i arbeid?
- **rehabilitering** derfor er god samfunnsøkonomi?
- **det ikke finnes** dokumentasjon på at poliklinisk behandling er bedre enn institusjonsplasser. Likevel er det denne som bygges ut.

Eksempel

En lett bevegelseshemmet mann er i full jobb og klarer seg selv. Han får hjerneslag og får lammelser. Etter intensiv medisinsk behandling får han ikke nødvendig rehabilitering som slagpasient. Spesialisthelsetjenesten tror ikke det vil nytte fordi han har en sjelden tilstand i tillegg til slaget. Rehabilitering i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen blir ikke forsøkt. Resultatet blir varig lammelse. Han må bruke rullestol og trenger hjelp fra kommunen døgnet rundt. Han må slutte å jobbe og blir uførepensjonist 20 år for tidlig. Eksemplet viser at å ikke få rett rehabilitering til rett tid kan få store konsekvenser for den enkelte, og at det også er dårlig samfunnsøkonomi.



Innfør fritt rehabiliteringsvalg

Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet har store geografiske forskjeller. Hvor du bor er avgjørende for hvilket tilbud du får. Dette bryter med prinsippet om at det skal være lik tilgang på helsetjenester uansett hvor man bor i landet. Brukerne må ha mulighet til selv å velge hvilket tilbud de ønsker å benytte seg av. Dette gjelder rehabiliteringsplassene innen spesialisthelsetjenesten som allerede har avtale med de regionale helseforetakene. Det er store kvalitetsforskjeller fra sted til sted, fordi mange private rehabiliteringsinstitusjoner over tid har bygd opp et spesialisert tilbud av høy kvalitet. Det er et paradoks at mange avskjæres fra det beste tilbudet for sin diagnose fordi de ikke har den rette adressen. Fritt rehabiliteringsvalg kan endre dette.

Fritt rehabiliteringsvalg vil gi raskere og riktigere rehabilitering. Det vil trolig ha en positiv samfunnsøkonomisk effekt, ved at flere kommer raskere tilbake i jobb. Det vil også gi rehabiliteringsinstitusjonene økt mulighet for å utvikle et godt spesialisert tilbud. Flere fagmiljøer står bak anbefalingen om fritt rehabiliteringsvalg.

Til tross for ledig kapasitet ved de private institusjonene, øker ventetidene. Dette er verken god samfunnsøkonomi eller til beste for brukerne. Riksrevisjonen slo i 2012 fast at rehabiliteringsfeltet ikke ble styrket i perioden 2005-2010, at ventetidene økte og at helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonenes kapasitet ble redusert.^[3] Avslag på søknad om plass er også et problem. Fritt rehabiliteringsvalg vil bidra til bedre kapasitetsutnyttelse av plasser, og kortere ventetid for behandling.



FFOs løsninger

- Det må innføres fritt rehabiliteringsvalg
- Fritt rehabiliteringsvalg må organiseres på samme måte som fritt sykehusvalg

Visste du at

- fra 2010 til 2011 var det en nedgang på drøyt 4 500 personer som mottok institusjonsbasert rehabilitering?
- det ikke er flere som får rehabilitering i 2011 enn i 2007 til tross for politiske mål om dette?
- 17 000 flere kan rehabiliteres hvis kapasiteten utnyttes fullt ut?
- ventetiden for pasienter innen fysikalsk medisin og rehabilitering varierte i 2010 fra 44 dager i Helse Sør-Øst til 75 dager i Helse Midt-Norge?
- kun 1 prosent av pasientene innen fysikalsk medisin og rehabilitering fikk rett til nødvendig helsehjelp ved Sykehuset Telemark, mens andelen var 90 prosent ved Helse Førde?

Eksempel

MS-senteret i Hakadal er et rehabiliteringssenter for mennesker med diagnosen Multippel sklerose. Senteret er i utgangspunktet landsdekkende, men ikke alle regioner/helseforetak gir tilbud om opphold her. Det innebærer at MS-syke som bor i "feil" del av landet ikke får dette tilbudet, men henvises til en rehabiliteringsinstitusjon i egen region som ikke er spesialisert på deres diagnose. Det vil si et dårligere tilbud med dårligere kvalitet. Fritt rehabiliteringsvalg ville løst dette.

Kommunene svikter

Kommunene har fått nye oppgaver og mer ansvar med sam handlingsreformen. Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven har de ansvar for å gi sine innbyggere tilbud om habilitering og rehabilitering, men mange kommuner oppfyller ikke dette ansvaret. Ventetiden på rehabiliteringsplass, fysioterapi og ergoterapi har økt i perioden 2008-2010.^[4] Konsekvensene for funksjonshemmede og kronisk syke kan være funksjonsforverring eller at man faller ut av arbeidslivet. Lange ventetider kan ha forsterkende effekt på en allerede dårlig helsetilstand. For å avhjelpe ventetidene må kommunene opprette flere rehabiliteringsplasser selv, og kjøpe flere plasser i spesialisthelsetjenesten.

Fortsatt er det 99 kommuner som ikke har etablert koordinerende enhet og kvaliteten der de finnes er varierende. Dette går ut over pasientene. Alle kommuner må opprette koordinerende enheter, med særskilt fokus på funksjonshemmede og kronisk syke. Enhetene må ha oversikt over hvilke tilbud som finnes, slik at brukerne henvises til riktig behandling. Alle som trenger det må få individuell plan (IP) for å sikre overgangen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjeneste.

Kommunene må få særskilte stimuleringsmidler for å prioritere arbeidet med å bygge opp koordinerende enheter, rehabiliteringsplasser og faglig kapasitet. Det bør samtidig stilles krav om å vurdere samarbeid med andre kommuner. Slik kan samlede ressurser, kompetanse og kapasitet utnyttes best mulig. Spesialisthelsetjenesten må hjelpe kommuner som har behov for faglig oppdatering og veiledning, og kommunene må ta ansvar for å etterspørre slik bistand.

FFOs løsninger

- Tilsyn med at kommunene oppfyller sitt ansvar på området
- Kommunene må opprette flere egne rehabiliteringsplasser, og kjøpe flere plasser i spesialisthelsetjenesten
- Det må på plass fungerende koordinerende enheter i alle kommuner, med særlig fokus på funksjonshemmede og kronisk syke
- Kommunene må få særskilte stimuleringsmidler for å opprette et godt rehabiliteringstilbud
- Spesialisthelsetjenesten må bistå kommunene med faglig kompetanse og veiledning

Visste du at

- **69 kommuner** ikke har rehabiliteringsplasser i institusjon?
- I en **brukerundersøkelse** oppgir bare 17 prosent at de har individuell plan?
- **over 50 prosent** av de som har vært i rehabiliteringsinstitusjon har behov for videreoppfølging i sin kommune?
- **over 50 prosent** av fastlegene oppgir at pasienter har fått dårligere funksjon og falt ut av arbeidslivet i påvente av et rehabiliteringstilbud i kommunehelsetjenesten?
- **en stor del** av kommunene har utfordringer med å tilby opptrening av språk og tale, kognitive funksjoner og i daglige aktiviteter?
- **det er mangel** på viktige faggrupper for rehabilitering i kommunene, og at ventelistene for fysio- og ergoterapi er lange?


Eksempel

En kolspasient kommer hjem til sin kommune fra et seks ukers rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Der får han ingen videre oppfølging. Det fører til at effekten av rehabiliteringsoppholdet forsvinner etter få uker, og etter kort tid må han tilbake til rehabiliteringsinstitusjonen for ny behandling. Eksempelet viser at faren for tilbakefall er stor når man ikke får nødvendig oppfølging i kommunen.



Rehabilitering og arbeidsliv

Tilbudet om rehabilitering for å komme i utdanning eller arbeid må styrkes. Det må bevilges tilstrekkelig med midler for å bygge opp mer kompetanse og større kapasitet. Dette gjelder også tiltak for å hindre at mennesker faller ut av arbeidslivet. Styrkingen av tilbudet må skje både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Tiltak som kan bygge bro mellom behandlingsapparatet og arbeidslivet må utvikles. Barn og unge som trenger rehabilitering er avhengig av et godt samarbeid mellom skole og helsesektor, og rehabilitering av unge bør inngå i ungdomshelsetilbudet. I tillegg må unge funksjonshemmede i videregående og høyere utdanning få en langt bedre og mer kvalifisert yrkesrådgivning.



Ventetidene i NAV på arbeidsrettet rehabilitering og andre arbeidsrettede tiltak er ofte lange. Det er mange som mislykkes når hjelpen kommer for sent og tiltakene er ufullstendige. For å redusere ventetiden må NAV rapportere på utviklingen innen dette, og den enkelte må få tettere oppfølging. Ingen en tjent med å sette livet sitt på vent. Samarbeidet mellom helsesektoren og NAV er ikke godt nok. Et bedre tilbud må utvikles i skjæringspunktet mellom NAV og kommunene, og mellom NAV og helseforetakene.



FFOs løsninger

- Kapasitet og kompetanse på rehabilitering med arbeid som mål må heves i helsesektoren.
- NAV må få ressurser til oppfølging av brukerne – ventetidene må reduseres.
- Samarbeidet mellom helsesektoren og NAV må styrkes for å heve kvaliteten på rehabiliteringstilbudene.

Visste du at

- **det er mye** å hente samfunnsøkonomisk på rehabilitering med arbeid som mål? En moderat økning i sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne på 5 prosent vil gi en samfunnsøkonomisk gevinst på om lag 13 mrd. kroner over en tiårsperiode.^[5]
- **rehabilitering** med arbeid som mål skal bidra til å styrke den enkeltes arbeidsevne og bidra til mestring av helserelaterte og sosiale problemer som hindrer deltakelse i arbeidslivet?
- **det gis tilbud** om rehabilitering med arbeid som mål både i helsetjenesten og i Arbeids- og velferdsetaten?

Eksempel

Rehabilitering og arbeidsliv handler også om å forhindre varig uførhet. Revmatikere som får tilgang til behandling og rehabilitering i varmt klima gir tilbakemeldinger om at dette er helt avgjørende for at de kan fortsette i arbeidslivet. Tilbudet har dokumentert effekt for flere revmatiske diagnoser. Likevel får over halvparten av de som søker et slikt opphold, avslag.

Styrk habiliterings- tilbudet til barn

I regjeringens politiske plattform står det at det må settes av tilstrekkelige ressurser til habilitering, men området har ikke vært prioritert og lite har skjedd. Det er behov for en helhetlig satsing, bedre koordinering av tjenestene og økt samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

På grunn av bedre behandlingsmetoder er det flere barn med alvorlig funksjonshemming og kronisk sykdom som overlever. Det satses på å redde liv, men ikke nok på å følge opp barna videre i livet. Rett tilbud til rett tid vil hjelpe barn når det gjelder livsmestring, skole, fritid, i møter med venner og i sosiale relasjoner. Det er god samfunnsøkonomi å sette inn riktige tiltak tidlig.

Det er mange instanser og nivåer som må samarbeide om et godt tilbud rundt hvert enkelt barn, og individuell plan (IP) er svært viktig. Den må beskrive bredden i tjenester det er behov for, med tydelig plassering av oppfølgingsansvar. IP må oppdateres jevnlig for å følge barnets utvikling. Skole og barnehage må være hovedarena i det tverrfaglige samarbeidet rundt habilitering av barn.

Fagmiljøene i Norge signaliserer behov for sterkere faglige, forpliktende og diagnoserettede retningslinjer for god habilitering. Vi venter også på et veiledningshefte fra myndighetene på området. De fleste tiltakene i handlingsplanen for habilitering ble avsluttet i 2012. For å komme videre nå må man oppsummere status. Gap mellom mål i handlingsplanen og resultat må avdekkes, og tiltak må på plass.

FFOs løsninger

- **Habilitering av barn må styrkes og prioriteres.**
- **Barn med habiliteringsbehov må sikres riktig tilbud til rett tid.**
- **De regionale forskjellene i habiliteringstilbudet må bort.**
- **Retningslinjer og veileder for habilitering av barn og unge må på plass.**
- **En statusrapport må beskrive nye tiltak på området.**

Visste du at

- **habiliteringstilbudet** til barn med ulike diagnoser er mangelfullt i dag?
- i **2011** hadde bare 35,4 prosent av barn med rett til individuell plan ved barnehabiliteringsenheter fått en slik plan, og at dette er en nedgang på 1,7 prosent fra 2010?
- **det settes inn** store ressurser til livreddende behandling og kirurgi, men ressurser til mestring av sykdommen i hverdagen mangler?
- **det er store** regionale forskjeller på habiliteringstilbudet som tilbys barn, ungdom og voksne?

Eksempel

To barn på 8 og 10 år, begge med kroniske sykdommer som i perioder medfører redusert aktivitetsnivå og liten kontakt med jevnaldrende, ønsker hjelp til å delta sammen med andre barn. De får et tre ukers habiliteringsopphold på et helsesportsenter som har avtale med regionalt helseforetak. Der får de oppleve ulike aktiviteter sammen med andre barn med funksjonshemming og kronisk sykdom. De velger selv hvilke aktiviteter de har lyst til å prøve, og både de og foreldrene får trygghet for hva de tåler. Begge lærer å mestre livet sitt på en ny måte. Etter oppholdet får de hjelp til å delta i lignende aktiviteter sammen med andre barn i nærmiljøet.

Bedre ungdomshelse sikrer fremtiden

Habilitering og rehabilitering for ungdom er viktig for den enkelte og for samfunnet fordi man tar tak i utfordringer på et tidlig tidspunkt. Det handler om livsmestring på områder som utdanning, arbeid, sosialt nettverk og hverdagen for øvrig. I overgangen fra barn til voksen opplever mange at tilbudet om habilitering og rehabilitering endres eller faller bort. Koordinerende enheter skal sikre samhandling, men det fungerer ikke alltid godt nok. Det er heller ingen kobling mellom dette tilbudet og for eksempel utdanningsinstitusjoner og arbeidsliv.

Ungdom henvises ofte til rehabiliteringstilbud sammen med personer i en helt annen livsfase. Gjennomsnittsalderen for brukere av private rehabiliteringsinstitusjoner var i 2006 på 67 år. Det er lite hensiktsmessig for ungdom å rehabiliteres sammen med mennesker som er et helt annet sted i livet. Det er nødvendig med flere plasser for unge mennesker der de kan møtes og motivere og støtte hverandre. Overgangen mellom barn og voksen kan være krevende for de med en funksjonshemning eller kronisk sykdom. Et tettere og mer tverrfaglig samarbeid mellom barne- og voksenavdelinger er nødvendig, og egne ungdomsteam kan bidra til å lette overgangen.

Det er også for dårlig informasjon om hvilke tilbud som finnes for ungdom. Mange må finne ut av dette selv, og det fører til store forskjeller på kvaliteten på tilbudet man får. I verste fall kan manglende informasjon være årsaken til at ungdom havner på uføretrygd. Det er et stort tap både for den enkelte og for samfunnet.



FFOs løsninger

- Ungdom må få rehabiliteringstilbud sammen med andre ungdommer.
- Tallfesting i oppdragsbrevene til de regionale helseforetakene av hvor mange plasser for unge hver region skal ha, basert på en reell vurdering av behovet.
- Ungdomsteam i habiliteringstjenestene for barn for å sikre overgang til voksenalterhabiliteringstjeneste.
- Informasjonen om rehabiliteringstilbudet til unge må bli bedre.

Visste du at

- kommunene i mindre grad kan tilby tilrettelagte rehabiliteringstjenester til yngre pasienter?
- enkelte rehabiliteringstilbud opphører den dagen du fyller 18?
- en stor andel av de under 30 som får innvilget uførepensjon ikke har fått informasjon om mulige rehabiliteringstilbud?
- **46 prosent** av norske fastleger vurderer tilgjengeligheten til rehabiliteringstilbud for ungdom/unge voksne som dårlig?

Eksempel

En undersøkelse gjennomført av Unge funksjonshemmede i 2011 viser at 90 prosent av unge med behov for rehabilitering ønsker å få rehabiliteringstilbud sammen med andre ungdommer, mens kun 25 prosent har fått tilbud om dette.

Fotnoter

- [1] Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 2-1a og b, og Forskrift om habilitering og rehabilitering §§ 7, 12.
- [2] Lov om pasient- og brukerrettigheter, § 2-1b og § 2-2.
- [3] Dokument 3:11, Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten
- [4] Dokument 3:11, Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, s. 13.
- [5] AFI-rapport 5/2012



Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Mariboës gate 13, 0183 Oslo.
www.ffa.no E-post: info@ffa.no Telefon: 815 56 940