

Privat i offentlig sektor

De private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle og rammebetingelser

Heftets tittel: Privat i offentlig sektor

Utgitt: januar 2009

Bestillingsnummer: IS-1671

Utgitt av: Helsedirektoratet

Kontakt: Avdeling rehabilitering og sjeldne funksjonshemninger

Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no

Tlf.: 24 16 33 68

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1671

Forfattere: Sigrunn Gjønnnes

Arvid W. Holte

Privat i offentlig sektor

**De private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle
og rammebetingelser**

*Rapport fra arbeidsgruppe nedsatt av
Helse- og omsorgsdepartementet*

desember 2008

Forord

"Privat i offentlig sektor" er en rapport om de private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle i spesialisthelsetjenesten og er utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet, etter oppdrag og mandat fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporten tar utgangspunkt i sentrale føringer i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011 som vektlegger at helheten i tjenestene skal ivaretas ved at *"kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng"*. På denne bakgrunn har arbeidsgruppen beskrevet et helhetlig rehabiliteringsforløp og ut fra en slik tilnærming søkt å synliggjøre de private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle – som en viktig aktør innen rehabiliteringsfeltet.

Som følge av at rapporten tar utgangspunkt i helheten, omhandles også rollen til kommunen, fastlegen, sykehusene, NAV og andre. Arbeidsgruppen har også fremskaffet ny kunnskap gjennom egne kartlegginger. Rapporten bør derfor også være av interesse for de som er opptatt av rehabiliteringsfeltet generelt.

Det har vært både spennende og utfordrende å lede en gruppe sammensatt av personer med så forskjellige ståsteder. Når arbeidsgruppen nå kan legge frem sine anbefalinger, hvor det er konsensus på alle punkter, er det derfor all grunn til å takke medlemmene i arbeidsgruppen for innspill og konstruktive diskusjoner. En særlig takk til arbeidsgruppens sekretær - seniorrådgiver Sigrunn Gjønnes, som i tillegg til å utføre selve sekretærfunksjonen på en utmerket måte, har bidratt med faglig støtte.

Avslutningsvis vil jeg takke Helsedirektoratet for oppdraget med å lede arbeidsgruppen.

Oslo, 30. november 2008
Arvid W. Holte
leder

Innhold

0 Sammendrag	5
1 Innledning	8
1.1 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering	8
1.2 Styrking av kommunenes rolle	8
1.3 De private rehabiliteringsinstitusjonenes fremtidige rolle	8
1.4 Hva er behovet?	9
1.5 Samhandling – en nasjonal satsing	9
2 Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet	10
2.1 Mandat for arbeidsgruppen	10
2.2 Begrepsavklaringer	11
2.3 Rammebetingelser	13
2.4 Omfang og avgrensninger	13
2.5 Organisering	14
2.6 Arbeidsprosess	15
3 De private institusjonenes rolle før og nå	17
3.1 Historisk utvikling	17
3.2 Nåtidssbilde	19
4 Helhetlige forløp og aktørenes rolle	21
4.1 Fastlegen	22
4.2 Helseforetak – sykehus	24
4.3 Private rehabiliteringsinstitusjoner	26
4.4 Arbeids- og velferdsforvaltningen – NAV	27
4.5 Arbeidsgivere	28
4.6 Kommunen	28
4.7 Strukturer på systemnivå for å sikre helhet på individnivå	29
5 Brukermedvirkning	30
5.1 Med utgangspunkt i brukers liv	30
5.2 En lovfestet rett	30
5.3 Koordinering og individuell plan	30
5.4 Medvirkning på systemnivå	32
5.5 Valg av institusjon	32
5.6 Informasjon	33
5.7 Fokusområder	33
6 Samhandling	34
6.1 Samhandlingskultur	34
6.2 Aktører i samhandlingen	34
6.3 Viktige elementer i samhandlingen	34
6.4 Samhandling og kvalitet	35
6.5 Fokusområder	36
7 Forskning og kvalitetsutvikling	35
7.1 Sammen om å "løfte" rehabiliteringsfeltet	35
7.2 Forskningsbasert utvikling	35
7.3 Kompetansesentre og faglige nettverk	39
7.4 Enhetlige krav til kvalitet	39

7.5 Standardiserte forløp	42
7.6 Fokusområder	42
8 Forholdet mellom tilbud og behov	44
8.1 Hvem får et tilbud i dag?	44
8.2 Kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste?	45
8.3 Kunnskap om behov	47
8.4 Fokusområder	53
9 Likeverdige tilbud til brukerne	54
9.1 Likheter uavhengig av bosted	54
9.2 Kriterier for å få rehabiliteringstilbud ved institusjonene	56
9.3 Ledsager og tolk	59
9.4 Varighet på opphold	59
9.5 Egenandeler	60
9.6 Fokusområder	61
10 Likeverdige rammebetingelser for de private institusjonene	63
10.1 Bakgrunn	63
10.2 Likeverdighet	63
10.3 De regionale helseforetakenes anskaffelsespraksis	64
10.4 Avtaler	66
10.5 Bestiller- og utførerrolle	67
10.6 "Raskere tilbake"	67
10.7 Alternative modeller og eksempler	67
10.8 Fokusområder	69
11 Økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak	70
11.1 Fjerning av egenandeler	70
11.2 Reiseutgifter ved fritt institusjonsvalg	70
11.3 Ledsager og tolk	70
11.4 Fjerning av kravet om "selvhjulpenhet"	70
11.5 Tilbud til særlig ressurskrevende brukere	70
11.6 Forskning	70
Litteratur	71
Vedlegg	
1. Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 19.02.2008	
2. Oversikt over private institusjoner som har avtale med regionale helseforetak om rehabilitering – eksklusive sykehus	
3. Oversikt over bemanning ved institusjonene samt endring i antall plasser fra 2005 til 2008.	
4. Diagnoseoversikt fra Norsk pasientregister 2007 – undergrupper til de fem største brukergruppene jfr. hoveddiagnosekapitlene i ICD10	

Synovate-undersøkelsen "*Undersøkelse om private rehabiliteringsinstitusjoner*", fås som separat vedlegg til rapporten.

0 Sammendrag

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011 vektlegger at helheten i tjenesteytingen skal ivaretas ved at *"kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng"* (St.prp. nr.1, 2007–2008). Samtidig sier strategien at de private institusjonenes rolle- og rammebetingelser ikke har vært tilstrekkelig klarlagt, og at det er behov for økt langsiktighet og forutsigbarhet.

Arbeidsgruppen mener at det er brukers behov som er avgjørende for utforming av rehabiliteringstilbud, og dette er uavhengig av om tilbudet er etablert offentlig eller privat. Likeverdig tilbud for bruker må sikres gjennom fritt institusjonsvalg og fritak for egenandeler på linje med øvrige spesialisthelsetjenester.

Private institusjoner må sikres langsiktige avtaler utover 4 år for å kunne utvikle kompetanse, kvalitet og forskningsmiljøer som gir tjenestene et innhold som spesialisthelsetjeneste og som imøtekommer brukernes behov. Det må kvalitetssikres at tilbudet ved de private institusjonene er på spesialisthelsetjenestenivå i henhold til Forskrift om habilitering og rehabilitering. Dette vil tydeliggjøre oppgavefordelingen mellom kommunalt nivå og spesialisthelsetjenestenivå. Dette vil kunne få konsekvenser for nåværende struktur, institusjonenes innhold og forankring.

Private institusjoner må tas med i regionale planer og involveres i forskningsstrategier på ulike fagområder. Dette innebærer også mulighet for å kunne etablere nasjonale kompetansesentra ved institusjonene. På en slik måte kan private institusjoner bidra til å oppfylle overordnede målsettinger om forskning og kvalitetsutvikling i den nasjonale strategien.

Arbeidsgruppen, nedsatt med utgangspunkt i den nasjonale strategien, har hatt som hovedfokus å avklare de private institusjonenes rolle og rammebetingelser som likeverdige aktører i helhetlige rehabiliteringsforløp. Kvaliteten på det samlede tilbudet i helhetlige forløp avhenger i veldig stor grad av samspillet tjenesteytere imellom og mellom bruker og tjenesteytere. Det er brukers mål som skal danne premisene for tjenesteyting og samhandling.

I denne rapporten har arbeidsgruppen fokusert på **fastlege, helseforetak, private institusjoner, NAV og kommune** som de mest sentrale aktørene i helhetlige forløp. Disse har følgelig et særlig ansvar for å bidra til et forutsigbart, koordinert og helhetlig forløp. Denne listen er imidlertid ikke uttømmende for alle variabler av individuelt tilpassede tjenester. Arbeidsgruppen vil for øvrig gi sin tilslutning til pågående nasjonale prosesser og føringer for styrking av kommunenes rolle i helhetlige forløp. Et helhetlig forløp er visualisert og beskrevet i kapittel 4.

Under hvert kapittel følger en opplisting av fokusområder og anbefalinger knyttet til de berørte tema. Dette sammendraget inneholder områder som arbeidsgruppen mener må ha særlig prioritet:

Brukermedvirkning

- Bruker gis samme rett til fritt institusjonsvalg som i spesialisthelsetjenesten for øvrig.
- Institusjonene gis en sentral og likeverdig rolle i arbeidet med koordinering og individuell plan.
- Institusjonene må ha brukerutvalg eller tilsvarende fast organ for medvirkning på systemnivå.
- Sentral informasjonstelefon og nasjonalt nettsted videreutvikles.

Samhandling

- De private institusjonene integreres i eksisterende samhandlingsstrukturer mellom sykehus og kommuner. Alle avtaler om samhandling utformes slik at helheten ivaretas.
- Institusjoner som er etablert i samme sykehusområde og/eller samarbeider med samme sykehus, må formalisere et samarbeid seg i mellom for å sikre like prosedyrer og verktøy for samhandlingen mellom sykehus og institusjon.
- Institusjonene inkluderes i utvikling av helhetlige elektroniske samhandlingsløsninger.

Forskning og kvalitetsutvikling

- Praksis må være kunnskapsbasert og i størst mulig grad fundert på forskning.
- Det må utvikles standardiserte rehabiliteringsforløp for enkelte brukergrupper.
- Det må utvikles felles kvalitetsindikatorer og funksjonskartleggingsverktøy.
- Innføring av minimumsstandard for medisinsk- og rehabiliteringsfaglig kompetanse må vurderes.
- Det må iverksettes tiltak for flere utdanningsstillinger innen fysikalsk medisin og rehabilitering.
- Det må etableres et nasjonalt forskningsprogram innen rehabilitering i regi av Norges Forskningsråd.

Forholdet mellom behov og tilbud

- Det må utvikles kartleggingsredskaper som kontinuerlig fanger opp behov for rehabiliteringstjenester i befolkningen. Dette må knyttes opp til forskning som synliggjør hvilke grupper som har effekt av rehabiliteringstiltak.
- Det må kvalitetssikres at tilbud som gis ved de private institusjonene er spesialisthelsetjeneste.
- Det må vurderes å bygge opp nasjonale eller flerregionale tilbud til brukergrupper med behov for spesialtilpassede tilbud på ett eller få steder hvor det utvikles tilpasset spisskompetanse.

Likeverdige tilbud til pasientene

- Det må utvikles felles veiledende inntakskriterier for alle institusjonene.
- Begrepet "selvhjulpenhet" tas ut som generelt inntakskriterium. Det må i den forbindelse vurderes hvorvidt pleiefaktoren bør økes.
- Egenandeler for spesialisthelsetjenester i privat rehabiliteringsinstitusjon fjernes.
- Retningslinjer i forhold til ledsager og tolk må følge gjeldende bestemmelser i spesialisthelsetjenesten og praktiseres likt i alle regioner.

Likeverdige rammebetingelser for de private institusjonene

- Arbeidsgruppen ber departementet om å avklare muligheter for rammeavtaler for inntil 8 år med mulighet for forlengelse for ytterligere 4 år.
- I hver helseregion etableres en rådgivende gruppe med representanter fra kommunene, brukerorganisasjonene og helseforetakene i forbindelse med prosessen knyttet til inngåelse og fornyelse av avtaler mellom helseregionene og institusjonene.
- Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale helseforetakene benytter fagpersoner fra andre helseregioner i anskaffelsesprosessen.
- For å sikre likeverdigheten må det utvikles samordnede rutiner for anskaffelsesprosessen på tvers av regiongrenser - utover lov og forskrift.
- Det anbefales at det gjennomføres en utredning om oppgavefordelingen mellom helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner, med utgangspunkt i at rehabiliteringen skal skje etter LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå). I den forbindelse bør en se nærmere på den danske modellen.

Økonomiske konsekvenser

- Fjerning av egenandeler ved opphold i private institusjoner er beregnet til å koste 63 mill. kroner (2007-tall). Av dette refunderer NAV 15 mill. kroner for opphold hvor pasientens egenbetaling overstiger egenandelstak to.
- Økt kostnad til dekning av reiseutgifter som følge av fritt institusjonsvalg er vanskelig å anslå. Det antas at dette vil gi en relativt begrenset økt kostnad.
- Etablering av felles regelverk for kostnader knyttet til ledsager og tolketjeneste, antas å representere en begrenset kostnad.
- Begrepet "selvhjulpenhet" foreslås tatt ut som et inntakskriterium. Dette vil kunne fordre økt pleiefaktor i institusjonene og følgelig føre til økte kostnader.
- Utvikling av spesialtilpassede tilbud til brukergrupper med spesielle behov vil fordre økte rammer.
- Arbeidsgruppen anbefaler at det øremerkes et betydelig beløp til forskning innen rehabilitering.

1 Innledning

1.1 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Nasjonale strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011 (St.prp.nr. 1, 2007-2008) fokuserer på store utfordringer knyttet til *samhandling, koordinering, informasjon, brukermedvirkning, kvalitetsutvikling og ressursituasjon* innen rehabiliteringsfeltet. Selv om dette kan sies å være generelt for helsevesenet, representerer rehabiliteringsfeltet særlige utfordringer. Ansvar for rehabiliteringstjenester er lagt både til stat og kommune. Mangelen av et samlet organisatorisk ansvar byr på store utfordringer i koordinering av tjenestene.

Den nasjonale strategien peker på behov for flere tiltak. Det nevnes blant annet at

- kommunene skal ha en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet
- kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng
- tjenestene skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)
(St.prp.nr. 1, 2007-2008)

Med utgangspunkt i at de private rehabiliteringsinstitusjonene representerer en viktig ressurs i rehabiliteringsarbeidet, har Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), oppnevnt en arbeidsgruppe for å gjennomgå institusjonenes rolle i en større helhet. Sentralt i dette er å bidra til å etablere "*mer langsiktighet og forutsigbarhet i de private virksomhetenes rammebetingelser.*" (ibid)

Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i, og beskrevet, et helhetlig rehabiliteringsforløp for å synliggjøre rollen til de forskjellige aktørene, jfr. kapittel 4. Visualisering av helhetlige forløp med utgangspunkt i brukers mål tydeliggjør viktigheten av god samhandling og koordinering, både på systemnivå og på individnivå. Det er avhengigheter i alle deler av prosessen.

1.2 Styrking av kommunenes rolle

Den nasjonale strategien vektlegger at kommunene skal ha en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Dette innebærer at kommunene må ta et økt ansvar både når det gjelder tilbud i egen kommune, eventuelt gjennom interkommunalt samarbeid, og for koordinering og samhandling. Begrunnelsen for dette er at tjenestene skal skje ut fra LEON-prinsippet (laveste effektive omsorgsnivå) og at det er i kommunen pasient/bruker bor. Det er der livet skal leves. Dette kan også innebære at kommunene i større grad må involveres i utvikling av tjenester på andre nivå.

1.3 De private rehabiliteringsinstitusjonenes fremtidige rolle

Den nasjonale strategien slår fast at de private institusjonene, med sine 2500 senger, er en viktig ressurs i rehabiliteringsarbeidet. Av dette følger at deres fremtidige rolle må tydeliggjøres. Institusjonene leverer sine tjenester i henhold til avtale med de regionale helseforetakene (RHF) og er følgelig definert som spesialisthelsetjeneste. Dette gir føringer for innholdet i rehabiliteringstilbudet, herunder endrede kvalitetskrav, og innebærer at tilbudene fra institusjonene må "spesialiseres" ytterligere, jfr. kapittel 8.2. Konsekvensen kan være at en del nåværende tilbud må overføres til kommunene, som kommunenes ansvar. Institusjonene på sin side må utvikle ny kompetanse for å imøtekomme nye eller endrede krav. Dette er ikke ensbetydende med at oppgaver ensidig overføres til kommunene, men at institusjonene utvikler tilbud til andre brukergrupper som mangler, eller som i liten grad, har tilbud i spesialisthelsetjenesten.

RHFenes kjøp av tjenester fra de private institusjoner er underlagt reglene om offentlige anskaffelser. Dette innebærer at institusjonene opererer i et marked og følgelig i en konkurransesituasjon. I den forbindelse er det viktig å understreke at konkurransen skjer på grunnlag av like vilkår.

1.4 Hva er behovet?

Behovet for rehabilitering forventes å øke i takt med økningen i antall eldre. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at antall personer over 67 år vil øke med 200 000 i 2020. Eldre har oftere enn andre behov for rehabiliteringstjenester etter akutt sykdom. Det er også store utfordringer når det gjelder aktive rehabiliteringstiltak til personer som faller utenfor arbeids- og samfunnsniv og som går på trygdeytelser.

Arbeidsgruppen peker på manglende kunnskapsgrunnlag for å kunne si noe tydelig om balansen mellom tilbud og behov. Arbeidsgruppen mener derfor det må igangsettes mer omfattende og systematiske undersøkelser for å få en bedre dokumentasjon av det samlede behov for rehabiliteringstjenester.

1.5 Samhandling – en nasjonal satsing

Når kommunal, statlig og privat tjenesteyting blir sett i sammenheng, sier det seg selv at helhet og samhandling blir vesentlige elementer. I den nasjonale strategien sies det at *"...manglende koordinering og samhandling har negative effekter for brukerne."* (St.prp. nr. 1, 2007-2008)

I forbindelse med oppstart av arbeidet for utvikling av "Samhandlingsreformen", uttalte helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen følgende: *"Manglende kontakt mellom sykehus og kommuner er det viktigste hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Dette skal vi nå gjøre noe med. Samhandling skal skje på grunn av, ikke på tross av systemene."*


Det forventes at denne reformen vil komme med tydelige signaler som også vil påvirke hvordan kommunene, institusjonene og helseforetakene må samhandle for å sikre helhetlige rehabiliteringsforløp.

2 Oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet

Arbeidsgruppens oppdrag med å "foreta en samlet gjennomgang av private virksomheters rolle og rammebetingelser innen rehabiliteringsområdet" er gitt i oppdragsbrev av 19.02.2008 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet (se vedlegg). Brevet er en oppfølging av tildelingsbrevet av 29.01.2008, kapittel 2.9.2. "Spesielle oppdrag for virksomhetsområdet". Departementet har også gitt føringer for sammensetningen av gruppen.

2.1 Mandat for arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har hatt følgende mandat:



**Mandat for
Arbeidsgruppe private opptrenings- og
rehabiliteringsinstitusjoner**

Rammebetingelser

- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
- De regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar for alle som trenger opptrenings- og rehabiliteringstiltak innen spesialisthelsetjenesten.
- Hovedtrekkene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten. (foretaksmodellen) og kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Fastsatte økonomiske rammer.

Målsetting for arbeidet

- Sikre et helhetlig og likeverdig rehabiliteringstilbud med god kvalitet til alle som trenger slike tjenester på spesialisthelsetjenestenivå.
- Sikre forutsigbarhet og likeverdige betingelser for de private virksomhetene.
- Avklare de private virksomheters rolle og rammebetingelser som del av et helhetlig rehabiliteringstilbud.

Arbeidsgruppen skal

1. Beskrive opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoners nåværende plass og rolle innen spesialisthelsetjenesten.
2. Med utgangspunkt i den nasjonale strategien foreslå eventuelle endringer i institusjonenes rolle ut fra et helhetlig rehabiliteringstilbud.
3. Beskrive hvilke grupper som får et tilbud i dag og i hvilken grad tilbudet er tilpasset behovet i befolkningen herunder beskrive den samlede kapasiteten og utnyttelsen av denne og foreslå eventuelle tiltak.
4. Beskrive de regionale helseforetakenes praksis ved kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner og foreslå eventuelle tiltak som sikrer likeverdige prosesser i alle regioner.
5. Belyse bruken av egenandeler i ulike institusjoner og eventuelt foreslå endringer.
6. Vurdere behovet for, og foreslå generelle krav som skal stilles til institusjonene knyttet til
 - a. kvalitet
 - b. riktig nivå på tjenestene i forhold til helhetlige forløp i individuelle rehabiliteringsprosesser
 - c. samhandling og koordinering
 - d. samordnet rapportering
 - e. forskning og kompetanseutvikling
7. Belyse i hvilken grad den geografiske skjevfordelingen har konsekvenser for et likeverdig tilbud til pasientene og foreslå eventuelle tiltak.
8. Analyser økonomiske og administrative konsekvenser av foreslåtte tiltak.

26.05.08

2.2 Begrepsavklaringer

2.2.1 Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

Som allerede nevnt, har Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering vært et sentralt dokument for gruppens arbeid. Videre i rapporten omtales denne som "den nasjonale strategien" eller bare "strategien". Dersom det henvises til andre strategier, vil disse benevnes med full tittel.

2.2.2 Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

Oppdraget fra departementet omfatter "private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner". Hvilke dette er defineres nærmere i kapittel 2.4. Som alternativ til hele formuleringen, forenkles dette videre i rapporten ved vekselvis å bruke "de private institusjonene" eller bare "institusjonene". Dersom andre institusjoner omtales, vil de benevnes ved fullt navn.

2.2.3 Rehabilitering

Definisjonen av rehabilitering er nedfelt i Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2: *"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"*.

En rehabiliteringsprosess skal utformes ut fra den enkeltes individuelle behov og i nært samarbeid med brukeren. Medvirkningen og innsatsen fra brukerne er avgjørende. Tjenesteapparatets rolle skal være å bistå vedkommende i å optimalisere eller vinne tilbake sin evne til størst mulig grad av selvstendighet og deltakelse.

For å tydeliggjøre at rehabilitering er en prosess som omfatter et mangfold av livsområder, omtales det ofte som helhetlig rehabilitering. Ut fra definisjonen av rehabiliteringsbegrepet er dette kun en språklig forsterkning. Rehabilitering skal forstås som flere tjenester satt sammen til en helhet. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne en funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering.

Den nasjonale strategien presiserer at rehabilitering omfatter både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering samt atføring. *"Nyere forskning dokumenterer at umiddelbar oppstart av rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen, fører til bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper."* (St.prp. nr. 1, 2007 – 2008). Denne forståelse opphever den tradisjonelle forståelsen av forholdet mellom rehabilitering og behandling som et "enten/eller".

Rehabilitering har en vid målgruppe. Begrepet tidsavgrensede skal ikke forstås dit hen at man innen en angitt tid skal kunne forutse komplett gjenvinning av alle funksjoner. Rehabiliteringsmeldingen, Ansvar og meistring (St.meld. nr. 21, 1998-1999), presiserer at rehabilitering ikke er det samme som "å gjøre frisk". Aktørene i rehabiliteringskjeden skal derimot bistå den enkelte i *"å nå eller halde ved like sitt optimale fysiske, sansemessige, intellektuelle og sosiale funksjonsnivå"*. Videre presiseres det at rehabiliteringsprosessen skal *"motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistring"* (ibid).

I tillegg til å oppøve funksjonsevne handler rehabilitering om å fjerne barrierer i omgivelsene. Slik sett har rehabilitering både et individuelt og et samfunnsmessig aspekt.

2.2.4 Helhetlige tilbud

Helhet kan sies å være et særtrekk ved rehabilitering fordi det handler om et mangfold av deltjenester som skal konstrueres sammen til en helhet. Det er brukerens helhet dette handler om. Dette fordrer at den enkelte tjenesteyter, også de private institusjonene, må rette oppmerksomhet og samhandling mot aktører både i og utenfor helsetjenesten. Det innebærer også at fokuset må rettes både forover og bakover i tid, og at tilbudet til den enkelte må utformes som del av en større sammenheng.

2.2.5 Opptrening

Opptrening er funksjonstrening som ikke nødvendigvis fordrer langvarig og koordinert oppfølging. Enkeltstående opptreningstiltak er derfor ikke å regne som rehabilitering. Intensiv opptrening av en bestemt funksjon kan imidlertid være en del av et rehabiliteringsforløp.

2.2.6 Bruker / pasient / klient / 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. En pasient er ifølge pasientrettighetsloven § 1-3, en person som er i kontakt med helsetjenesten i forbindelse med helsehjelp. En person som går igjennom en rehabiliteringsprosess vil i de tilfeller hvor tiltakene dreier seg om helsehjelp, i juridisk forstand ha status som pasient. Dette har blant annet betydning i den forstand at det utløser pasientrettigheter. I definisjonen av begrepet rehabilitering i Forskrift om habilitering og rehabilitering, omtales vedkommende som bruker. I Forskrift om individuell plan, som omfatter både helselovgivningen og sosialtjenesteloven, benyttes begrepet tjenestemottaker.

Begrepene bruker og tjenestemottaker kan benyttes av hele tjenesteapparatet, mens pasientbegrepet eksklusivt handler om helsehjelp. Siden også den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering i hovedsak omtaler tjenestemottakeren som bruker, vil samme praksis følges i dette dokumentet. Pasient vil i hovedsak bli brukt når det knyttes til pasientrettigheter.

2.2.7 Forutsigbarhet for institusjonene

For institusjonene handler forutsigbarhet om et tidsperspektiv som gir nødvendige rammer for å kunne drive økonomisk forsvarlig, utvikle fag og kvalitet, beholde personell og for å utvikle og definere sin rolle. Det er også avgjørende for å kunne skape riktige forventninger i omgivelsene gjennom informasjon. Uklarhet om egen rolle vil kunne skape usikkerhet hos de som søker tjenester. Forutsigbarhet er også en viktig faktor for brukerne.

2.2.8 Likeverdighet

Drøftinger av likeverdighet vil i dette arbeidet forstås ut fra to vinklinger, og begge er sentrale. Det første handler om likeverdig tilbud til mennesker med behov for rehabilitering. Det andre området gjelder likeverdighet knyttet til de private

institusjonenes rolle og rammebetingelser. På begge disse områdene legger arbeidsgruppen til grunn at likeverdighet ikke nødvendigvis er det samme som likhet. Det vektlegges at de private institusjonene skal ha likeverdig status med øvrige offentlige aktører som del av en helhetlig og samlet rehabiliteringstjeneste.

2.3 Rammebetingelser

De rammer og føringer som er gitt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal stå sentralt i gruppens arbeid. Det omfatter overordnede mål for utviklingen av feltet samt konkrete problemstillinger som strategien reiser og som har relevans til institusjonenes plass og rolle.

2.3.1 Nivåstrukturen

De regionale helseforetakenes "sørge-for"-ansvar for opptrenings- og rehabiliteringstjenester innen spesialisthelsetjenesten står fast. Det samme gjelder hovedtrekkene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten (foretaksmodellen) og de kommunale tjenestene. Arbeidet skal følgelig ikke rokke ved selve nivåstrukturen. Disse rammene skal imidlertid ikke være til hinder for at arbeidsgruppen skal kunne besvare spørsmålet om hvorvidt institusjonene i fremtiden skal gi tjenester på spesialistnivå eller på kommunenivå. Dette er et konkret spørsmål som departementet reiser i den nasjonale strategien. Det må også legges til at institusjoner i dag står fritt til å selge av sin ledige kapasitet til kommuner og andre. Men i forhold til arbeidsgruppens mandat vil spørsmålet reises ut fra hvilken rolle institusjonene skal ha.

2.3.2 Lovgivning

De tjenester som anskaffes av de regionale helseforetakene er å definere som spesialisthelsetjeneste. Arbeidsgruppen tar dermed utgangspunkt i at lovbestemmelsene må gjelde i forhold til de tjenester som det er inngått avtale om. I tillegg er regelverk om offentlige anskaffelser av særlig betydning.

2.3.3 Økonomiske rammer

Arbeidet skal ta utgangspunkt i fastsatte økonomiske rammer. Imidlertid vil det være naturlig at arbeidsgruppen kan komme med forslag som har økonomiske konsekvenser. På aktuelle områder vil gruppen synliggjøre dette.

2.4 Omfang og avgrensninger

2.4.1 Tidsramme

Helse- og omsorgsdepartementet satte fristen for arbeidet til 1. november 2008. Leder og sekretariat kom på plass fra begynnelsen av april, og arbeidsgruppen var etablert i løpet av april. Det tilsier at selve arbeidsprosessen har hatt en tidsramme på ca. et halvt år. Imidlertid var det behov for noe mer tid for å få de siste konklusjoner på plass. I overensstemmelse med departementet leveres rapporten medio januar 2009.

2.4.2 Institusjoner

Oppdraget fra departementet er rettet mot "private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner" som de regionale helseforetakene har avtaler med. Disse representerer et relativt stort mangfold. Den største gruppen er de som var godkjent etter tidligere forskrift om opptreningsinstitusjoner. I tillegg skal arbeidet omfatte institusjoner som ikke var godkjent etter ovenfor nevnte forskrift, men som regionene har avtale med innen opptrenings- og rehabiliteringsområdet. Noen av disse var

godkjente etter tidligere lov om sykehus. Arbeidsgruppen har imidlertid hatt hovedfokus på typen tidligere opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Avtaler om tjenester fra institusjoner som er godkjent som sykehus skjer med utgangspunkt i en annen del av lovverket knyttet til offentlige anskaffelser. De er blant annet ikke del av den samme konkurransesituasjonen som de øvrige institusjonene. Glittreklubben og Feiringklubben er derfor ikke tatt med spesifikt i gjennomgangen. Dette er imidlertid ikke til hinder for at generelle forhold som berører det å være privat tjenesteyter i et offentlig helsevesen også gjelder disse.

To av institusjonene har avtaler som kun omhandler dagbehandling og poliklinikk¹. Disse finansieres delvis gjennom ordinære polikliniske takster, men konkurrerer på linje med de andre i anskaffelsesprosessen.

Den geografiske fordelingen av det totale antall institusjoner som har avtale med RHF, er følgende:

- Helse Nord – 6 institusjoner²
- Helse Midt – 7 institusjoner³
- Helse Vest – 5 institusjoner
- Helse Sør-Øst – 31 institusjoner⁴

Se vedlagte oversikt over institusjoner.

2.4.3 Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)

I rapporten er det tatt med noen tabeller fra publikasjonen "Aktivitetsdata 2007" fra Norsk pasientregister. Det gjøres oppmerksom på at tallene for 2006 og 2007 ikke er komplett sammenlignbare på grunn av endringer i tallgrunnet. Stikkprøver gjennom uttak av data kun for de institusjonene som er inkludert i gjennomgangen, viser at selv om tallene har svakheter knyttet til sammenlignbarhet, så bekrefter de likevel samme tendens. Tallene omfatter private rehabiliteringstjenester utenfor sykehus.

Det er også viktig å poengtere at tabellene ikke gir et totalbilde av aktiviteten ved private institusjoner. Den aktiviteten som reguleres gjennom avtaler med NAV om "Raskere tilbake", er ikke med i rapporteringen til NPR.

2.5 Organisering

2.5.1 Medlemmer

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

HSH:	Inger Johanne Wremer
KS-bedrift:	Brit Eirin Bøe Olsson
Norske RehabiliteringsInstitusjoner - NRI	Sigrid Hørven Wigert
Nettverket for priv. helsevirksomheter - NEPH	Ann Helene Skyberg,

¹ Norsk diabetikersenter og Friskvernklinikken.

² Hvorav ett helsesportsenter (Valnesfjord), godkjent som spesiell helseinstitusjon etter den tidligere sykehusloven.

³ Namdal rehabilitering er en interkommunal institusjon og ikke privat eid. Den er likevel med her fordi den har avtale med RHF og rapporterer til NPR på linje med de private institusjonene.

⁴ Dette inkluderer et stort mangfold av typer institusjoner. To er godkjente som sykehus (Feiringklubben og Glittreklubben), to er godkjente som poliklinikk (Friskvernklinikken og Norsk diabetikersenter), to attføringsentre (Rauland og Hernes) og ett helsesportsenter (Beitostølen) godkjente som spesiell helseinstitusjon etter den tidligere sykehusloven, samt flere institusjoner av ulik karakter hvor avtaleforholdene ble overført regionale helseforetak i forbindelse med sykehusreformen.

HelseRehab Norge
De spesielle helseinstitusjoner DSHI
Helse Nord RHF
Helse Midt RHF
Helse Vest RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Sør-Øst RHF
Funksjonshemmedes fellesorg. - FFO
Samarb.forumet for funksjonsh. org. - SAFO
KS
KS

Dennis Åstrand
Svein Kostveit
Tove Klæboe Nilsen
Kari Bratland Totsås
Hilde Rudlang
Martha Østbye
Inger Marie Tofthagen
Mona Enstad
Mona Myrer
Trond Stenvik (rådmann)
Bodil Aasvang Olsen (sps.alm.med.)

2.5.2 Ledelse og sekretariat

Arbeidet har vært forankret med ledelse og sekretariat i Helsedirektoratet. Arvid W. Holte har vært engasjert som leder av arbeidsgruppen, og seniorrådgiverne Truls Grøteig og Sigrunn Gjønnes har vært henholdsvis referanseperson og sekretær.

2.6 Arbeidsprosess

2.6.1 Valg av arbeidsform

På bakgrunn av at arbeidsgruppen først ble oppnevnt i april, og at den i følge oppdraget fra HOD, skulle avgi en innstilling innen 1. november 2008, har en valgt en konsentrert arbeidsform. Arbeidsgruppen har hatt tre to-dagers samlinger og tre dagsmøter og i noen grad dialog mellom møtene.

Dialogformen har vært sentral i arbeidsprosessen. Gjennom gjensidig dialog og aktiv deltakelse fra arbeidsgruppens medlemmer har en hentet frem erfaringer som grunnlag for å identifisere behov for tiltak for å avklare roller med utgangspunkt i et helhetlig forløp.

Sentrale arbeidsmål i prosessen har vært:

1. Identifisere verdifulle erfaringer som det er viktig å bygge videre på for å bidra til å realisere Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
2. Sette ord på muligheter og potensialer for å optimalisere de private institusjoners plass og rolle i et helhetlig rehabiliteringstilbud med utgangspunkt i strategiens målsettinger.
3. Utforme forslag til eventuelle endringer i de private institusjoners rolle med utgangspunkt i helhetlig rehabilitering og analysere konsekvenser av foreslåtte tiltak.

2.6.2 Synovate-undersøkelsen

For å finne ut mer om behovet for rehabilitering generelt og i institusjonene spesielt, ble forskningsinstitusjonen Synovate engasjert til å gjøre en undersøkelse blant et utvalg fastleger. Undersøkelsen ble supplert med intervju av 50 kommunale koordinerende enheter for re-/habilitering. Undersøkelsen ga også svar i forhold andre tema som informasjon og samhandling med mer. Synovate sin rapport "Undersøkelse om private rehabiliteringsinstitusjoner", bygger på svar fra 350 av 1000 forespurte fastleger.

Svarprosenten er som forventet ved denne type undersøkelse. Svarprofilen er akseptabel hva angår representativitet på kjønn, pasientkontaktflate og alder. Der er små skjevheter i fordeling av alder - noe høyere enn gjennomsnittet i

fastlegepopulasjonen, noe underrepresentativitet av kvinner og noe skjevhet i forhold til utvalg av kommuner. Undersøkelsen vil i rapporten videre omtales som "Synovate-undersøkelsen".

2.6.3 Andre undersøkelser / kartlegginger

I tillegg til Synovate-undersøkelsen er det foretatt ulike kartlegginger/undersøkelser som viktig grunnlagsmateriale.

1. Kartlegging av total kapasitet ved institusjonene og hvor stor andel av dette som det er inngått avtaler med det offentlige om.
2. Kartlegging av bemanning ved 30 av institusjonene pr. oktober 08 sammenlignet med tall fra 2005.
3. Kartlegging av institusjonenes deltakelse i forskning og utviklingsarbeid.
4. Kartlegging av de regionale helseforetakenes praksis knyttet til inngåelse av avtaler.
5. Innhenting av reelle tall over innbetalt egenandel fra pasienter til institusjonene i 2007.

3 De private institusjonenes rolle før og nå

3.1 Historisk utvikling frem til 2006

3.1.1 Fra kurbad til behandlingsinstitusjoner

De fleste av institusjonene som omfattes av dette arbeidet har røtter tilbake til de tidligere kurbadene og rekonvalesenthjemmene. Kurbadene kom til Nord-Europa på 1600- og 1700-tallet, mens rekonvalesenthjemmene ble etablert fra begynnelsen på 1900-tallet. Kurbadene var kjennetegnet ved et aktivt behandlingstilbud til forskjell fra rekreasjonsopphold som fokuserte på kosthold og avkobling.

Flere av de private institusjonene ble etablert i mellomkrigstiden og utviklet seg fra kurbad til opptreningsinstitusjoner. Mot slutten av 1900-tallet ble det stilt spørsmål ved nytten av ensidig fokus på rekreasjon. Nytt av aktiv behandling og trening ble bedre dokumentert, og kravene til faglighet ble skjerpet (Sosial- og helsedirektoratet 2004). Private helseinstitusjoner har på mange vis vært "pionerer" og tatt en rolle i utvikling av velferdstjenester lenge før det offentlige.

En nærmere beskrivelse av de private institusjonenes historie og utvikling er å finne i boken *"Er du halt, kan du ride" – fysikalsk medisin og rehabilitering – et fag tar form*, som kom ut på Høyskoleforlaget i 2008.

3.1.2 Fra Rikstrygdeverket til Regionale helseforetak (RHF)

I 2002 vedtok Stortinget å overføre bestiller- og finansieringsansvaret for de private institusjonene fra Rikstrygdeverket til de regionale helseforetakene (RHF), samtidig som helseregionene ble pålagt å inngå formelle avtaler med institusjonene. Det må her tillegges at enkelte institusjoner var finansiert av fylkeskommunene før sykehusreformen og ble ved reformen "overtatt" av helseregionene.

Endringen skulle gjennomføres som en 4-årig overgangsperiode. Dette ble imidlertid fremskjøvet med ett år i forbindelse med Statsbudsjettet for 2005 slik at endringen trådte i kraft fra 2006. De regionale helseforetakene er underlagt lov om offentlige anskaffelser, og prosessen for å inngå avtaler med private institusjoner måtte gjennomføres etter dette regelverket. En følge av dette var at det måtte gjennomføres en omfattende anbudsrunde som grunnlag for avtaleinngåelse.

Med det nye avtaleforholdet ble det tydeliggjort at tjenestene fra institusjonene defineres som spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at de plikter som er regulert i spesialisthelsetjenesteloven også gjelder for de private institusjonene, herunder også pasientrettighetslovgivningen. Det følger av dette at det i avtalene stilles krav til kvalitet på et høyere tjenestenivå.

Ved overføring til regionene var det en øremerket rammebevilgning til det enkelte RHF, basert på de institusjoner som var etablert i den enkelte region. Som følge av at særlig tidligere Helse Øst hadde svært mange av institusjonene innen sitt geografiske område og Helse Vest relativt få institusjoner, førte dette til en skjevfordeling av de økonomiske overføringene mellom regionene. Dette ble i noen grad kompensert ved at det ikke skal foretas et gjestepasientoppgjør mellom regionene. Det vil si at bostedsregion ikke skal betale for opphold ved institusjoner i andre regioner. Det er imidlertid en forutsetning at pasientene tas inn på like vilkår uavhengig av bosted. Skjevheten har naturlig nok ført til at regionene har en noe ulik tilnærming til bruk av

tjenester fra de private rehabiliteringsinstitusjonene. Med uendrede økonomiske rammer kombinert med krav til kvalitet på høyere tjenestenivå ble konsekvensen en reduksjon i antall plasser landet sett under ett.

Noen av institusjonene har avtaler om tilbud som kun gjelder den region som har inngått avtalen. Disse ligger i Helse Sør-Øst, og er Røysumtunet, Eiksåsen, MS-senteret Hakadal, PTØ-senteret, Norsk diabetikersenter og Conrad Svendsen senter. Regioner utenom Helse Sør-Øst har i liten grad inngått avtaler med disse sentrene, men benytter dem ved behov. Da er det henvisende region som betaler for oppholdet.

På bakgrunn av anbefalinger fra Magnussenutvalget, som har utredet finansieringen av en samlet spesialisthelsetjeneste, er det i statsbudsjettet for 2009 foreslått en ny fordeling av de samlede økonomiske overføringene mellom regionene for å rette opp skjevheter (NOU 2008:2 og St.prp. nr.1, 2008 - 2009). Her foreslås det økte overføringer til tre av regionene og uendrede rammer til Helse Sør-Øst. Øremerkingen av midler til kjøp av rehabiliteringstjenester fra private er opphørt. Dette er erstattet av et pålegg til RHFene om å kjøpe tjenester fra de private rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som foregående år.

Når det gjelder henvisninger fra kommunehelsetjenesten, det vil si fra fastlegene, valgte tidligere Helse Øst å etablere en sentral enhet i regionen for vurdering av retten til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten etter pasientrettighetsloven. Sentral enhet for rehabilitering (SeR) er lagt til Sunnaas sykehus HF. Denne ordningen skal evalueres i 2009.

I øvrige regioner er denne funksjonen delegert til den enkelte institusjon, hvor søknadene vurderes av tverrfaglige inntaksteam. I Nord-Trøndelag er det imidlertid etablert en lokal modell for felles henvisningsmottak som implementeres fra januar 2009, jfr. pkt. 10.7.3. I tidligere Helse Sør er det etablert felles inntakskriterier som rutinemessig blir etterprøvd gjennom systemrevisjon på den enkelte institusjon.

3.1.3 Omstillingsprosjekt

I forbindelse med at omstruktureringen skjedde raskere enn planlagt, ble det pekt på at dette var uheldig i forhold til institusjonenes muligheter til omstilling. I den forbindelse bevilget Stortinget 35,5 mill i omstillingsmidler for 2006. Dette skulle kanaliseres gjennom et prøveprosjekt som særlig skulle rettes mot institusjoner som ikke hadde fått avtale med RHFene. Formålet med disse midlene var å utvikle tilbud innen rehabilitering med arbeid som mål og tilbud rettet mot kommunene.

Prosjektet ble ledet fra Helsedirektoratet. Tre institusjoner i Helse Øst og en institusjon i Helse Sør som ikke fikk avtale, fikk midler til omstilling gjennom dette. Omstillingsprosjektet ble evaluert av Arbeidsforskningsinstituttet (Fossestøl 2007).

Evalueringsrapporten konkluderer blant annet med at institusjonene har lyktes bra i omstillingsarbeidet. To av institusjonene har fått nye avtaler med RHF, mens de andre har eller har hatt avtaler med NAV og kommuner. Imidlertid påpekes det at det for institusjonene har vært vanskelig å få nye avtaler, noe som naturlig nok har skapt usikkerhet. Det sies for øvrig at prosessen har bidratt til verdifull omstillingskompetanse for institusjonene som vil være verdifull i møte med nye utfordringer.

Omstillingsprosjektet er gradvis utvidet til å omfatte flere institusjoner. I 2007 fikk 9 institusjoner tilskudd til prosjekter, mens 38 institusjoner er gitt tilskudd til prosjekter i 2008.

3.2 Nåtidssbilde

3.2.1 Inngåtte avtaler

De regionale helseforetakene inngikk i 2007 avtaler om til sammen 1838 døgnplasser og 21 dagplasser. I tillegg er det inngått avtaler om 281 døgnplasser og 21 dagplasser under ordningen "Raskere tilbake". Institusjonene oppgir i en kartlegging at den totale romkapasiteten er på 2 577 døgnplasser, jfr. tabellen nedenfor. Det må her understrekes at ordningen "Raskere tilbake" er en midlertidig ordning som kom i stand etter avtale med organisasjonene i arbeidslivet. Avtalene knyttet til dette inngås enten via de regionale helseforetakene eller med NAV direkte.

Institusjon	Totalt ant plasser på instit. (romkapasitet)	Antall plasser som er "solgt" gjennom avtaler i 2007			
		Ordinær avtale med RHF*	"Raskere tilbake" via RHF	"Raskere tilbake" via NAV	Annet (avtaler med andre)
HELSE NORD	388	269,75 dagpl 2,6	11,8	29 dagpl 5	10
HELSE MIDT	403	296	23	14	4-10 kommuner
HELSE VEST	273	194	29	0	0
HELSE SØR-ØST	1513	1078* dagpl 18	102,1*	72 dagpl 16 **	private 2 H-Vest 2,5 H-Midt 0,6 H-Nord 1,9
SUM	(romkapasitet døgn) 2577	1837,75 dagpl 20,6	165,9	115 dagpl 21	

Aktivitetsdata fra NPR, jfr. tabellen nedenfor, viser at det i 2007 var 3 503 flere opphold enn i 2006 og at antall oppholdsdøgn økte med 56 381 fra 2006 til 2007. Dette viser også nedgang i gjennomsnittlig antall liggedøgn fra 22,6 i 2006 til 21,8 i 2007.

Hvis en sammenligner 2007 med 2005, viser det derimot en nedgang i antall opphold og oppholdsdøgn. I 2005 var 32 920 det opphold og 769 931 oppholdsdøgn. I forhold til disse tallene er det en nedgang på 992 opphold og en nedgang på 128 373 oppholdsdøgn. Gjennomsnittlig antall liggedøgn var 23,4 i 2005.

Tabell 10. Antall opphold og oppholdsdøgn ved private rehabiliteringsinstitusjoner fordelt på regionale helseforetak i 2006 og 2007.

RHF	Opphold			Oppholdsdøgn		
	2006	2007	Endring	2006	2007	Endring
Helse Sør-Øst RHF	15 016	18 838	25,5	365 919	415 178	13,5
Helse Vest RHF	3 252	3 571	9,8	66 730	72 326	8,4
Helse Midt-Norge RHF	5 161	5 670	9,9	118 890	123 948	4,3
Helse Nord RHF	4 015	3 849	- 4,1	90 019	86 487	- 3,9
Total	28 425	31 928	12,3	641 558	697 939	8,8

(Tall fra Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

3.2.2 Henvisende instans

Tabellen nedenfor viser at 43,4 % av pasientene ved de private institusjonene ble henvist fra fastleger og 50,1 % fra helseforetak/sykehus i 2007. Dette er nedgang i prosentvis andel henvisninger fra fastlegene. Sammenligning med tall for 2005 viser nedgang i prosentvis andel henvisninger fra fastleger på 7,6 %. I følge tallene er det Helse Sør-Øst og Helse Nord som har den største nedgangen.

Det er vanskelig å ha en konkret formening om årsakene til dette. Ut fra at kommunen skal ha en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet kan det være grunn til å stille spørsmål ved denne utvikling.

Henvisende instans:

	Helse S-Ø		Helse Vest		Helse Midt		Helse Nord		SUM		
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2005	2006	2007
	*								**		
Primærlege	48,8	40,5	44,1	45,4	38,6	41,0	66	59,1	51	48,8	43,4
Sykehus	45	52,1	53,6	51,1	56,5	54,6	28,1	32,2	45	45,8	50,1
Poliklinikk	1,3	2,9	-	0,6	3,4	1,9	5,5	8,1	2	2,1	3,1
Spesialist	3,2	2,4	2,2	2,8	1,4	2,5	0,3	0,3	2	2,4	2,2
Annen	1,3	1,9	-	-	0,1	-	*	0,4	-	0,4	1,2
Uten henv	0,7	0,1	-	-	*	-	-	-	-	0,4	0,1

(Tall fra Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

* Rapporteringen var adskilt for Helse Sør og Helse Øst i NPR-rapporten. Her er tallene slått sammen slik at det blir sammenlignbart med 2007.

** NPR-rapport for 2005 presenterer ikke tall pr region.

3.2.3 Utvikling

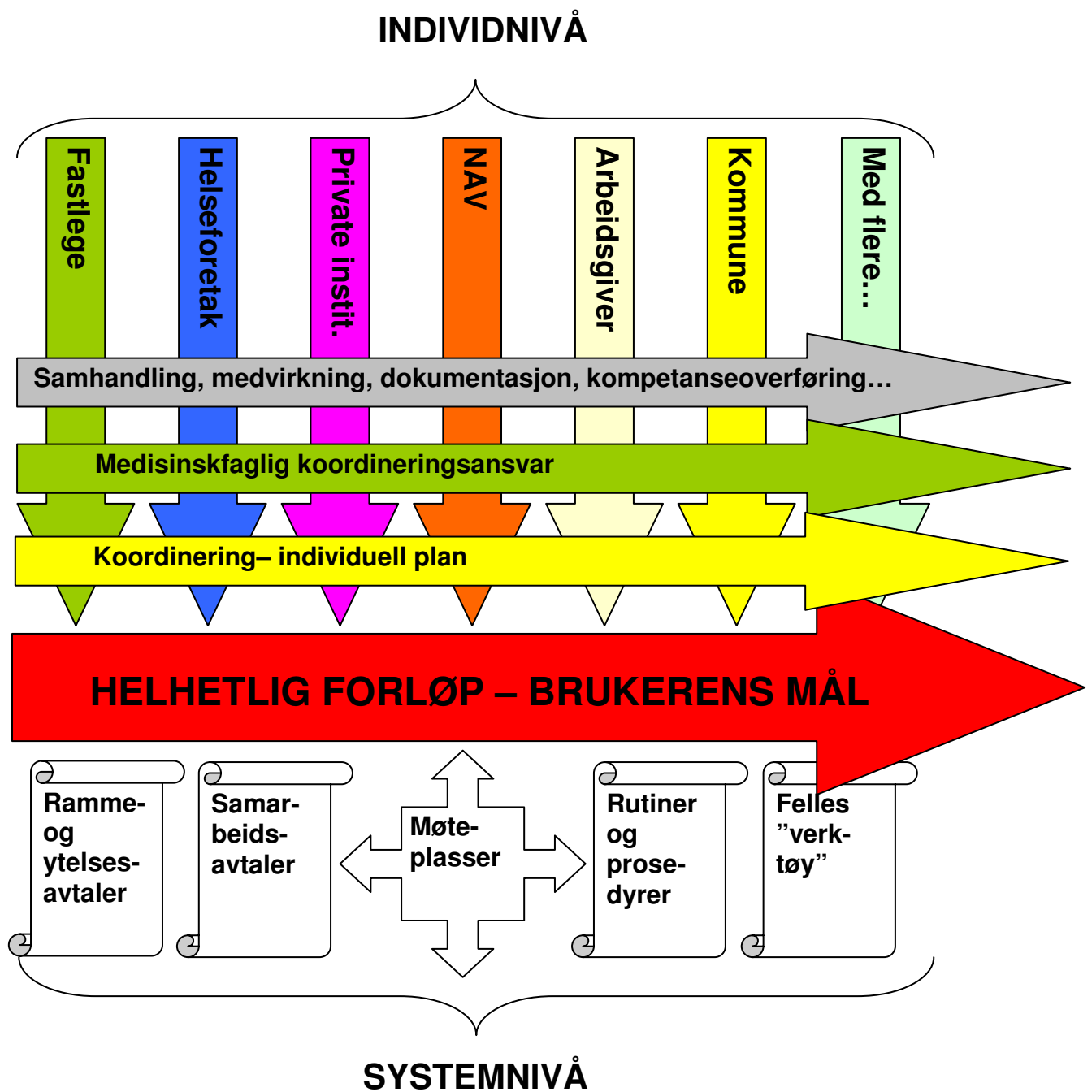
Etter at det ble inngått avtaler mellom de private institusjonene og regionale helseforetak, har det i de fleste institusjoner skjedd en positiv utvikling på flere områder. For det første har institusjonene i større grad "spesialisert" seg i den forstand at en har konsentrert seg om færre målgrupper, noe som skulle tilsi kvalitet på et høyere nivå. Liggetiden er i gjennomsnitt gått noe ned, noe som også kan indikere høyere kvalitet i rehabiliteringen i samsvar med faglig utvikling. For det andre har bemanningen når det gjelder fagpersonell gjennomgående økt, jfr. kapittel 7. Imidlertid innebærer de økonomiske rammene fortsatt en betydelig utfordring når det gjelder mulighet for fag- og kompetanseutviklingen generelt i institusjonene. Det er gjennomgående lav bemanningsfaktor.

4 Helhetlige forløp og aktørenes rolle

Arbeidsgruppen som i 2002 kom med forslag til dagens finansieringsordning for de private institusjonene, uttalte i sin rapport at de *"i for liten grad er del av en samlet tiltakskjede."* (Helsedepartementet 2002). Helhetlige forløp fordrer at den enkelte tjenesteyter har oppmerksomheten mot helheten parallelt med utøvelsen av egen rolle. Kvaliteten, slik den oppleves av bruker, handler om hvordan delytelser virker sammen til et hele. Ifølge den nasjonale kvalitetsstrategien, skal tjenester være *"samordnet og preget av kontinuitet"*. (SHdir 2005). Samhandling og samordning er derfor sentrale komponenter. Arbeidsgruppen har fokusert på at brukerens mål skal være premissgivende for hvordan aktørene yter sine tjenester og samhandler. Den enkeltes bidrag kan derfor ikke ses isolert.

For å visualisere dette, har arbeidsgruppen tatt utgangspunkt i en forenklet skisse av et forløp. Den viser noen av de mest sentrale aktørene, men listen er på ingen måte uttømmende. Den går ikke i detalj knyttet til variasjonene i forløp på diagnosenivå. Rækkefølgen på aktørene vil også variere. Poenget er å synliggjøre den enkeltes rolle relatert til helheten, og samtidig peke på noen sentrale "langsgående strukturer" for å få tjenestene til å virke sammen på individnivå. I tillegg er det tatt med noen strukturelle forutsetninger på systemnivå.

I omtalen av de ulike aktørene gis det kommentarer knyttet til den enkeltes rolle og områder som bør styrkes eller gis særlig vektlegging. For øvrig går arbeidsgruppen mer i dybden på de mest sentrale områdene i kapitlene som følger, inkludert forslag til eventuelle endringer.



4.1 Fastlegen

4.1.1 Koordinerende rolle i den medisinskfaglige oppfølgingen

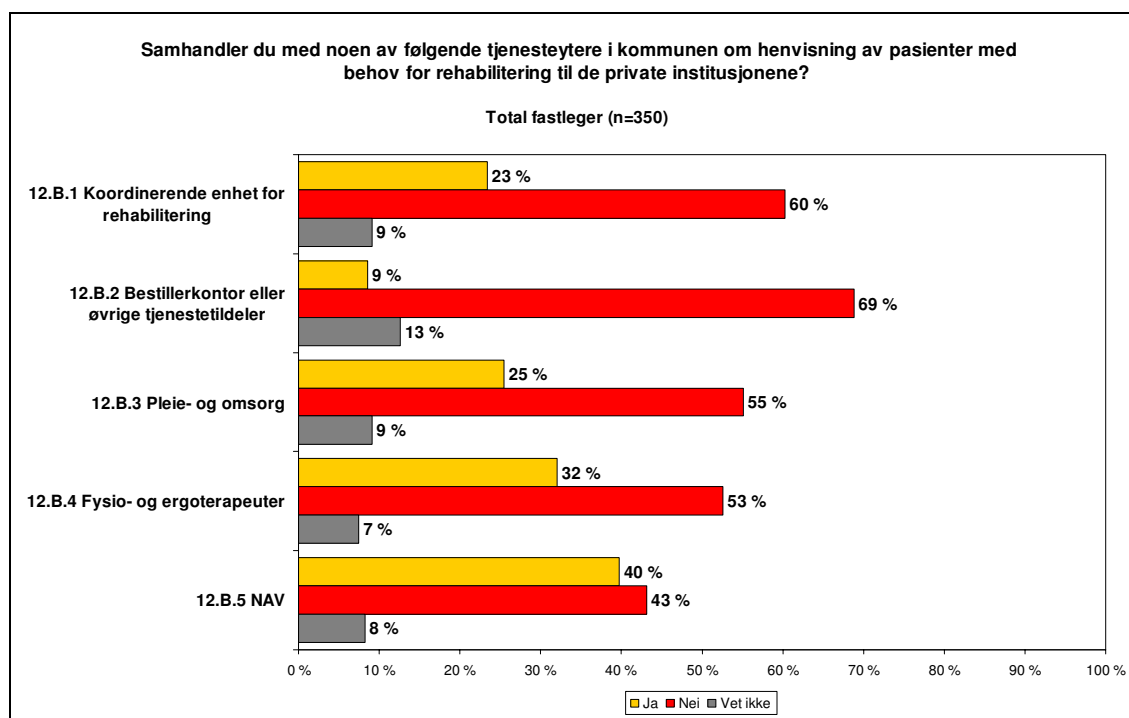
Wisløffutvalgets utredning "Fra stykkevis til helt", NOU 2005:3, fremhever primærhelsetjenesten som fundamentet i helsetjenesten og at fastlegen er en viktig del av denne. For personer med behov for tjenester fra mange aktører er det særlig viktig at fastlegen har en koordinerende rolle i den medisinskfaglige oppfølgingen. Noe av hensikten med fastlegeordningen var å styrke dette. Når andre aktører i tiltakskjeden yter medisinskfaglige tjenester, må fastlegen involveres på relevant måte.

4.1.2 Samarbeid for å sikre helhet

Tilsvarende må også fastlegen samarbeide med resten av tjenesteapparatet for å

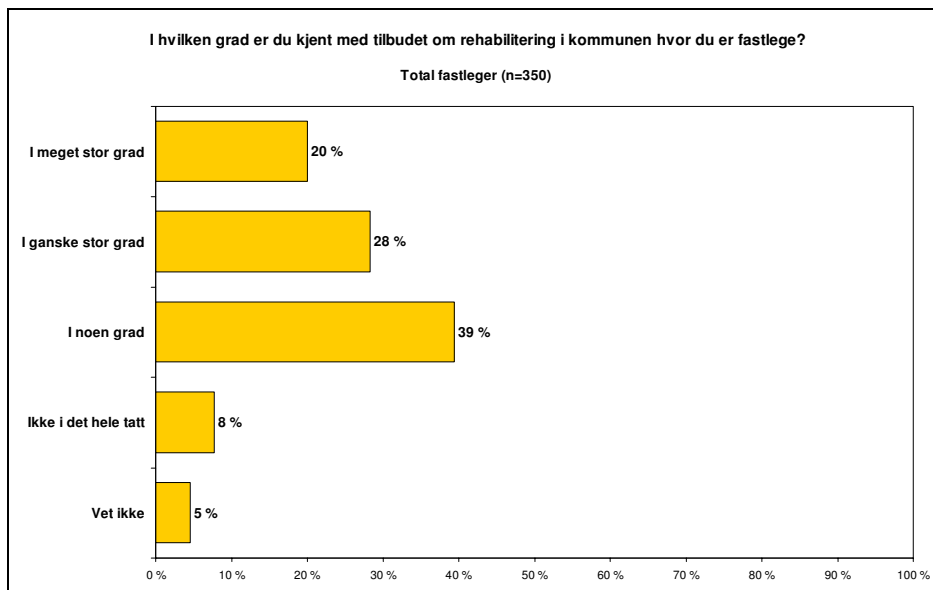
bidra til helhet og sammenheng. I den forbindelse er fastlegens rolle i arbeidet med individuell plan sentral. I Synovate-undersøkelsen oppgir 56 % av de 350 spurte fastlegene at de er involverte i utarbeidelse av individuelle planer. Imidlertid skal helhet og sammenheng også sikres for de som ikke ønsker en individuell plan.

For å sikre målrettede tjenester på laveste effektive nivå (LEON) kan samhandling om henvisningene være et viktig moment. Pasientdata fra NPR for 2007 viser at fastlegene sto for vel 43 % av henvisningene til institusjonene. Dette er en nedgang fra 49 % av den totale andelen i 2006 og 51 % i 2005, jfr. tabell pkt 3.2.2. Synovate-undersøkelsen viser at fastlegene i liten grad samhandler med øvrige aktører i kommunen ved henvisning til institusjonene, jfr. tabellen nedenfor.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

Når dette samtidig kobles opp mot at fastlegene i varierende grad er kjent med rehabiliteringstilbud i egen kommune, kan man stille spørsmål ved om behovet er tilstrekkelig vurdert i forhold til alternative kommunale tilbud. 48 % av de spurte kjenner tilbudet i egen kommune i ”meget” eller ”ganske stor grad”, mens 47 % svarer ”i noen grad” eller ”ikke i det hele tatt”.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

Det er også viktig å merke seg at en stor andel av fastlegene, jfr. samme undersøkelse, er generelt misfornøyde med tilgjengeligheten av informasjon om tilbud både i kommunene, ved institusjonene og i helseforetak. Arbeidsgruppen vil peke på at økt tverrfaglig samhandling rundt henvisninger bør tilstrebes. Dette kan også høyne kvaliteten på henvisningene og dermed gi bedre grunnlag for utforming av tilbudet.

4.2 Helseforetak - sykehus

Helseforetak og øvrige spesialisthelsetjenester representerer et stort mangfold, alt fra tilbud på lokalsykehusnivå med grensesnitt mot kommunehelsetjenesten til høyt spesialiserte tjenester. Arbeidsgruppen har ikke gått nærmere inn på å definere dette mangfoldet av tjenester innen spesialisert rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, men trekker frem noen sentrale utviklingstrekk.

4.2.1 Medisinsk behandling som del av helheten

Det tradisjonelle skillet mellom rehabilitering og behandling har medført at sykehus generelt i liten grad har sett sin rolle innen rehabilitering. Sykehusenes beskrivelser av sin aktivitet på området har ofte vært avgrenset til rehabiliteringsavdelinger og "slagenheter". Det er selvsagt nyanser i dette bildet.

Medisinsk behandling, som integrert del av en rehabiliteringsprosess, fordrer en endret rolleforståelse for sykehus, som i hovedsak er medisinske behandlingsinstitusjoner. Det innebærer en mer langsiktig tenkning og planlegging, som går ut over selve utskrivningsprosessen, selv for pasienter som kun har mottatt medisinsk behandling. Samhandlingen med aktører lenger frem i kjeden må starte tidligst mulig. På samme måte som hos fastlegene, vil initiering, oppfølging og samhandling omkring individuelle planer stå sentralt.

4.2.2 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ifølge lov og forskrift

Kapittel 3 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, som er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven, beskriver spesialisthelsetjenestens rolle i habilitering og rehabilitering. Den slår fast det regionale helseforetakets "sørge-for"-ansvar for tilbud i og utenfor institusjon jfr. § 12. I tillegg pålegges etablering av koordinerende enhet for

re-/habilitering, jfr. § 13, som skal ha

- Generell oversikt over tilbud i helseregionen
- Oversikt over tjenesten i kommunene
- Nødvendig kontakt med tjenestene i kommunene.

Det presiseres at hensikten er å bygge opp faste kontaktpunkt for informasjon og samarbeid på begge nivåer. Helseforetaket pålegges også å ha et system for å fange opp behov for re-/habilitering, jfr. § 14.

Forskriften sier videre at spesialisthelsetjenesten skal ta hånd om oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging. I tillegg til nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal det regionale helseforetaket jfr. § 15

*"1. sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning,
2. sørge for intensiv trening som inngår i individuell habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig spesialisert tilbud etter behandling,
3. sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring."*

Videre pålegges følgende om råd, veiledning og samarbeid, jfr. § 16:

"Det regionale helseforetaket skal sørge for

- 1. gi råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere,*
- 2. samarbeid med kommunen om opplegg for enkeltbrukere og om utarbeiding av individuelle planer,*
- 3. gi generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen, og*
- 4. samarbeide med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte."*

4.2.3 Særlig om lokalsykehusenes rolle

Det har den senere tid vært stor politisk oppmerksomhet knyttet til lokalsykehusenes rolle. En arbeidsgruppe, nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, kom med en rapport om *"Lokalsykehusenes akutfunksjoner i en samlet behandlingsskjede"* våren 2007 (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Rapporten peker på lokalsykehusene som en viktig del av helsetjenesten, og at de må omstilles til å få en sentral rolle i helhetlige forløp og i samhandlingen med kommunene. De foreslår også at det legges til rette for forskning og undervisning.

I tillegg til å fokusere på lokalsykehusenes akutfunksjoner, sies det at de skal drive *"rehabilitering i bred forstand"* (ibid). Det foreslås også at de skal tilby opplæring av pasienter og pårørende ved egne lærings- og mestringssentre. Særlig kan dette gjelde pasienter som har fått spesialisert behandling ved annet sykehus. Ambulante team, særlig innen geriatri, polikliniske og dagbaserte spesialisthelsetjenester er andre tilbud som vektlegges. Det presiseres videre at lokalsykehusene skal være et supplement til kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusrapporten omtaler ikke de private institusjonene til tross for at den skal beskrive en *"samlet behandlingsskjede"* (ibid).

Alle helseregioner har prosesser på gang for å styrke lokalsykehusenes rolle med bakgrunn i lokalsykehusrapporten. Ett eksempel er hovedstadsprosessen i Helse Sør-Øst hvor det er vedtatt sykehusområder hvor sykehus får et definert ansvar for et

geografisk område. Målet er at pasientene skal få dekket 80 - 90 % av sine tjenester ved sitt lokalsykehus, deriblant rehabilitering. Her sies det imidlertid at dette kan løses gjennom bruk av tjenester fra de private institusjonene (Helse Sør-Øst 2008).

Dette eksemplet viser at lokalsykehusenes rolle vil kunne få overlappende funksjoner med de private institusjonene. Denne situasjonen fordrer lokal rolleavklaring og samarbeid for å sikre god ressursutnyttelse og utvikling av kompetanse i tett dialog med helseforetak, private institusjoner, kommunehelsetjenesten og brukerne. Dette vil kunne representere en utfordring for institusjonene.

4.2.4 Sentrale utfordringer for helhet og sammenheng

Mer enn halvparten av de som kommer til institusjonene er henvist fra sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. Samhandlingen mellom sykehus og institusjon blir derfor viktig. Helseforetaket må gi en samordnet tverrfaglig beskrivelse av medisinsk tilstand og funksjonsnivå. I størst mulig grad bør de gi en vurdering av potensial for videre rehabilitering. Som hos fastlegene, bør det også her sikres tverrfaglige henvisninger hvor pasientens mål tydeliggjøres.

Ansatte i sykehus har en viktig rolle i å gi veiledning og informasjon til pasienter og pårørende. Det som "sykehuset har sagt" tillegges ofte stor vekt hos pasienter og pårørende. Desto viktigere er det med god kunnskap om relevante tjenester fra andre ledd i kjeden. Helseforetakets koordinerende enhet må derfor benyttes som aktiv informasjonskilde. Mer om informasjon i kapittel 5.

Utvikling av standardiserte forløp, som foreslås i kapittel 7, kan bidra til å sikre bedre overføringer mellom sykehus og institusjoner. Tydelig definering av ansvar for samhandlingen rundt utskrivning er nødvendig. Arbeidsgruppen mener at pasientansvarlig lege bør ha en sentral rolle i dette. Forskrift om pasientansvarlig lege, hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven, trådte i kraft fra januar 2001. Denne skal bidra til kontinuitet, samordning og et fast kontaktpunkt for den medisinske behandlingen. Den er også ment å styrke dialogen med samarbeidspartnere utenfor sykehuset.

Behovet for bedre samarbeid mellom institusjoner og helseforetak gjelder også innen forskning og fagutvikling. Det bør utvikles "partnerskap" hvor aktørene gjensidig kan dra veksler på hverandres spisskompetanse, og bidra til å gjøre hverandre gode. Samhandling om kompetanseoverføring til kommunene bør stå sentralt.

4.3 Private rehabiliteringsinstitusjoner

4.3.1 En likeverdig del av en helhetlig tiltakskjede

Private institusjoner omtales i mange sammenhenger som et "supplement" til offentlige tjenesteytere. Likeverdighet mellom aktørene bør tilsi at begrepet erstattes av en beskrivelse av at institusjonene ved sitt mangfold fyller en viktig del av den samlede tjenesten. Institusjonene må på sin side se seg selv som en likeverdig del av denne helheten. Det fordrer både forpliktelser og rettigheter.

Oversikten under pkt 3.2.1 viser at antall opphold og oppholdsdøgn ved private institusjoner har økt fra 2006 til 2007. I statsbudsjettet for 2009 pålegges de regionale helseforetakene å kjøpe "tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene i minst like stor grad som i 2008" (St.prp.nr.1,2008-2009).

Å være en likeverdig del av en helhetlig tiltakskjede fordrer en aktiv rolle i å sikre koordinerte og sammenhengende tjenester for den enkelte bruker. Arbeidet med individuell plan er sentralt i dette.

4.3.2 Sentrale utfordringer for å styrke institusjonenes rolle

Institusjonene utfører oppgaver i henhold til avtalene med de regionale helseforetakene, som i Forskrift om habilitering og rehabilitering er definert som tjenester på spesialisthelsetjenestnivå, jfr. pkt. 4.2.2. Med utgangspunkt i dette, blir det viktig å se på hvorvidt det er områder hvor institusjonene i særlig grad bør få en tydeligere rolle.

Institusjonenes rolle er knyttet til både utredning, behandling og oppfølging. Enkelte har utviklet spesialkompetanse innen rehabilitering med arbeid som mål. På grunn av lav medisinsk bemanning, har institusjonene i liten grad foretatt utredninger. Det har ofte vært stilt krav om at pasienter skal være medisinsk utredet fra for eksempel sykehus. Flere institusjoner har imidlertid medisinsk kompetanse til å ha en slik rolle innen definerte områder, og dette må utnyttes. Det kan også dreie seg om utredninger som kan avklare potensial for videre rehabilitering. Institusjonenes muligheter til å utvikle spisskompetanse innen utvalgte områder bør videreutvikles gjennom tydelige ytelsesavtaler.

Arbeidsgruppen mener at institusjonene i fremtiden bør ha en tydeligere rolle overfor kommunene i forhold til

- kompetanseoverføring og veiledning
- ambulant virksomhet
- å bistå i etablering og gjennomføring av lærings- og mestringstilbud
- dagbehandling
- faglige nettverk

Dette må tas med i avtalene, og institusjoner, lokalsykehus og kommuner må samarbeide for en god oppgavefordeling slik at ressursene utnyttes optimalt i et helhetlig perspektiv og til brukernes beste.

Institusjonenes representanter uttrykker at de ønsker å bidra mer til forskning og fagutvikling av rehabiliteringsfeltet. Dermed vil de få en rolle på linje med de øvrige aktørene i forløpet i det nasjonale "løftet" som må gjøres for å høyne statusen for rehabilitering, slik strategien legger opp til. Dette beskrives nærmere i kapittel 7.

4.4 Arbeids- og velferdsforvaltningen – NAV

4.4.1 Arbeids- og velferdsforvaltningens rolle i henhold til lovgivning

Arbeids- og velferdsetaten *"har ansvaret for gjennomføringen av arbeidsmarkeds-, trygde- og pensjonspolitikken"* (Arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 3). I tillegg til å sikre økonomiske ytelser skal etaten *"stimulere den enkelte stønadsmottakeren til arbeidsaktivitet der dette er mulig, og gi råd og veiledning til arbeidsgivere og arbeidstakere for å hindre sykefravær og utstøting fra arbeidslivet. Etaten skal videre bistå arbeidssøkere med å få jobb, bistå arbeidsgivere med å skaffe arbeidskraft, forebygge og dempe skadevirkningene av arbeidsledighet og innhente informasjon om arbeidsmarkedet"* (ibid).

4.4.2 Samarbeid med institusjonene

For brukere hvor målet er å komme tilbake til arbeidslivet, er det særlig viktig at NAV kommer inn i prosessen på et tidlig tidspunkt. De lokale Arbeidslivssentrene som er etablert i forbindelse med satsingen "inkluderende arbeidsliv" (IA), er også sentrale her. Det må være institusjonenes ansvar å initiere kontakt. NAV bør samarbeide med institusjonene om funksjonskartlegging og arbeidsevnevurdering. De må også bidra med informasjon om, og klargjøring av økonomiske ordninger, og hindre at brukerens krefter går med til unødige økonomiske bekymringer.

4.5 Arbeidsgivere

I 2005 inngikk arbeids- og inkluderingsministeren, på vegne av regjeringen, en ny intensjonsavtale med partene i arbeidslivet om et mer inkluderende arbeidsliv (IA). I denne sammenhengen pålegges arbeidsgivere en aktiv rolle i å følge opp sykemeldte arbeidstakere med tanke på å hindre utstøting fra arbeidslivet. Det innebærer også forebyggende aktivitet for å hindre sykemeldinger.

Arbeidsgivere må derfor kobles inn i planprosesser på et tidlig tidspunkt. Dette må i likhet med samhandling med øvrige aktører skje i overensstemmelse med bruker.

4.6 Kommunen

4.6.1 Forankring av helhetlige prosesser

I rehabiliteringsmeldingen fra 1998 ble det presisert at "*kommunen må ha eit hovudansvar for og den viktigaste koordinerende rolla i rehabiliteringsarbeidet.*" (St.meld. 21, 1998-99). Innen helhetlig rehabilitering er det avgjørende at grensene ikke settes ved helsetjenesten. I kapittel 2 i Forskrift om habilitering og rehabilitering, som er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven, blir kommunenes rolle innen re-/habilitering nærmere beskrevet.

4.6.2 Rehabilitering i kommunene ifølge lov og forskrift

Ifølge kommunehelsetjenesteloven § 1-3 pålegges kommunene følgende oppgaver:

1. Fremme helse og forebygge sykdom skade eller lyte...
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg
5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner."

Forskrift om habilitering og rehabilitering § 7 pålegger kommunene ansvar for å ha generell oversikt over behovet for slike tjenester og sørge for nødvendig utredning og oppfølging. Det presiseres også at "*kommunens helsetjenestetilbud skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud.*" 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*"

(kommentar 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 rehabiliteringsmeldingen foreslås det også at enheten tar et systemansvar for arbeidet med individuelle planer (St.meld. 21, 1998-99).

Kommunene pålegges å ha et system for å registrere behov for re-/habilitering, jfr. § 9. Også her foreslår rehabiliteringsmeldingen at denne funksjonen legges til koordinerende enhet (ibid).

Videre skal kommunen *”sørge for nødvendig undersøkelse og utredning, og ved behov henvise til spesialisthelsetjenesten”* (§ 10) før tiltak settes i gang. Tjenester skal gis uavhengig av boform. Videre skal kommunene utarbeide individuelle planer jfr. Kommunehelsetjenesteloven § 6-2a med tilhørende forskrift.

Kommunene har i henhold til forskriftens § 11 det helhetlige ansvaret for å *”sørge for formidling av nødvendige hjelpemidler og for å tilrettelegge miljøet rundt den enkelte.”* Ansvaret for hjelpemidler til brukerne er med dette tydelig plassert i kommunen, men andre aktører må bidra for å sikre at hjelpemidler kommer på plass så tidlig som mulig.

4.6.3 Sentrale utfordringer for å sikre helhet og sammenheng

Kommunens rolle som fundamentet i helsetjenesten må gjenspeiles i forankringen av helhetlige prosesser både på system- og individnivå. Koordinering av tjenester er viktig i denne sammenhengen.

I og med kommunens rolle i å registrere behov for rehabilitering, blir samhandlingen med sykehus og institusjoner sentral i forhold til å sikre dialog om utvikling av tilbud tilpasset befolkningens behov. Det er også særlig viktig å samhandle om tjenester på områder hvor det er mangel på fagpersonell. Logoped er ett eksempel på dette, og i kommunene er disse vanligvis ansatt i skoletjenestene, noe som fordrer tverretattlig samarbeid.

Kommunene bør også kunne kjøpe tjenester fra institusjonene. Dette kan eksempelvis gjelde små kommuner hvor det ikke er lønnsomt å etablere egne tilbud, eller hvor en ved å gå sammen kan bidra til høyere kvalitet på tjenestene.

4.7 Strukturer på systemnivå for å sikre helhet på individnivå

Figuren i starten av kapitlet visualiserer et helhetlig forløp og har i tillegg langsgående strukturer som tydeliggjør sammenhenger. Det er så langt gitt korte presentasjoner med noen særtrekk ved enkeltaktørers rolle. Hva mer må til for å få tjenestene til å samvirke til en helhet? Hvordan sikre tydelig ansvars plassering og koordinering mellom ulike tjenesteytere? Arbeidsgruppen vil peke på noen felles strukturer og verktøy. Forslagene vil drøftes nærmere i kapitlene som følger.

- Ramme- og ytelsesavtaler
- Samarbeidsavtaler
- Formaliserte møteplasser for informasjon, kompetanseutvikling og samhandling
- Formaliserte rutiner og prosedyrer
- Felles ”verktøy” – for funksjonskartlegging, dokumentasjon, kvalitetsutvikling med mer

5 Brukermedvirkning

5.1 Med utgangspunkt i brukers liv

Brukerens innsats og medvirkning er avgjørende i en rehabiliteringsprosess. Fagpersoner må bidra til at vedkommende best mulig kan nå sine mål. Optimal brukermedvirkning er en utfordring både for fagpersonell og bruker. *"Skal bruker få innvirkning og innflytelse på egen hverdag, må han få mer makt og andre må gi fra seg makt. Brukermedvirkning handler om å skape nye holdninger og nye roller, nye måter å samhandle på for både bruker og hjelper"* (Langum Bredland 1998). Selv om sitatet ble formulert for ti år siden, er det fortsatt gyldig.

Det fordrer et oppgjør med den tradisjonelt passive pasientrollen. Det handler også om at bruker blir ansvarlig i forhold til sine valg. St.meld. nr. 21 (1998-99) fremhever at rehabiliteringsprosessen skal *"motverke sjukdomsfokusering og passive pasientroller, og fremje personleg ansvar og eigenmeistring"*. Dette henspeiler på målet om *"selvstendighet og deltakelse"* i definisjonen av rehabilitering.

5.2 En lovfestet rett

Institusjonsopphold hjemlet i helselovgivningen gir tjenestemottakeren juridisk status som pasient. Det innebærer at Pasientrettighetslovens bestemmelser blir gjeldende. Rett til medvirkning og informasjon er viet et eget kapittel 3. Informasjon er en avgjørende forutsetning for reell medvirkning og for å kunne ta ansvarlige valg. Fagpersonell må legge forholdene best mulig til rette gjennom formidling av kunnskap om helsetilstanden og god informasjon om relevante tilbud.

5.3 Koordinering og individuell plan

5.3.1 Individuell plan og rehabilitering

Individuell plan er et satsingsområde i den nasjonale strategien. Målet er *"å bidra til at tjenestemottaker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud"* (Forskrift om individuell plan § 2). Retten til individuell plan gjelder *"Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester"* (§ 4). Med utgangspunkt i definisjonen av rehabilitering, jfr. kapittel 2, vil dette i hovedsak gjelde alle i en rehabiliteringsprosess. Imidlertid skal utarbeidelse av individuell plan skje med utgangspunkt i brukers samtykke.

Individuell plan ble ikke lansert fordi det var mangel på planer rundt om i tjenestene. Det var tvert imot ganske mange, og med hver sine innfallsvinkler. Et særtrekk ved mange av disse var at det i veldig stor grad var tjenestenes planer. Graden av brukermedvirkning var ofte fraværende eller lav. Målene var i liten grad formulert av bruker. Dermed ble også samordningen mellom planene, på tvers av nivåer og etater, dårlig. I Stortingsmelding 21 (1998-1999) beskrives formålet med individuell plan slik:

"Ein plan skal kunne

- vere ein reiskap for medverknad og innverknad frå brukaren si side, fordi ein plan nødvendigvis må ta utgangspunkt i brukaren sine behov og mål*
- hjelpe til å systematisere rehabiliteringsprosessen og gjere det lettare å sjå samanhangen for dei involverte*
- klargjere ansvarsdelinga mellom involverte partar, og vere ein reiskap for tverrfaglig samarbeid og koordinering av tiltaka rundt den enkelte*
- etablere ei form for kontrakt eller avtale mellom den enkelte og tenesteytarane*

- *gi eit utgangspunkt for evaluering og kvalitetssikring av tilboda.*
(St.meld. nr. 21, 1998-99)

5.3.2 Individuell plan gir felles regler for samhandlingen

De som ikke ønsker en individuell plan har likevel rett til koordinerte tjenester. Men individuell plan sikrer felles tilnærming og økt forutsigbarhet i prosessen. Forskrift om individuell plan og "Veileder for individuell plan 2007", som er utgitt av Helsedirektoratet, gir aktørene fra ulike deler av tjenesteapparatet felles "spilleregler" for samhandling og medvirkning. Et viktig element er at det til enhver tid skal være en tjenesteyter som har ansvar for oppfølging av bruker, en koordinator.

5.3.3 Ansvaret for individuell plan

Plikten for tjenesteyterne til å utarbeide individuell plan til pasienter/tjenestemottakere med *"behov for langvarige og koordinerte tjenester"*, er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2 a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, sosialtjenesteloven § 4-3 a og arbeids- og velferdsforvaltningsloven § 15. Hensynet til kontinuitet og nærhet bør tilsi at koordinator i de aller fleste tilfeller er en fra kommunen, og det vil være naturlig at arbeidet forankres der. Det må likevel presiseres at dette er et felles ansvar, selv om oppgavene er forskjellige.

5.3.4 De private institusjonene og individuell plan

Private institusjoner som yter tjenester på linje med kommuner og helseforetak har plikt til å sørge for at pasienter får oppfylt retten til individuell plan. Det innebærer deltakelse og oppfølging av allerede etablerte planprosesser og etablering av nye.

Kravene overfor institusjonene er ulikt utformet i helseregionene. I noen kravspesifikasjoner står det at tjenestene fortrinnsvis skal inngå som ledd i en individuell plan. Dette er i tråd med Forskrift om habilitering og rehabilitering § 15 om spesialisthelsetjenestens oppgaver. I rammeavtalene henvises det til at det er *"kommunen og helseforetaket"* som er pliktsubjektet, mens ansvaret for institusjonene avgrenses til oppfølging av planen og at de skal ta initiativ til igangsetting for de som ikke har plan. I avtale med en av regionene var kravet om igangsetting tatt ut. De regionale helseforetakene bør i fremtiden stille like krav til institusjonenes rolle i forbindelse med individuell plan i samsvar med lovgivningen og andre nasjonale føringer.

Institusjonenes egen rapportering om bruken av individuell plan til Norsk pasientregister (NPR) for 2007 indikerer mangler på dette området. En må ta forbehold om hvor riktig bilde dette gir, fordi spørsmålene fra NPR er lite nyanserte. Av nesten 32 000 opphold rapporteres det at individuell plan var uaktuelt for 93,6 %. Hele 21 av 45 institusjoner oppgir at individuell plan var uaktuelt for 100 % av pasientene. Bare 1,2 % av pasientene hadde individuell plan ved ankomst. Imidlertid rapporteres det både fra institusjoner og regionale helseforetak at dagens bilde er annerledes enn det disse tallene viser, men det sies å være variasjoner mellom institusjonene.

Aktiv deltakelse i utarbeidelse av individuelle planprosesser kan anses som et sentralt element i institusjonenes rolle som likeverdige samarbeidspartnere i helhetlige forløp. Det utarbeides nå nye indikatorer i rapporteringen til NPR som skal fange opp flere variabler i prosessen. Dersom det i fremtidig rapportering fortsatt er en høy andel hvor

individuell plan oppgis som "uaktuell", kan dette indikere at institusjonene har pasienter som ikke har behov for koordinerte tjenester i helhetlige forløp. I så fall må en spørre hvorvidt institusjonene da har "riktig" brukergruppe. Arbeidsgruppen sier mer om dette i kapittel 8.

5.4 Medvirkning på systemnivå

For å utvikle tjenester og tilbud med utgangspunkt i brukernes behov, er det avgjørende med innspill fra brukerorganisasjoner i tillegg til medvirkningen på individnivå. Brukerutvalg eller tilsvarende fast organ for medvirkning er etablert i en eller annen form både ved de regionale helseforetakene, sykehusene og i kommunene. En del av de private institusjonene har også brukerutvalg. Arbeidsgruppen går inn for at det stilles krav om dette ved avtaleinngåelse, og at medlemmene i størst mulig grad må være oppnevnt av brukerorganisasjonene.

En kartlegging av praksis rundt RHFenes avtaleinngåelse med institusjonene viser ulikheter mellom regionene om hvorvidt brukerrepresentanter er involvert i prosessene. Arbeidsgruppen påpeker at innspill fra brukerorganisasjoner er viktig for å kunne fange opp om det er grupper som mangler tilbud og ved forbedring av eksisterende tjenester. Utvikling av standardiserte forløp, som foreslås i kapittel 7, er eksempler på et arbeid hvor brukerrepresentanter må være sentrale. Her nevnes også brukerundersøkelser på nasjonalt nivå for å sikre systematisk og kontinuerlig forbedring av praksis.

Opplæring av brukerrepresentanter må være et prioritert tiltak. Dette må skje i regi av brukerorganisasjonene. De regionale helseforetakene må imidlertid være sentrale bidragsytere og også bidra med ressurser til dette. Det må utvikles nasjonale retningslinjer for brukerrepresentantenes rammebetingelser.

5.5 Valg av institusjon

Arbeidsgruppen mener at fritt institusjonsvalg må gjelde innen rehabilitering etter samme regler som for øvrige spesialisthelsetjenester. Bruk av tilbud på tvers av regioner skjer også i dag, i samsvar med føringer i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Det er beskrevet i kapittel 9. Men slik ordningen er i dag, uten fritt institusjonsvalg, blir brukere av plasser utenfor egen region belastet med reiseutgifter. Dersom tilbud på tvers av regioner likestilles gjennom fritt institusjonsvalg, vil muligheten for medvirkning bli mer reell. Det vil også motvirke sosial ulikhet i helse, som både er et nasjonalt og internasjonalt mål.

Helse Vest praktiserer unntak fra regelen om reiseutgifter ved bruk av plasser i andre deler av landet på grunn av få institusjoner i egen region. Ved bruk av institusjoner i andre regioner dekkes reiseutgifter til nærmeste institusjon utenfor Helse Vest. Det kan gjøres unntak dersom dette slår urimelig ut. I slike tilfelle blir reiseutgifter til nærmeste institusjon med relevant tilbud, dekt.

Gruppen foreslår fritt institusjonsvalg etter ordinære regler i Spesialisthelsetjenesteloven. Dette innebærer at pasienter fra alle deler av landet kan velge mellom tilbud i alle helseregioner. Forslaget vil ha økonomiske konsekvenser i form av reiseutgifter, og dette omtales i kapittel 11.

5.6 Informasjon

5.6.1 Beskrivelse av eget tilbud

Informasjon om tilgjengelige tilbud er avgjørende for å kunne medvirke i sin prosess ved å gjøre kvalifiserte valg. Den enkelte tjenesteyter har derfor et ansvar i å presentere sine tjenester på en slik måte at det danner grunnlag for å kunne velge. God og riktig informasjon er også avgjørende for å skape riktige forventninger til hva oppholdet går ut på. Den skal også være tydelig på hva som forventes av egeninnsats. Informasjonen må ha oppdatert oversikt over antatt ventetid.

Synovate-undersøkelsen dokumenterer et betydelig behov for en samlet, helhetlig informasjon om rehabiliteringstilbud. I undersøkelsen sier henholdsvis 49 % og 45 % av fastlegene at de er misfornøyd med tilgjengeligheten av informasjon om tilbud i egen kommune og ved private institusjoner. I valget mellom et sentralt nettsted og informasjonstelefon sier 98 % at et sentralt nettsted er viktigst.

5.6.2 Sentralt nettsted og informasjonstelefon

Det er arbeid på gang i forhold til å utvikle sentrale nettsteder for informasjon hvor en blant annet kan finne tilbud om de private institusjonene. De regionale koordinerende enheter har utviklingsprosjekter knyttet til dette. Regionene samarbeider nå om en informasjonstelefon for rehabilitering, hvor koordinerende enhet i Helse Sør-Øst er koordinator. I samme region er det også utviklet en informasjonsdatabase hvor rehabiliteringstilbud både i kommuner, helseforetak og private institusjoner er tilgjengelig. Dette er et pilotprosjekt hvor kommunene, helseforetak og institusjon i Buskerud deltar. Nærmere om dette finnes på www.finnrehabilitering.no

Det er imidlertid ikke alle som har tilgang til internett. Skriftlig informasjon må derfor også tilbys i trykt format.

5.7 Fokusområder

- Regioner, helseforetak, kommuner og institusjoner må samarbeide om kompetanseutvikling og utforming av praktiske rutiner for bruk av individuell plan. Individuell plan må nedfelles i de lokale samarbeidsavtalene som et sentralt verktøy for samhandling på tvers i rehabiliteringskjeden.
- Institusjonene må ha brukerutvalg eller tilsvarende fast organ for medvirkning på systemnivå. Brukerrepresentantene må fortrinnsvis være oppnevnt av brukerorganisasjonene.
- Brukerorganisasjonene må være aktive bidragsytere i forsknings- og utviklingsarbeid, som eksempelvis standardiserte forløp gjennom rehabiliteringskjeden, samt å gi innspill om eventuelle manglende tilbud og forbedring av eksisterende tilbud.
- Det må utvikles opplæringsprogram for brukerrepresentanter i regi av organisasjonene. De regionale helseforetakene må bidra aktivt i dette.
- Det må utvikles nasjonale retningslinjer for rammebetingelser til brukerrepresentanter på systemnivå.
- Rett til fritt institusjonsvalg må gjelde innen rehabilitering som i spesialisthelsetjenesten for øvrig.
- Sentral informasjonstelefon og nasjonalt nettsted må videreutvikles.

6 Samhandling

Viktigheten av god samhandling er omtalt i flere av kapitlene. Her beskrives hvilke formelle strukturer og rammer som må være på plass.

6.1 Samhandlingskultur

For å nå målet om helhetlige behandlingstilbud må fokuset i større grad enn hva tilfellet er i dag, rettes mot brukernes behov, ressurser og integritet. Dette innebærer en endring i kultur og holdninger hos alle tjenesteytere i et behandlingsforløp. Respektfull dialog er et viktig virkemiddel for å utvikle større felles forståelse og felles kultur. Det er avgjørende at samhandlingen preges av likeverd, respekt og tillit. For å lykkes i samhandlingen er det helt avgjørende at den formaliseres i gjensidig forpliktende avtaler som forankres på ledernivå.

I den Nasjonale rammeavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunenes sentralforbund (KS) av juni 2007, heter det:

”Å skape helhet og sammenheng i tjenestetilbudet for brukere og pasienter er en stor utfordring. Arbeidet for bedre samhandling berører både den praktiske organiseringen, grunnleggende problemstillinger knyttet til holdninger, kommunikasjon og vilje til å finne fram til helhetlige løsninger for pasientene.”

Helse- og omsorgsministeren har satt samhandlingen på dagsorden og uttalte blant annet følgende i forbindelse med oppnevningen av en egen ekspertgruppe:

”Manglende kontakt mellom sykehus og kommune er det største hinderet for å gjøre helsetjenesten enda bedre. Samhandlingen skal skje på grunn av, ikke på tross av systemene”. Helse- og omsorgsministeren legger frem forslag til en ”samhandlingsreform” i april 2009.

6.2 Aktører i samhandlingen

Det stilles særlige krav til samhandling innen rehabiliteringen. Dette som følge av at det i forløp for brukere med sammensatte problemstillinger er mange aktører som hver for seg har en viktig rolle, men hvor forutsigbarheten og helheten ofte er det avgjørende. Designet av helhetlig struktur i kapittel 4 viser også behovet for langsgående strukturer på tvers av tjenesteytere.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har et hovedansvar for god samhandling. Det er disse som må ha hovedansvaret for samhandlingen på et *systemnivå*. Som del av en større helhet, må de private institusjonene på linje med øvrige aktører ta et selvstendig ansvar for å bidra inn i dette. Av andre aktører nevnes NAV, arbeidsgivere, sosiale tjenester, frivillige organisasjoner, utdanningssektoren med flere.

6.3 Viktige elementer i samhandlingen

Viktige verktøy og strukturer for samhandlingen mellom kommuner og helseforetak innen rehabilitering er individuell plan og tydelig etablerte koordinerende enheter både i sykehus og kommuner.

Det må understrekes at det er mange eksempler på god samhandling både på systemnivå, tjenestenivå og individnivå. Det er avgjørende at:

- a) det foreligger skriftlige samhandlingsavtaler som er forankret på system-/styringsnivå
- b) det er etablert formaliserte møteplasser for samhandling på tjenestenivå i tillegg til nettverk
- c) systemer for individuell plan er etablert
- d) koordinerende enhet for re-/habilitering er etablert både i sykehus og kommuner

6.3.1 Avtaler om samhandling

Det må være skriftlige, konkrete samhandlingsavtaler mellom aktørene. Avtalene må utformes slik at de ivaretar helhetlige forløp. For å sikre dette må det vurderes å utforme avtalene slik at flere aktører ivaretas i en helhetlig avtalestruktur. Avtalene skal beskrive formaliserte, jevnlig møter på ledernivå mellom sykehus, kommunene, herunder fastlegene, institusjonene og eventuelle andre aktører. Det må fremgå av avtalene når og hvordan den skal evalueres og revideres, og hvordan avvik i forhold til avtalen skal meldes og følges opp. Institusjonene, helseforetakene og kommunene har et gjensidig ansvar for at det etableres avtaler om samhandling.

Institusjoner som er etablert innenfor samme "sykehusområde" bør etablere et nærmere samarbeid seg i mellom og i større grad opptre samlet overfor helseforetaket. Dette for å sikre forutsigbarhet, utnytte institusjonenes kapasitet optimalt og på den måten bidra til god pasientflyt. Felles avtale med helseforetaket bør i den forbindelse vurderes. En slik tilnærming kan også danne grunnlag for et formalisert organisatorisk samarbeid mellom institusjonene.

6.3.2 Rehabiliteringsnettverk

Med utgangspunkt i koordinerende enhet på helseforetaksnivå er det nå stadig flere som etablerer rehabiliteringsnettverk med de kommunale koordinerende enhetene som kontaktpunkt. Gjennom dette etableres gode møteplasser for dialog omkring sentrale problemstillinger og for utvikling av felles forståelse og kompetanse på tvers av tjenestenivåer og kommunegrenser. Institusjonene må også inkluderes i dette fellesskapet.

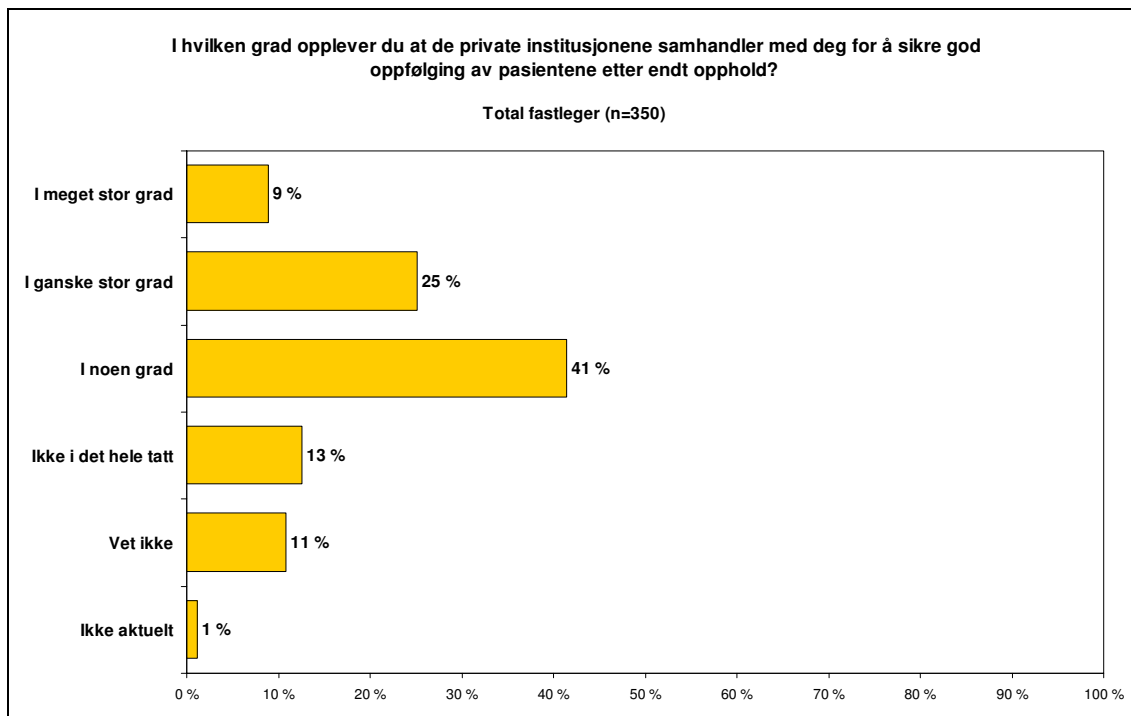
6.3.3 Elektronisk samhandling

Institusjonene må kobles opp til igangsatte nasjonale og regionale prosesser knyttet til elektronisk samhandling. Målet må være å sikre størst mulig grad av enhetlige systemer for å lette informasjonsutvekslingen mellom aktørene.

6.4 Samhandling og kvalitet

Samhandling er en sentral faktor i å sikre god kvalitet. I kapittel 4 er det synliggjort at det er manglende samhandling mellom fastlegene og øvrige kommunale tjenester ved henvisning til institusjonene. Det pekes på at dette kan være et problem i forhold til å sikre tjenester på riktig nivå.

I Synovate-undersøkelsen ble det også stilt spørsmål om i hvilken grad fastlegene opplever at institusjonene samhandler med dem for å sikre oppfølging etter endt opphold. 34 % av fastlegene sier at institusjonene samhandler med dem om dette i "meget" eller "ganske stor grad". Ut fra en forutsetning om at fastlegen skal ha en koordinerende funksjon i den medisinske oppfølgingen, kan man stille spørsmål ved om dette er tilfredsstillende.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

6.5 Fokusområder

- De private institusjonene må integreres i eksisterende samhandlingsstrukturer mellom sykehus og kommuner. Alle avtaler om samhandling må utformes slik at helheten ivaretas.
- Institusjonene må integreres i rehabiliteringsnettverk på tvers av nivåene.
- Institusjoner som er etablert i samme "sykehusområde" eller som tar imot pasienter fra samme sykehus, bør formalisere et samarbeid seg i mellom, for å sikre like prosedyrer som grunnlag for samhandlingen mellom sykehus og institusjon.
- Institusjonene inkluderes i utvikling av helhetlige elektroniske samhandlingsløsninger.
- Samhandlingen mellom fastlegene og kommunale tjenester for øvrig ved henvisning til institusjoner må styrkes.

7 Forskning og kvalitetsutvikling

7.1 Sammen om å ”løfte” rehabiliteringsfeltet

Den nasjonale strategien fremhever at *”faglig kvalitet og status knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal styrkes.”* (St.prp. nr. 1, 2007-2008) Den sier videre at det skal satses systematisk på utvikling av kvalitet. De private institusjonene er samstemte i at de vil ha en aktiv rolle i dette. Det fordrer at en selv yter kvalitativt gode tjenester, men ikke desto mindre innebærer det å se seg selv som del av et større arbeidsfelleskap hvor en gjør hverandre gode. Dette gjelder de private institusjonene imellom og i forhold til kommuner, helseforetak, NAV, brukerorganisasjoner og andre aktører. Det fordrer en gjensidig delekultur med brukeren i sentrum.

Konkurransesituasjonen, som kun gjelder private aktører, vanskeliggjør en slik kunnskapsdeling. I en slik situasjon kan gode løsninger, som institusjonen har investert i å utvikle, bli forretningshemmeligheter som man ikke deler. En motsatt innfallsvinkel vil være at evne og vilje til kunnskapsdeling nettopp må telle positivt i en anskaffelsesprosess. Når målet er å løfte kvalitet og status for hele rehabiliteringsfeltet, bør dette etterspørres i kravspesifikasjonen. De regionale helseforetakene må også stille tilsvarende krav til offentlige tjenesteutøvere.

7.2 Forskningsbasert utvikling

7.2.1 Kunnskapsbasert praksis

Kvalitetsutviklingsarbeidet må i størst mulig grad være fundert på forskning. Det må være krav om kunnskapsbasert praksis. Dette må gjelde både private og offentlige tjenesteytere innen feltet. Flere av de private institusjonene har vært pådrivere for gode forsknings- og utviklingsprosjekter. En kartlegging gjennomført som ledd i gruppens arbeid, viser at over halvparten av institusjonene har kjørt prosjekter både i egen regi og i samarbeid med eksempelvis kommuner og helseforetak.

Forskningsinstitusjoner har vært inne i en del av tiltakene. Enkelte må sies å ha omfattende aktivitet på dette området. Det er grunn til å fastslå at institusjonene allerede har en viktig rolle i dette, og at det ligger et potensial i å forsterke denne. Institusjonenes autonome stilling kan gjøre at de raskt kan ”snu seg”. De kan derfor være godt egnet til å pilotere nye løsninger.

”Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015) ...og bedre skal det bli” (SHdir 2005), gir nasjonale føringer for utvikling på dette området. Det er også utgitt en oppfølger til strategidokumentet som inneholder praksisfeltets anbefalinger om hvordan visjoner kan omskapes i handling (SHdir 2007). Strategien definerer følgende kriterier for god kvalitet på tjenestene:

- *”Tjenester av god kvalitet:*
 - *er virkningsfulle*
 - *er trygge og sikre*
 - *involverer brukere og gir dem innflytelse*
 - *er samordnet og preget av kontinuitet*
 - *utnytter ressursene på en god måte*
 - *er tilgjengelig og rettferdig fordelt.”* (Helsedir IS-1162)

7.2.2 En nasjonal satsing

Som oppfølging av den nasjonale strategien har Norges forskningsråd fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å kartlegge status for habiliterings- og rehabiliteringsforskning gjennom en kortfattet oversikt over aktiviteten de siste fem årene. Undersøkelsen vil kartlegge forskning og omfatter ikke utviklingsarbeid, kvalitetssikring eller evaluering.

Arbeidsgruppen mener at det bør etableres et eget program for re-/habilitering i Norges forskningsråd. Dette må også innebære at det sikres tilgang til "friske" forskningsmidler. Aktiviteten må ha tverrdepartemental forankring og sikres gjennom en nasjonal strategi som operasjonaliseres gjennom regionale planer. De private institusjonene ønsker å ha en sentral rolle på linje med offentlige aktører for å bidra til å utfylle kunnskapsmangelen på feltet som helhet.

Et forskerutvalg utarbeidet, på oppdrag fra Helsedirektoratet, rapporten "Forslag til etablering av nasjonale miljøer for forskning innen habilitering og rehabilitering".

Utvalget foreslår etablering av fire nasjonale forskningsmiljøer innen feltet:

- *"Nasjonalt senter for forskning med spesielt fokus på de organisatoriske og kunnskapsmessige vilkår for helhetlig habilitering og rehabilitering.*
- *Nasjonalt senter for forskning på habilitering og rehabilitering med spesielt fokus på virkninger av spesialistinnsatser på brukernes dagligliv.*
- *Nasjonalt senter for forskning på habilitering og rehabilitering med spesielt fokus på barn og unge.*
- *Nasjonalt senter for forskning på habilitering og rehabilitering med spesielt fokus på deltakelse i arbeids- og samfunnsliv."* (SHdir 2006).

7.2.3 Kontinuerlig kvalitetsforbedring og lærende organisasjoner

Institusjonene er underlagt ordinært regelverk om internkontroll som definerer en minimumsstandard. De regionale helseforetakene bør i anskaffelsesprosessene imidlertid også tydeliggjøre felles krav utover minimumsnormen. Dette kan være angitte standarder, felles verktøy og prosedyrer.

Institusjonene skal være lærende organisasjoner hvor erfaringer systematiseres og gir grunnlag for ny og bedre praksis. Akkreditering og sertifisering av kontinuerlige forbedringssystemer kan være måter å dokumentere slik praksis på. Noen institusjoner er allerede akkreditert eller sertifisert på hele eller deler av virksomheten. Gjensidig deltakelse i forsknings- og utviklingsprosjekter på tvers av nivåer og etatsgrenser vil ha betydning for å styrke samhandlingen. Utvikling av felles kompetanse er viktig for å utvikle kompetanse langs hele kjeden, og gjensidig hospitering kan være et sentralt tiltak her. Det må også utvikles felles funksjonskartleggingsverktøy på tvers av tjenestenivåer. Mellom helseforetak, kommuner og institusjoner bør det også være et enhetlig system for gjensidige avviksmeldinger - "kvalitetsmeldinger".

I regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten pågår det nå en utprøving av en forskningsbasert modell for kontinuerlige pasienttilfredshetsundersøkelser. Denne er tilpasset institusjoner som driver rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Når denne er ferdigstilt bør det stilles krav om at den tas i bruk både av private og offentlige institusjoner.

7.2.4 Kvalitetsindikatorer og måleverktøy

En av de store manglene innen rehabilitering er mangel på verktøy for å måle kvalitet og effekt av tiltak. Det er i dag et arbeid på gang i Helsedirektoratet for å utvikle indikatorer også innen rehabilitering. Arbeidsgruppen er opptatt av at dette må komme på plass, og at en også finner frem til felles måleparametre som kan vise effekt i forhold til det mangfold av behov som rehabiliteringsfeltet representerer. Felles verktøy for å måle kvalitet er en forutsetning for kunnskapsbasert utvikling.

7.3 Kompetansesentre og faglige nettverk

Et virkemiddel for å styrke kvalitet og kompetanse vil være å etablere kompetansesentra innen utvalgte områder. I tillegg til forskning, fagutvikling og undervisning har disse en sentral rolle i nettverksbygging og kompetansespredning gjennom nettverk. Attføringscenteret i Rauland (AiR) er nasjonalt kompetansesenter innen rehabilitering med arbeid som mål. Senteret har formell samarbeidsavtale med universitetsmiljø. AiR har en nettverksdriverfunksjon innen dette fagområdet som blant annet består i å

- være pådriver for forskning og kompetanseutvikling
- fasilitere nye løsninger
- være initiativskaper
- skape møteplasser for læring
- formidle forskningsresultater

I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet etablert et pilotprosjekt ved Glittre-klinikken om utvikling av et kompetansesenter for rehabilitering med arbeid som mål for lungepasienter.

Dette er eksempler på at også private kan ha en slik rolle. Det må stilles krav til forskningskompetanse og faglighet, enten i form av tilgang på bred erfaring eller særskilt kompetanse innen det aktuelle området. Størrelsen på fagområdene innen rehabilitering er varierende. Små områder er sårbare, og nettverk med aktører fra et større geografisk område kan være en god løsning. Slike nettverk må være formelt etablerte med faste forutsigbare strukturer for dialog og inkludere representanter fra alle tjenesteyterne langs kjeden samt brukerorganisasjoner.

7.4 Enhetlige krav til kvalitet

7.4.1 Overgangen til spesialisthelsetjeneste – hva vet vi?

Da institusjonene gikk over til å defineres som en del av spesialisthelsetjenesten gjennom anskaffelsesprosessene i regionene, ble det forutsatt at det faglige nivået skulle heves til spesialisthelsetjenestenivå. Det finnes i liten grad målinger som synliggjør i hvilken grad dette har skjedd. I Helse Øst ble det høsten 2006 gjennomført en leverandørevaluering (Helse Øst, 2006). Der ble det konkludert med at det faglige nivået var tilfredsstillende og i henhold til avtaler. Ingen ble beskrevet som "dårlige". Enkelte ble bedømt til å være "imponerende bra". Det ble vektlagt at institusjonene strekte seg langt for å overholde ytelsesavtalen, til tross for at noen drev med tap. Omlegging fra mer rekonvalesentpregede opphold til aktiv rehabilitering beskrives som gjennomgående. Det konkluderes med at institusjonene *"fremstår som klart endringsvillige og med klare faglige ambisjoner innen rehabiliteringsfagfeltet"* (ibid).

Internkontrollsystemet (IKS) i henhold til gjeldende lovgivning for spesialisthelsetjenesten ble også evaluert. Alle institusjonene hadde dokumentert

IKS/kvalitetssystem, men det var ikke implementert "i sin helhet" hos alle. Det ble påpekt avvik, og institusjonene måtte iverksette tiltak for å lukke disse. Heller ikke på dette området ble noen beskrevet som "dårlige", og enkelte fikk også her karakteren "imponerende bra".

7.4.2 Bemanning

Det faglige nivået på bemanningen er en grunnleggende forutsetning for å utvikle tilbud av høy kvalitet. Det er relevant å se på hvorvidt det har skjedd en endring i bemanningen etter at det ble stilt krav om rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. Norsk pasientregister sin rapport for 2005 viser årsverk av personell i "behandlingen" (Sintef Helse 2006). I forbindelse med gruppa sitt arbeid er det foretatt en ny kartlegging for å se om det har skjedd noen endring. Denne viser utviklingen ved 30 sammenlignbare⁵ institusjoner fra 2005 til 2008.

Undersøkelsen viser at total bemanning målt i antall årsverk knyttet til "behandlingen", har økt fra 639 til 707. Dette er en økning på 10,6 %. I samme periode var antall plasser ved de samme institusjonene redusert fra 1768⁶ til 1602⁷. Det er en reduksjon på 166 plasser (9,4 %). Det tas forbehold om hvorvidt tallet fra 2005 er fullt ut sammenlignbart med tallet for 2008, fordi det er tatt utgangspunkt i antall godkjente plasser (2005) og ikke reelt belegg. Man har gått ut fra at bemanningen var beregnet ut fra godkjente plasser. Antall årsverk pr. plass har økt fra 0,36 til 0,44. Tabeller fra undersøkelsen følger som vedlegg nr. 3.

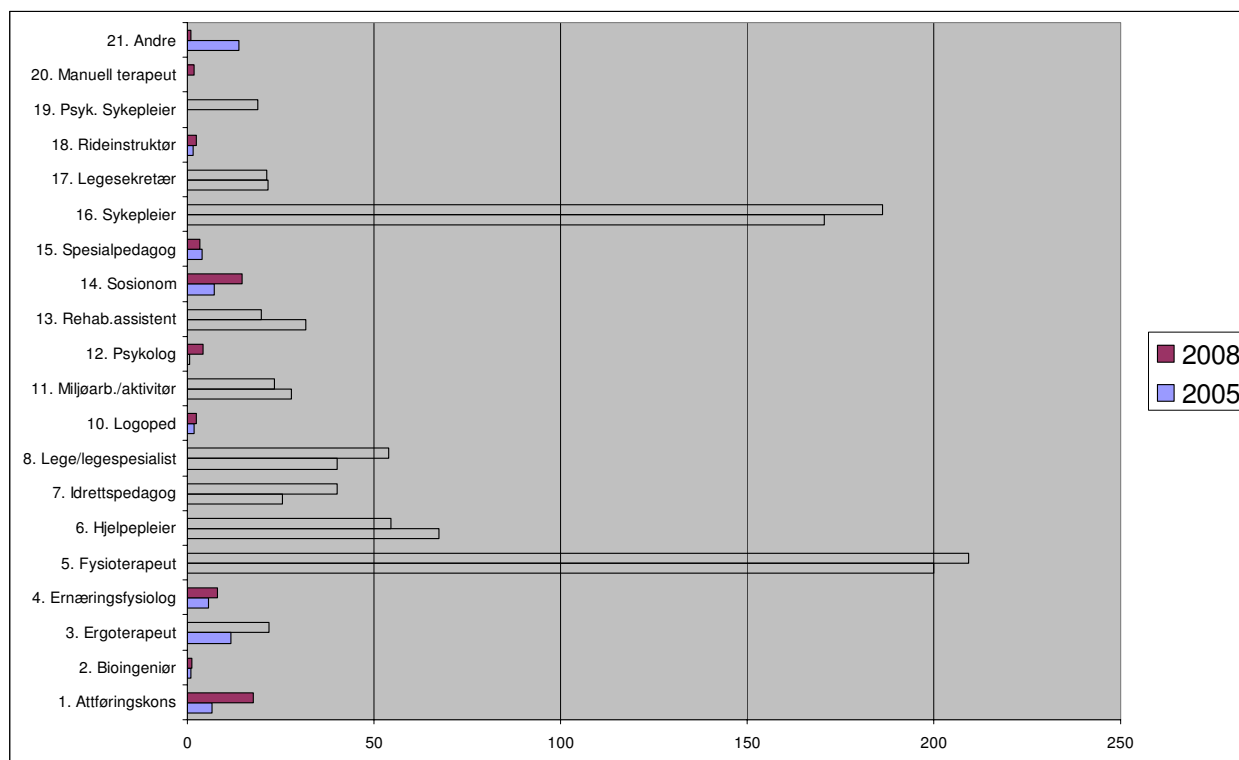
Det er også interessant å se hvorvidt det har vært endring i sammensetningen av personellgruppen. Ut fra et rehabiliteringsfaglig perspektiv er det en tydelig tendens til økning i formell fagkompetanse. Attføringskonsulenter har økt fra 6,6 til 17,7 årsverk, ergoterapeuter fra 11,8 til 21,9, idrettspedagoger 25,4 til 40 og sosionomer fra 7,1 til 14,7. Logopedier utgjør fortsatt en svært beskjeden gruppe med 2,45 årsverk. Fysioterapeutene er den største personellgruppen med 209,2 årsverk. Her har det vært en svak økning (+9). Det er ubetydelig økning i antall årsverk av pleiepersonell, men her er det en dreining mot flere sykepleiere (+15,5) og færre hjelpepleiere (- 13). Derimot er det en økning fra 0,3 til 18,8 psykiatriske sykepleiere. Antall psykologer har også økt fra 0,7 til 4,2. Antall leger inkludert spesialister har økt fra 40,1 til 53,8. Det er nedgang blant miljøarbeidere/aktivitører (- 4,3) og rehabiliteringsassistenter (-11,8).

⁵ Med sammenlignbare institusjoner menes at det foreligger tall for både 2005 og 2008.

⁶ Antall godkjente plasser.

⁷ Antall plasser som institusjonene har avtale knyttet til – inkludert Raskere tilbake RHF og NAV.

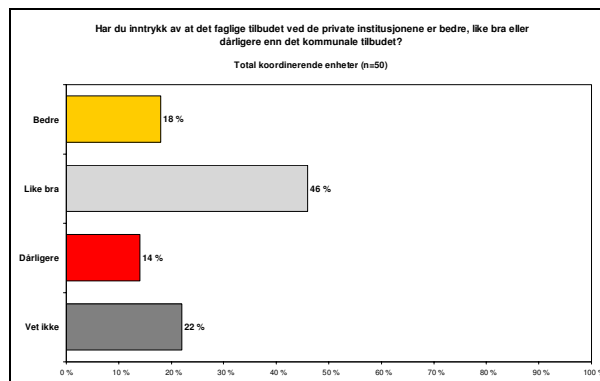
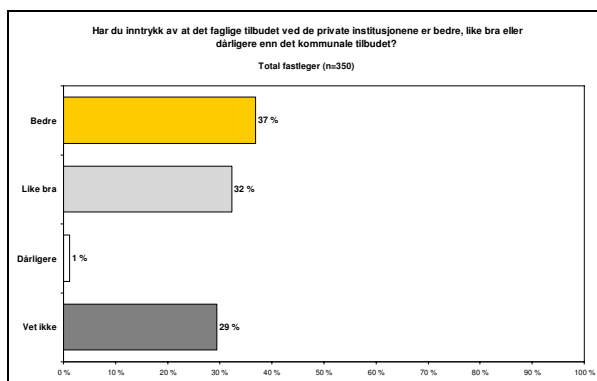
Tabellen viser endring i bemanning fra 2005 – 2008. Tall fra 2005: Sintef Helse, 2006. Tall fra 2008: Egen undersøkelse pr. okt 08 med tall direkte fra institusjonene.



(Helsedirektoratet oktober 2008)

Institusjonene sett under ett synliggjør et tydelig løft for å øke den formelle fagkompetansen. Det er imidlertid store variasjoner institusjonene imellom. Det kan det også hende at det fortsatt skal være, fordi institusjonene har avtaler om tjenester av ulik kompleksitet som skal dekke et stort mangfold av behov. Det kan likevel være grunn til å se nærmere på om det er uforholdsmessige variasjoner også for tjenester innen samme pasientgrupper, og om det bør settes en minimumsstandard for medisinskfaglig og rehabiliteringsfaglig kompetanse. Arbeidsgruppen har ikke gått i detalj her. Det er imidlertid grunn til å peke på behovet for flere utdanningsstillinger innen fysikalsk medisin.

I Synovate-undersøkelsen sier fastlegene at de har stor tillit til det faglige tilbudet på institusjonene. 37 % av fastlegene mener at det er bedre enn i kommunene. Imidlertid er det viktig å merke seg at 29 % svarer "vet ikke". Informasjonen kan kanskje mest nyttiggjøres som påminnelse om viktigheten av forskning og evaluering på hva som er beste tiltak. Det kan også være et signal om behovet for økt kunnskap om tilbudene. Av de 50 kommunale koordinerende enhetene er det 14 % som mener nivået ligger under kommunen, men også her er det mange som svarer "vet ikke". Det er viktig å understreke at dette spørsmålet kun viser hvilket "inntrykk" disse aktørene har av tilbudet. Det er likevel ikke uvesentlig sett i lys av at et flertall av institusjonene tidligere hadde mye fokus på mer rekonvalesenspregede tilbud.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

7.5 Standardiserte forløp

For å bidra til økt forutsigbarhet og sammenheng i tjenestene for brukerne, kan det være nyttig å utvikle standardiserte forløp som omfatter hele prosessen på tvers av ulike aktører. I enkelte sammenhenger omtales dette også som behandlingslinjer. Det er en del aktivitet på gang i forhold til dette. Et eksempel er kronikersatsingen i Helse Nord som har tatt for seg fem ulike diagnoser. Mer om dette finnes på www.helse-nord.no/rehabilitering. Det er også et arbeid på gang i regi av Helsedirektoratet for å lage nasjonale faglige retningslinjer for hjerneslagbehandling. Denne skal omfatte både forebygging, behandling og rehabilitering. I tillegg til kommunene, spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjonene er NAV og utdanningsdirektoratet representert i arbeidsgruppen. Arbeidet er kunnskapsbasert og skal være slutført i løpet av våren 2009.

En foreløpig oversikt fra Kunnskapssenteret konkluderer med at en mangler kunnskap om det de omtaler som behandlingslinjer. De peker på at forskningsgrunnlaget er ufullstendig, og presiserer at dersom satsingen skal bidra til økt kunnskap om effekt, må det knyttes til forskning (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2008).

Arbeidsgruppen vil peke på behovet for økt kunnskap om helhetlig rehabilitering og mener at utvikling av standardiserte forløp må være et satsingsområde hvor også institusjonene er sentrale. Arbeidet må knyttes opp til forskning i tråd med Kunnskapssenterets anbefalinger, og det må sikres forskningsmidler.

7.6 Fokusområder

Arbeidsgruppen mener at det bør stilles felles krav og betingelser som sikrer mest mulig lik tilnærming. Dette må inngå i et helhetlig kvalitetssystem bestående av felles verktøy, systemer og standarder. Flere av disse tiltakene fordrer også et nasjonalt initiativ.

- Praksis må være kunnskapsbasert og i størst mulig grad fundert på forskning.
- Det må etableres et nasjonalt forskningsprogram innen rehabilitering i regi av Norges forskningsråd.
- Mulige sertifiserings- og akkrediteringsordninger bør vurderes
- Institusjonene må ha en sentral rolle i forskning og fagutvikling, og de må vurderes som aktuelle som kompetansesentre og nettverksdrivere
- Det må utvikles felles kvalitetsindikatorer og funksjonskartleggingsverktøy.
- Kontinuerlige pasient-/brukertilfredshetsundersøkelser må tas i bruk av både private og offentlige aktører

- Det må utvikles enhetlige systemer for gjensidige avviksmeldinger - "kvalitetsmeldinger".
- Det må utvikles standardiserte rehabiliteringsforløp for enkelte brukergrupper.
- Innføring av minimumsstandard for medisinsk- og rehabiliteringsfaglig kompetanse må vurderes.
- Det må iverksettes tiltak for flere utdanningsstillinger innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

8 Forholdet mellom tilbud og behov

Det er i mange sammenhenger pekt på manglende kunnskap om behovet for rehabilitering. Dette gjelder både på kommune- og spesialistnivå. Arbeidsgruppen har på ingen måte ambisjoner om å si noe eksakt om forholdet mellom tilbud og behov, men vil i dette kapitlet belyse problemstillinger ut fra noen innfallsvinkler.

8.1. Hvem får et tilbud i dag?

Et utgangspunkt for å vurdere forholdet mellom tilbud og behov er å se på hvem som får et tilbud ved institusjonene i dag. Tabellen nedenfor viser at personer med sykdommer i muskler og skjelett er den desidert største brukergruppen ved de private institusjonene. Prosenttallet står for andel av totalt antall opphold.

Tabell 3.6 Opphold fordelt etter hoveddiagnosekapittel (ICD-10) og institusjonsregion i 2007. Prosent.

ICD-10 kapittel	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Totalt	
					Antall	Prosent
Kapittel I	0,5	0,4	0,7	0,6	172	0,5
Kapittel II	4,0	7,1	2,3	1,1	1 182	3,7
Kapittel III	-	0,2	0,2	0,1	28	0,1
Kapittel IV	9,3	8,0	6,2	3,5	2 530	7,9
Kapittel V	2,2	2,5	1,3	3,0	689	2,2
Kapittel VI	7,2	2,5	5,8	4,7	1 950	6,1
Kapittel VII	0,2	-	0,1	0,1	47	0,1
Kapittel VIII	1,8	-	0,1	0,7	368	1,2
Kapittel IX	10,2	14,3	15,0	8,0	3 588	11,2
Kapittel X	1,4	4,0	6,7	2,6	883	2,8
Kapittel XI	1,1	1,6	0,8	0,3	326	1,0
Kapittel XII	0,3	1,3	0,4	0,9	166	0,5
Kapittel XIII	45,8	45,1	40,8	54,6	14 652	45,9
Kapittel XIV	0,3	0,7	0,4	0,1	111	0,3
Kapittel XV	-	-	-	0,1	7	-
Kapittel XVI	-	0,5	0,1	0,1	28	0,1
Kapittel XVII	0,6	0,2	0,3	1,0	177	0,6
Kapittel XVIII	0,7	1,0	1,5	1,3	303	0,9
Kapittel XIX	10,1	10,5	10,7	11,5	3 318	10,4
Kapittel XX	-	0,1	0,1	-	10	-
Kapittel XXI	1,6	0,1	1,3	1,4	425	1,3
Mangler	2,6	0,1	5,4	4,4	968	3,0
Totalt	18 838	3 571	5 670	3 849	31 928	100

(Kilde: Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

Kapittel I Visse infeksjonssykdommer og parasittsykdommer	Kapittel XII Sykdommer i hud og underhud
Kapittel II Svalster	Kapittel XIII Sykdommer i muskel/skjelettsystem
Kapittel III Sykdommer i blod og bloddannende organer	Kapittel XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer
Kapittel IV Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer	Kapittel XV Svangerskap, fødsel og barseltid
Kapittel V Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser	Kapittel XVI Visse tilstander som oppstår i perinatalperioden
Kapittel VI Sykdommer i nervesystemet	Kapittel XVII Medfødte misdannelser, deformiteter
Kapittel VII Sykdommer i øyet og øyets omgivelser	Kapittel XVIII Symptomer, tegn, unormale kliniske funn
Kapittel VIII Sykdommer i øre og ørebensknute	Kapittel XIX Skader, forgiftninger
Kapittel IX Sykdommer i sirkulasjonssystemet	Kapittel XX Ytre årsaker til sykdommer, skader og dødsfall
Kapittel X Sykdommer i åndedrettssystemet	Kapittel XXI Faktorer som har betydning for helsetilstand
Kapittel XI Sykdommer i fordøyelsessystemet	

Neste tabell viser utviklingen for de fem største brukergruppene i 2007 sammenlignet med tilsvarende i 2005.

Diagnose	2005	2008
Muskel og skjelett inkl smerte	50 %	46 %
Sirkulasjonssykdommer	11 %	11 %
Skader	10 %	10 %
Endokrine sykdommer – diabetes, overvekt	3 %	8 %
Sykdommer i nervesystemet	4 %	6 %

(Kilde: Aktivitetsdata fra NPR 2005 og 2008)

Når man henter ut data på undergrupper til disse kategoriene, viser dette at over halvparten av "muskel/skjelett" er artroser. Hjertelidelse utgjør over halvparten innen sirkulasjonssykdommer, mens om lag en tredjedel dreier seg om hjernekarlidelser. Halvparten av oppholdene som er kodet under skader, er kategorisert under "hofter, lår, kne og legg". Overvekt utgjør 85 % innen endokrine sykdommer mens diabetes utgjør 11 %. Detaljerte data for undergruppene følger som vedlegg nr. 4.

Aldersfordelingen i brukergruppene er følgende:

Tabell 3.1 Andel kvinner og gjennomsnittlig alder, etter institusjonsregion. 2007

Institusjonsregion	Andel kvinner	Gjennomsnittsalder	Totalt antall
Helse Sør-Øst	67,5	62	18 838
Helse Vest	65,2	66	3 571
Helse Midt-Norge	63,0	66	5 670
Helse Nord	63,8	60	3 849
Totalt	66,0	63	31 928

(Kilde: Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

Tabell 3.2 Kjønn- og aldersfordeling og oppholdstid, etter institusjonsregion. 2007

	Andel kvinner	Median alder	Median Oppholdstid	Antall opphold
Opptrening	66,8	66	21	29 851
Helsesport	48,4	37	22	1 276
Attføring	62,2	47	28	801

(Kilde: Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

8.2 Kommunehelsetjeneste eller spesialisthelsetjeneste?

8.2.1 Rehabilitering eller opptrening?

Til tross for at institusjonene har vært igjennom en omstilling etter at de regionale foretakene overtok finansieringsansvaret, er det fortsatt grunn til å tro at det er et visst volum av "enkel opptrening" både innen området muskel/skjelett og skader. Med "enkel opptrening" menes oppøving av funksjoner hvor det ikke er behov for sammensatte tjenester av betydelig omfang. Det er vanskelig å vise til eksakte tall her, men noen faktorer kan være indikasjoner på at så er tilfelle.

Gjennomgangen av bemanningen viser variasjoner mellom institusjonene, jfr. kapittel 7. Det kan se ut som om grunnbemanningen på pleiesiden til dels er tilpasset en forutsetning om selvhjulpenhet. Tallene om bruk av individuell plan, hvor dette for en

stor gruppe rapporteres som "uaktuelt", kan også være indikasjon på at brukergruppen ikke har sammensatte behov, selv om det må tas forbehold om mulige unøyaktigheter i rapporteringen, jfr. kapittel 5.3. Arbeidsgruppen mener at aktiviteten på de private institusjonene må dreies til å omfatte rehabilitering, og at "enkel opptrening" må ivaretas på kommunenivå.

8.2.2 Hvor går grensen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Det er mange som har forsøkt å komme frem til et mer tydelig skille mellom hva som er rehabilitering på kommunenivå og hva som er rehabilitering på spesialisthelsetjenestenivå. I kapittel 4 henvises det til Forskrift om habilitering og rehabilitering og hvor det i § 15 står at spesialisthelsetjenesten skal ivareta oppgaver som krever "spesialisert tilrettelegging". I kommentarene til forskriften sies det 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."* Videre gis det blant annet følgende beskrivelse av 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.
- *"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."*

(kommentar til Forskrift om habilitering og rehabilitering § 15)

Fra kommentarene i forskriften kan man trekke ut tre sentrale faktorer som må vurderes for å avgjøre om det dreier seg om tjenester på spesialistnivå:

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

Heller ikke dette fører frem til noe tydelig definert skille. Dette må løses 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."*

(kommentar til Forskrift om habilitering og rehabilitering § 12)

8.2.3 Fra opptreningsinstitusjoner til rehabiliteringsinstitusjoner

Som en følge av at institusjonene skal yte tjenester på spesialisert nivå, med de kjennetegn som er beskrevet ovenfor, er det mangelfullt å omtale dem som opptreningsinstitusjoner. Opptrening er riktig nok en av komponentene i tilbudet, men det er ikke dekkende for virksomheten som helhet. De fleste institusjoner har også endret navn til rehabiliteringsinstitusjoner. Institusjoner som ikke har gjort dette, bør vurdere navneendring som ledd i å tydeliggjøre sin rolle. Nasjonale myndigheter må også endre sin omtale av institusjonene på dette området.

8.3 Kunnskap om behov

8.3.1 Tilbud skaper etterspørsel

Det finnes kunnskap om hvem som har et tilbud på disse institusjonene i dag. I det øyeblikk en oppretter et tilbud, blir det også mulig å registrere ventelister og kartlegge etterspørsel. Man må derfor være forsiktige med å konkludere om behov ut fra slike registreringer, fordi det ikke fanger opp de som ikke har noe tilbud. I den forstand er det også viktig å vite hva man ikke vet.

I forbindelse med anbudsprosessen i regionene gjøres det kontinuerlige vurderinger i forhold til behov. Dette er beskrevet i regionale rehabiliteringsplaner og særskilte kartlegginger.

8.3.2 Mangelfullt kunnskapsgrunnlag

Det er likevel bred enighet om at kunnskapsgrunnlaget for å kunne fastslå behov for rehabilitering, både på kommune- og spesialisthelsetjenestnivå, er mangelfullt. Det har også sammenheng med mangel på kunnskap om effekten av tiltak. Problemet med å få oversikt kan også delvis forklares ut fra rehabiliteringsfeltets egenart ved at det ikke handler om enkelttjenester, men om flere målrettede tiltak i en helhetlig prosess. Et tjenesteapparat bestående av tildels fragmenterte og enkeltstående tilbud, vil ofte ikke ha kompetanse til å fange opp kompleksiteten utover det som er ens eget område.

Arbeidsgruppen vil påpeke at det trengs et grundig arbeid både gjennom systematisk kartlegging og forskning. Behovene endres i takt med forskning og samfunnsutvikling, og det er behov for systemer som kan fange opp dette kontinuerlig. Informasjon fra IPLOS, som nå er tatt i bruk i kommunene, må stå sentralt i denne sammenhengen. IPLOS er et nasjonalt helseregister med data som beskriver bistandsbehovet til de som søker om eller mottar kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som ytes. IPLOS skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren og vil derfor være en viktig kilde til informasjon.

De neste avsnittene i dette kapitlet viser noen eksempler på tilnæringsmåter for å belyse spørsmål om forholdet mellom tilbud og behov. Det presiseres igjen at dette på ingen måte gir uttømmende svar.

8.3.3 Mottakere av rehabiliteringspenger – NAV

En vinkling er å ta utgangspunkt i antall mottakere av stønader fra NAV. I en undersøkelse gjennomført av Nord-Trøndelagsforskning (NTF) presentert i rapporten "Gått ut på dato" i 2005, er det tatt utgangspunkt i mottakere av rehabiliteringspenger. Retten til rehabiliteringspenger inntre når en person har vært sykmeldt mer enn 52 uker, og har mistet retten til sykepenger. Problemstillingen som ble reist, var hvorfor

så få av disse kommer tilbake i arbeid, og hva som skal til for å motvirke dette. Det fremheves flere årsaksfaktorer, men mangel på lavterskeltilbud, manglende fokus på arbeidsressurser den tid en mottar ytelsene og mangel på målrettede tiltak. Det fremheves at en god del av stønadsmottakerne ikke opplevde at de ble involvert og aktive i rehabiliteringstiltak for å komme tilbake til arbeidslivet. Under halvparten av rehabiliteringspengemottakerne (47,2 %) opplevde ikke at behandlingen fra helsevesenet har vært aktiv med sikte på å bedre arbeidsevnen (Hedlund, Wendelborg, Brataas, Landstad, 2005).

I perioden 2006 til 2008 har det vært liten endring i antall mottakere av rehabiliteringspenger. Det har beveget seg fra i overkant av 44 000 i 2006 til vel 44 700 i 2008 (www.nav.no). Dette er personer som er ute av arbeidslivet i en lengre periode på grunn av funksjonsproblemer. Hvis en ser dette opp mot resultatene fra NTF sin undersøkelse, er det grunn til å tro at det ligger et betydelig potensial i økt grad av aktiv rehabilitering med brukers egen medvirkning for denne gruppen.

8.3.4 Rehabiliteringsbehov hos unge uføretrygdede

En undersøkelse gjennomført av Sintef Helse på vegne av Helsedirektoratet så på behovet for rehabilitering hos mottakere av uføretrygd mellom 18 og 29 år. Undersøkelsen bygger på besvarelse fra 471 respondenter av 1995 forespurte. Lav svarprosent fordrer forsiktighet i tolkningene, men det gir allikevel noen indikasjoner.

Kartleggingen viser at få unge uføre har bevegelsesproblemer, mens de *har "størst problemer knyttet til å "Gå på skole og studere", "Skaffe seg jobb", "Være i jobb og beholde den" samt å "Håndtere inntekter og utgifter" (Hem, Hellum Braathen, Skøien, 2007). I denne sammenhengen er det interessant å merke seg at tjenester fra opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner rapporteres å være blant de største udekkede behovene.*

Undersøkelsen viser også at fastlegen sto for vurdering av arbeidsevnen i 54 % av tilfellene. Selv om det på dette spørsmålet var mulig å krysse av for flere alternativer, var det betydelig lavere score for andre aktører. Det kan tyde på at det for et betydelig antall mangler en tverrfaglig funksjonskartlegging.

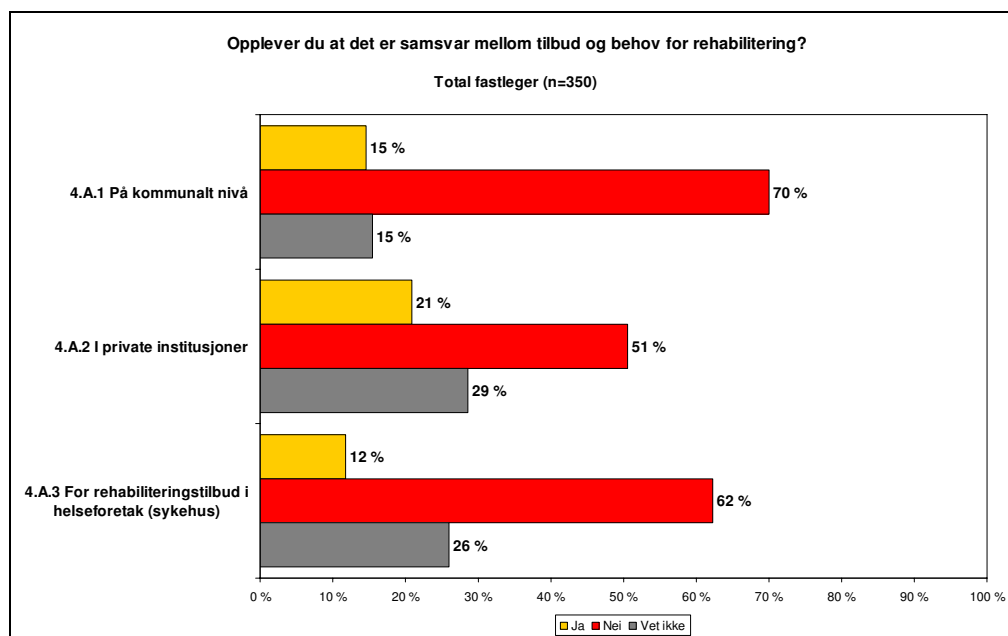
Pr. 30.06.08 var det ca. 7 500 uføretrygdede mellom 18 og 29 år. Dette tallet har holdt seg relativt stabilt de fem siste årene. Totalt antall på uføretrygd var 295 000 på samme tidspunkt, og her er det en svak nedgang i samme tidsperiode.

Denne undersøkelsen viser at uføretrygding hos denne gruppen i liten grad er begrunnet i funksjonsproblemer. Man kan anta at det handler om sammensatte behov i forhold til å mestre livets utfordringer. I den forbindelse kan det også være særlig relevant å påpeke behov for tverrfaglig vurdering.

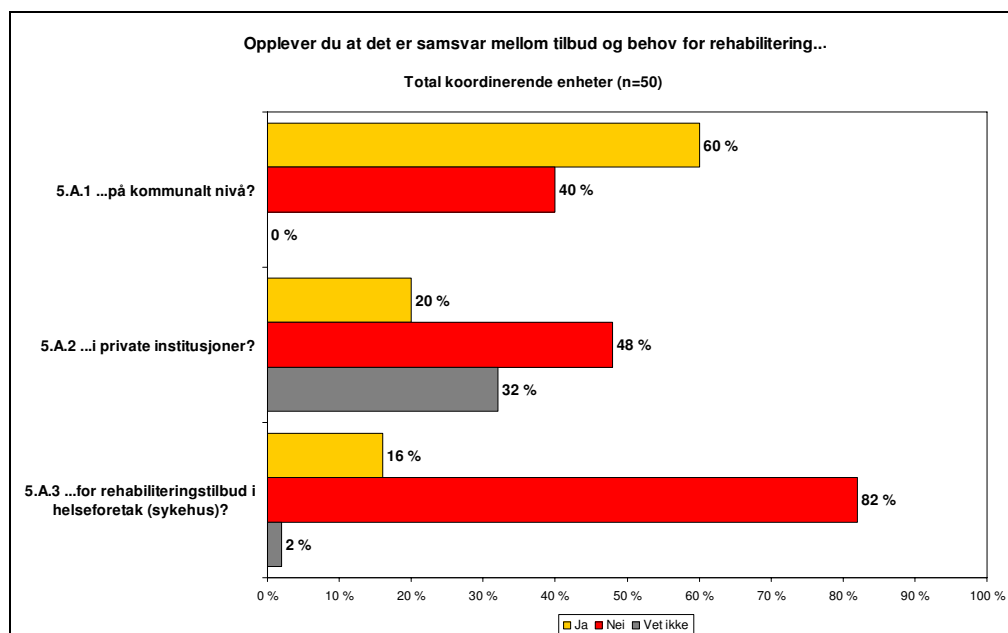
8.3.5 Synovate-undersøkelsen

I Synovate-undersøkelsen gis det en utvetydig tilbakemelding fra fastleger og kommunale koordinerende enheter om manglende samsvar mellom behov og tilbud. Det gir et bilde av hvordan dette oppleves av kommunale aktører som er i daglig kontakt med brukergrupper. Det kan imidlertid se ut til at de koordinerende enhetene i liten grad forholder seg til de private rehabiliteringsinstitusjonene, bedømt ut fra mange "vet ikke"- svar.

I henhold til det som er beskrevet tidligere om at disse aktørene ikke er tilfreds med informasjon om tilgjengelige tilbud, jfr. kapittel 5, må man også ta forbehold om hvorvidt mangel på kunnskap også slår ut i forhold til spørsmål om behov. 62 % av fastlegene og 82 % av koordinerende enheter svarer at det er manglende samsvar mellom tilbud og behov i helseforetak/sykehus. Et spørsmål som kan være relevant i denne sammenhengen, er i hvilken grad de er kjent med at institusjonene har tilbud på spesialisthelsetjenestenivå.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

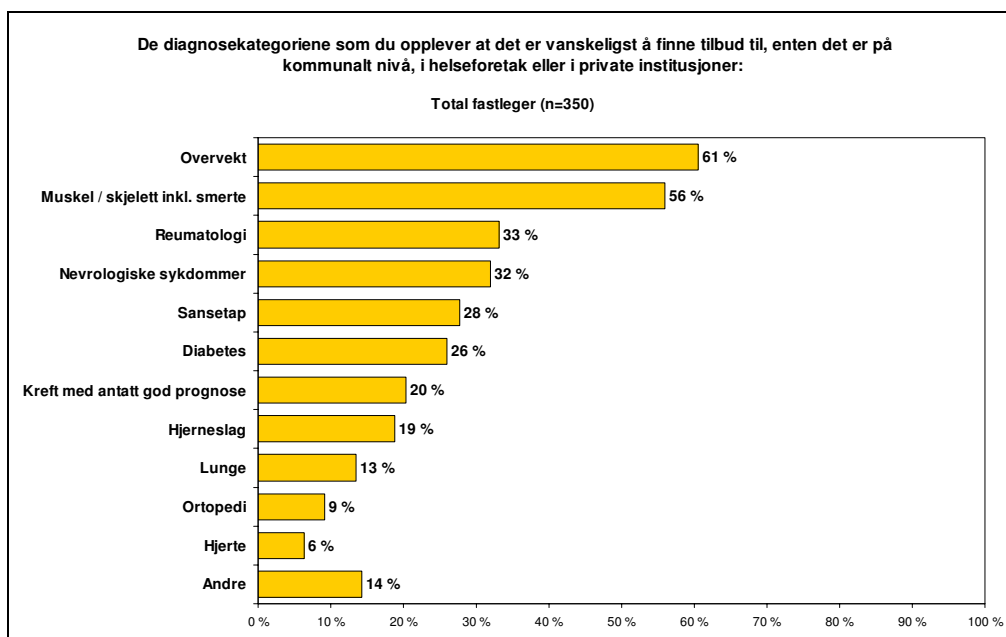


(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

På spørsmål om diagnoser som det er vanskelig å finne tilbud til, er det tydelig at det er flere store grupper hvor de opplever manglende tilbud. Overvekt, nevrologi inkludert hjerneslag, sansetap, muskel/skjelett-sykdommer, revmatologi er de største gruppene både hos fastlegene og koordinerende enheter. Resultatene av denne

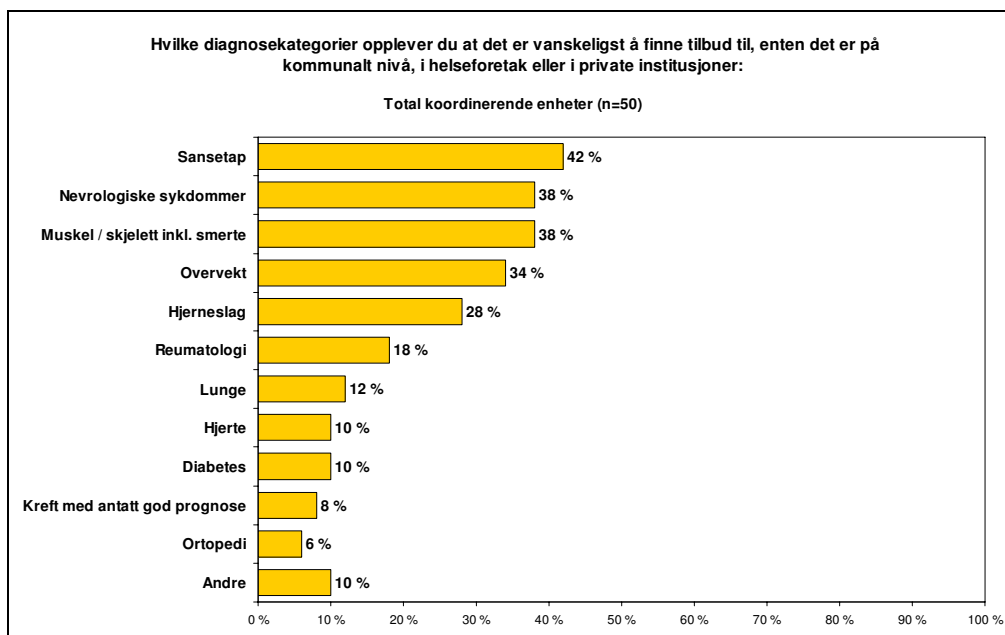
delen av undersøkelsen kan gi indikasjon på grupper som bør vies større oppmerksomhet. Dette er imidlertid grupper som er så store at man ikke kan imøtekomme behovet uten at kapasiteten totalt økes, med mindre man skal nedprioritere andre grupper.

I denne vurderingen må man også inkludere spørsmål om hva som skal gis på kommunalt nivå og hva som skal gis i spesialisthelsetjenesten. Tabellen i kap 8.1 viser at brukere med sykdommer i muskler og skjelett belegger nær halvparten av plassene i de private institusjonene. Imidlertid utgjør nevrologifeltet bare 6 % av dagens brukergrupper, mens dette behovet vektet høyt i undersøkelsen. Hvis man slår sammen besvarelsene for diagnosegruppene nevrologi og hjerneslag, gir dette en tydelig melding fra fastleger og koordinerende enheter i kommunene om mangler til denne gruppen. En stor del av nevrologipasientene har behov med høy grad av kompleksitet. Mer om dette under pkt. 8.3.6.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

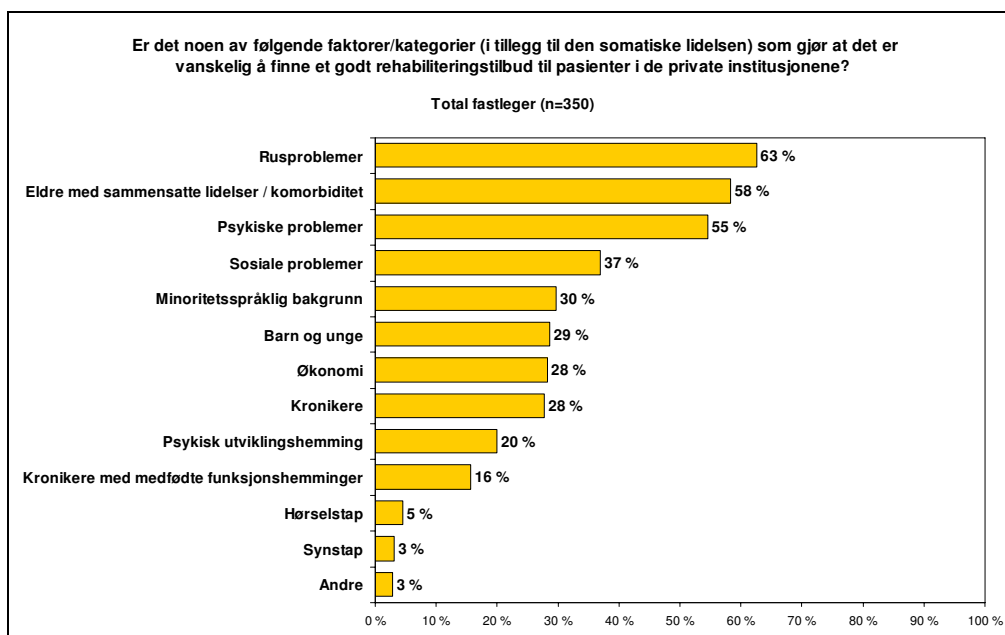
Ved å sammenligne besvarelsene er det interessant å legge merke til at sansetap topper listen fra koordinerende enheters besvarelser mens fastlegene plasserer det på femteplass. Dette er grupper hvor rehabiliteringstilbud er nærmest fraværende.



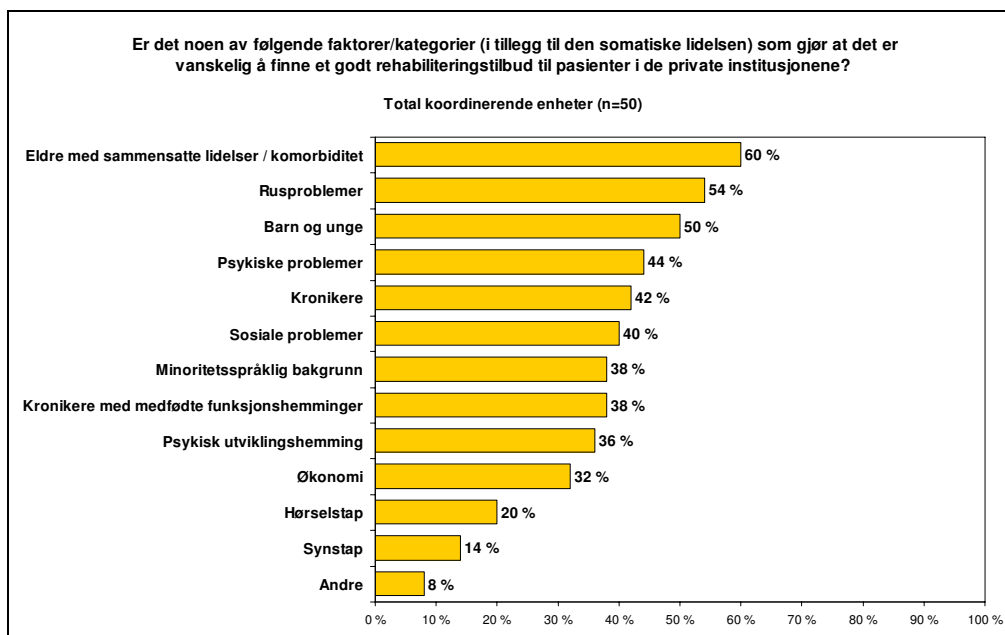
(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

Synovate-undersøkelsen stilte også spørsmål om hvorvidt det er tilleggsfaktorer i tillegg til selve diagnosen som gjør det vanskelig å finne rehabiliteringstilbud. Respondentene svarer bekreftende på dette. Det er vanskelig å komme utenom det faktum at hvis man skal ta lik rett til rehabilitering på alvor, må man lage ordninger som fanger opp dem med spesielle behov og der det er rom for at noen oppgaver er spesielt kompetanse-, kostnads- og personellkrevende.

Komorbiditet, rusproblemer, psykiske og sosiale problemer kommer høyt opp på listen. Det samme gjør minoritetsspråklige samt barn og unge.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

8.3.6 Innspill fra nevrologifeltet

I mai/juni 2008 ble det foretatt en kartlegging av situasjonen for pasienter med kronisk sykdom i nervesystemet i regi av Helsedirektoratet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen for undersøkelsen var et brev fra Norsk nevrologisk forening til departementet hvor det uttrykkes bekymring for denne pasientgruppens manglende tilbud om spesialisert rehabilitering. Flere brukerorganisasjoner og kompetansesentre kom med innspill til dette.

Hovedkonklusjonen i tilbakemeldingene var at tilbudet oppleves som mangelfullt for flere av diagnosegruppene. Det fremheves behov for systematisk utvikling av tilbud både lokalt og sentralisert, og at det legges vekt på samhandling mellom nivåene. Det problematiseres at rehabiliteringstilbud ekskluderer brukere som ikke er selvhjulpne i dagliglivets gjøremål. En stor del av denne brukergruppen vil ha behov for slik hjelp. Parkinsonforbundet sier også at mange mister sin fysiske behandling når de flytter på sykehjem, og at dette er særlig sårbart for denne gruppen. Dette er også pasienter som fastlegene har relativt liten kompetanse i forhold til. Det henvises til at en fastlege i gjennomsnitt har 1,5 pasienter med parkinsonisme til enhver tid. For flere av gruppene etterlyses det tilbud tilpasset yngre brukere. Nevrologiske sykdommer har i mange tilfeller progredierende forløp. Det påpekes også at flere må få utarbeidet individuelle planer som verktøy i den tverrfaglige samhandlingen da dette også kan fange opp livsløpsperspektivet.

Det bør vurderes å utvikle kompetanse og øke kapasiteten for brukergrupper med nevrologiske sykdommer. Sammenlignet med behov og kompleksitet utgjør de en uforholdsmessig liten del av dagens tilbud.

8.3.7 Høyspesialiserte tilbud til små grupper

En annen sentral vurdering er å se på om det bør utvikles tilbud til noen utvalgte grupper under kategorien "sjeldne tilstander". Dette er små grupper hvor det ofte kreves spesialkompetanse som det ikke vil være naturlig å utvikle på mange steder. Personer med Huntingtons sykdom er eksempel på en slik gruppe. Huntingtons

sykdom karakteriseres av forstyrrelser knyttet til motorikk (bevegelse), adferd (humør) og kognitive funksjoner (tenkning). Her foreligger det i tillegg forskning som viser effekt av intensiv rehabilitering, jfr. "Effekter av et intensivt rehabiliteringsprogram for pasienter med Huntingtons sykdom: en pilotstudie" (Paola Zinzi et al., *Clinical Rehabilitation* 2007; 21: 603-613.).

Førti pasienter i tidlig til midtre fase i sykdommen ble inkludert i studien. Programmet besto av fysio-, ergo- og språkterapi, samt respiratoriske (puste) og kognitive øvingsoppgaver. Behandlingen ble fordelt over perioder på tre uker med et intensivt regime på 44 timer i uka og ble repetert tre ganger i året. Studien gikk over to år.

Resultatene viser at pasientene opprettholdt og faktisk viste noe forbedring på alle ferdighetene. Vedlikehold av basale nivåer over en slik periode kan betraktes som et positivt resultat siden dette er en progredierende sykdom. Tverrfaglig rehabiliteringstilbud til denne gruppen, som til enhver tid består av ca. 250 pasienter i ulike faser, bør gis i spesialisthelsetjenesten. Dette er eksempel på tilbud som kan utvikles på få steder.

8.4 Fokusområder

- Det må kvalitetssikres at de tilbud som gis ved institusjonene er på et spesialisthelsetjenestnivå. Tilbud som ikke oppfyller disse kravene må fases ut.
- Mennesker med nevrologiske sykdommer er en stor gruppe i befolkningen. Mange av disse tilstandene kjennetegnes av sammensatte behov med relativt høy kompleksitet. Disse belegger en relativt liten del av institusjonenes samlede virksomhet i dag sett i forhold til brukergruppens størrelse. Det bør vurderes om ikke tilbudene til denne gruppen bør utgjøre en større andel i fremtiden. Tilsvarende bør det vurderes å redusere andelen innen muskel/skjelett som omfatter enkle tilstander.
- Barn og unge med rehabiliteringsgruppe har et svært begrenset tilbud ved institusjonene i dag. Det samme gjelder personer med sansetap. Disse gruppene bør vurderes ved utvikling av nye tilbud.
- Det må vurderes å bygge opp nasjonale eller flerregionale tilbud til brukergrupper med sjeldne tilstander med behov for spesialtilpassede tilbud på ett eller få steder hvor det utvikles tilpasset spisskompetanse.
- Det må utvikles kartleggingsredskaper som kontinuerlig fanger opp behov i befolkningen. Informasjon fra IPLOS i kommunene er ett viktig redskap i dette kombinert med kartlegging av sykdomsutvikling på diagnosenivå.
- Forskning for å påvise effekt av rehabiliteringstiltak er avgjørende for å kunne prioritere riktig, jfr. kapittel 7.
 - Analysere de 30 000 som blir uføretrygdet hvert år, og fokusere på aktiv rehabilitering.
 - Sykefraværsforskning.
 - Forskning knyttet til standardiserte forløp.

9 Likeverdige tilbud til brukerne

En viktig del av arbeidet har også vært å se på hvorvidt det er faktorer som gjør at tilbudet ved de private institusjonene er ulikt fra brukernes ståsted. Dette handler ikke om at alle tilbudene skal være identiske. Tvert imot skal institusjonene fremstå med et mangfold for nettopp å imøtekomme et vidt spekter av behov. Likeverdighet er ikke ensbetydende med likhet. Likeverdighet må være fundert på velferdssamfunnets grunnleggende prinsipp om at alle har samme rett til få sine behov dekket uavhengig av alder, kjønn, diagnose, bosted osv. I Soria Moria-erklæringen slår regjeringen fast at alle som trenger rehabilitering og opptrening, skal få det. Det skal ikke være utenforliggende forhold som hindrer eller skaper forskjeller i forhold til den enkelte persons muligheter til å få dekket sine behov.

9.1 Likhet uavhengig av bosted

9.1.1 Tilbud relatert til behov

Offentlige tjenester skal være tilpasset den enkeltes behov. En persons rettigheter innebærer i denne sammenhengen å ha rett til rehabilitering når behovet tilsier det. Begge tjenestenivåer i helsetjenesten har plikt til å yte denne tjenesten. Samtidig er det igjen viktig å presisere at rehabilitering er en prosess sammensatt av flere elementer. Å imøtekomme en persons rett til rehabilitering kan derfor gjøres på flere måter, men med den grad av fagkompetanse som behovet tilsier. Imidlertid skal det, som nevnt i kapitlet om brukermedvirkning, legges vekt på vedkommendes medvirkning i valg av tilbud, jfr. Pasientrettighetsloven § 3-1, innenfor rammen av det som er tilgjengelig og forsvarlig.

9.1.2 Forbruk på tvers av regiongrenser

Det er tidligere pekt på at de private institusjonene er geografisk skjevfordelt mellom regionene, jfr. kapittel 3. Det er også store variasjoner internt i regionene relatert til nærhet til tilbud. Dersom fysisk nærhet til tilbudene skal vektlegges, må man kunne slå fast at det er ulikheter landet sett under ett. Imidlertid kan plassene benyttes på tvers av regiongrenser uten at det blir gjenstand for gjestepasientoppgjør. Det vil si at bostedsregion ikke betaler for oppholdet til den regionen som har avtale med institusjonen. Tabellene nedenfor viser antall opphold blant befolkningen i de ulike regionene.

Tabell 2.1 Antall opphold i 2006 og 2007 etter pasientenes bostedsregion, samt prosentvis endring.

Bostedsregion	2006	2007	Prosentvis endring
	Antall opphold	Antall opphold	
Helse Sør-Øst	14 437	17 279	19,7
Helse Vest	4 534	4 943	9,0
Helse Midt-Norge	5 098	5 509	8,1
Helse Nord	4 356	4 196	-3,7
Totalt	28 425	31 927	12,3

(Kilde: Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

Når dette knyttes til befolkningstall, fremkommer det følgende forbruk målt i antall opphold pr. 1000 innbyggere i regionene:

- Helse Nord : 9,0
- Helse Midt-Norge : 8,4
- Helse Sør-Øst : 6,6
- Helse Vest : 5,1
- Norge : 6,7

Disse tallene avkrefter at det er befolkningen i Helse Sør-Øst, med størst tetthet av institusjoner, som bruker tilbudet mest. Det kan være en indikator på at geografisk nærhet ikke er avgjørende for om tilbudene benyttes. Neste tabell viser forbruket på tvers av helseregioner.

Tabell 2.2 Antall opphold på private rehabiliteringsinstitusjoner fordelt etter bosteds- og behandlingsregion. Antall opphold og prosent. 2007

Bostedsregion	Institusjonsregion									
	Helse Sør-Øst		Helse Vest		Helse Midt-Norge		Helse Nord		Totalt	
	Opphold	Prosent	Opphold	Prosent	Opphold	Prosent	Opphold	Prosent	Opphold	Prosent
Helse Sør-Øst	17 033	98,6	33	0,2	188	1,1	25	0,1	17 279	100
Helse Vest	1 179	23,9	3 516	71,1	232	4,7	16	0,3	4 943	100
Helse Midt-Norge	369	6,7	8	0,1	5 103	92,6	29	0,5	5 509	100
Helse Nord	257	6,1	13	0,3	147	3,5	3 779	90,1	4 196	100
Total	18 838	59,0	3 570	11,2	5 670	17,8	3 849	12,1	31 927	100

(Kilde: Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

Helse Vest har den største andelen med 29 % som benytter tilbud i andre regioner. For de øvrige regioner benytter fra 90 – 98 % tilbud i egen region. Vestfold fylke i Helse Sør-Øst har ikke rehabiliteringssentre, og i Rogaland i Helse-Vest er det få plasser. Fra Rogaland er det en betydelig pasientstrøm til institusjonene i Helse Sør-Øst. Også fra Vestfold går en stor del til institusjoner i samme region.

For øvrig må det også presiseres at selv i Helse Sør-Øst med størst tetthet av institusjoner kan man ikke velge fritt ut fra geografiske preferanser. Ytelsesavtalene regulerer en fordeling av hvilke diagnoser og funksjonsområder den enkelte institusjon skal utvikle tilbud til. Noe av bakgrunnen for dette er at institusjonene skal utvikle kompetanse innen avgrensede områder. Alle skal ikke kunne alt.

9.1.3 Tilbud som kun gjelder den regionen som har inngått avtale

Som nevnt i pkt 3.1.2 er det noen av institusjonene hvor tilbudet kun avgrenses til å gjelde den regionen som har inngått avtalen. Disse ligger i Helse Sør-Øst og er Røysumtunet, Eiksåsen, MS-senteret Hakadal, PTØ-senteret, Norsk diabetikersenter og Conrad Svendsen senter. Andre regioner har i liten grad inngått avtaler med disse sentrene, men benytter de ved behov. Disse har tidligere vært tilknyttet fylkeskommunen, og det har følgelig aldri vært egenandeler ved disse sentrene. Mer om dette under kap. 9.5.

9.1.4 Ulikhet i tilbud avhengig av bosted?

Kartleggingen av kapasiteten ved institusjonene som er beskrevet i kapittel 3, viser at det også er ledig romkapasitet ved institusjonene i regioner med mindre institusjonstetthet. I Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt-Norge er det mellom 50 – 70 plasser ledig etter at institusjonene også har solgt plasser til NAV og andre. Dette beror på en skjevfordeling mellom regionene når det gjelder midler til kjøp av plasser,

jfr. pkt. 3.1.2. Magnussenutvalget har påpekt dette og kommet med forslag til omfordeling mellom regionene (NOU 2008:2). Et første skritt i denne prosessen er foreslått i statsbudsjettet for 2009 (Ot.prp. nr. 1, 2008-2009), hvor de øvrige regionene gis økte rammer, mens Helse Sør-Øst beholder nåværende nivå.

I hvilken grad innebærer den geografiske skjevfordelingen et problem? Betyr det at de som bor i noen deler av landet får et dårligere tilbud, eller dekkes behovene på andre måter, eksempelvis gjennom tilbud ved lokalsykehus, lærings- og mestringssentra med mer? Kvalitative undersøkelser blant befolkningen kunne eventuelt ha gitt mer fullstendige svar på dette. Det som i alle fall kan fastslås av forbrukstallene, er at geografisk avstand ikke er et absolutt hinder. Men i hvor stor grad det oppleves som en ulempe, og hvorvidt det medfører at noen ikke får tilbud som de burde fått, har arbeidsgruppen ikke kunnskap om. Man kan likevel anta at flere plasser i Helse Vest ville påvirket forbruket av tjenester og eventuelt også bruk av institusjoner i andre regioner. Fritt institusjonsvalg, som foreslått i kapittel 5, vil etter arbeidsgruppens mening bidra til et mer likeverdig tilbud.

9.2 Kriterier for å få rehabiliteringstilbud ved institusjonene

9.2.1 Rett til helsehjelp og rett til prioritert/nødvendig helsehjelp

Tildeling av plasser ved institusjonene skjer gjennom vurdering av den enkeltes behov for helsehjelp, og i denne sammenhengen, behov for rehabilitering i forhold til forventet nytte av tilbudet. Dette er lovregulert i spesialisthelsetjenesteloven og pasientrettighetsloven. Lovgivningen gir vilkår som må være oppfylt for at en pasient skal ha rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Ved rett til nødvendig helsehjelp skal det settes en frist for når helsehjelpen skal være gitt. Dette er imidlertid ikke ensbetydende med at de som ikke innvilges slik rett ikke skal ha et tilbud:

"Selv om pasienten ikke har rett til nødvendig helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd, har det regionale helseforetaket plikt til å sørge for et tilbud av spesialisthelsetjenester til beboerne i helseregionen, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. Pasienter som faller utenfor bestemmelsens kriterier skal med andre ord også tilbys helsetjenester. De skal imidlertid prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp" (Rundskriv IS-12/2004).

Prioriteringsforskriften, som trådte i kraft i 2001, gir nærmere retningslinjer om dette. I tillegg utvikles det nå prioriteringsveiledere i regi av Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene.

9.2.2 Hvem avgjør rett til helsehjelp?

I 2007 var det 58 % av pasientene som ble tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Samtidig er det også 17,6 % som svarer "vet ikke".

Tabell 3.5 Rett til nødvendig helsehjelp per institusjonsregion i 2006 og 2007. Prosent

Institusjonsregion	Uten rett		Med rett		Vet ikke		Mangler	
	2006	2007	2006	2007	2006	2007	2006	2007
Helse Sør-Øst	32,9	22,4	36	56,4	27,5	21,2	3,6	-
Helse Vest	6,5	0,4	21,3	32,3	72,2	67,2	-	0,2
Helse Midt-Norge	3,5	5	96,4	88,2	-	0,2	-	6,7
Helse Nord	27,9	51,7	33,8	45,5	38,3	2,7	-	-
Totalt	23,8	20,4	44,9	58	29,2	17,6	2,1	1,2

(Kilde: Norsk pasientregister, se pkt 2.4.3)

Praksis i dag er at henvisningene håndteres ut fra to hovedkategorier:

1. De som kommer fra andre deler av spesialisthelsetjenesten (sykehus og poliklinikker med mer). For disse er det i prinsippet henvisende instans som avgjør retten til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og disse henvises direkte til institusjonene.
2. De som henvises fra fastleger og privatpraktiserende spesialister. Her er det ulik praksis helseregionene imellom. Helse Øst etablerte en sentral enhet for rehabilitering (SeR) på Sunnaas sykehus HF som vurderer henvisninger fra fastlegene. Denne ordningen skal evalueres i 2009. I øvrige helseregioner, inkludert tidligere Helse Sør, er vurderingen av rett til helsehjelp delegert til institusjonene i henhold til avtale.

Arbeidsgruppen vil påpeke at ulik praksis på dette området kan føre til ulik rettighetstildeling og ulik prioritering. Dette er et sentralt område hvor det må utvikles felles tilnærming og kriterier på tvers av regiongrenser for å sikre likebehandling. Avsnitt 10.7.3 viser eksempel på en lokalt utviklet modell i Nord-Trøndelag, som implementeres fra januar 2009, hvor henvisninger fra fastleger og helseforetak skal sikres lik behandling gjennom en sentralisert vurdering.

Arbeidsgruppen vil videre i dette kapitlet peke på særlige forhold som må vektlegges for å sikre likeverdighet.

9.2.3 Generelle krav

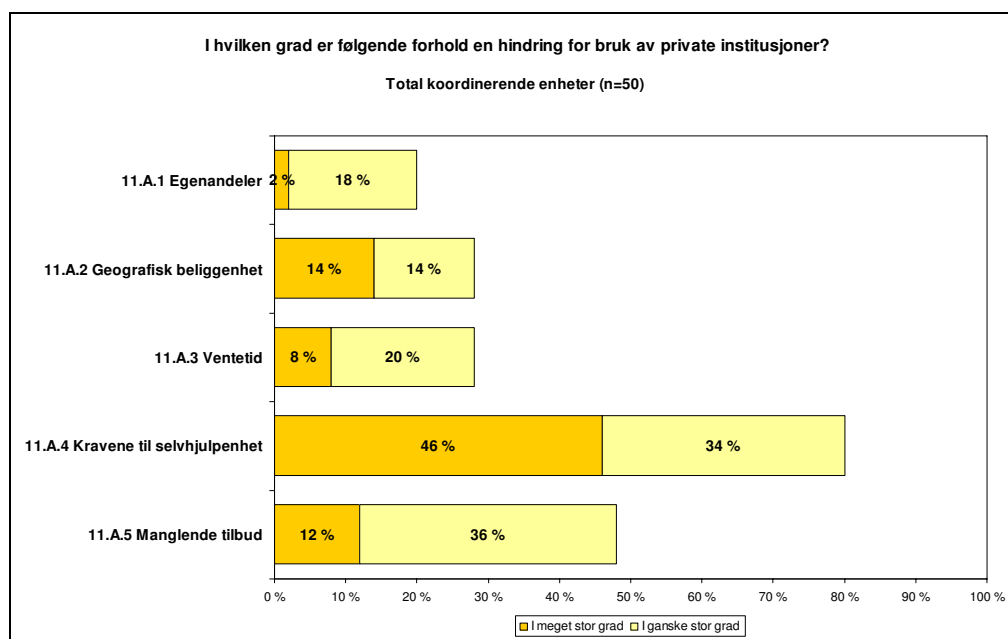
Inntaket til de private institusjonene skal være rettferdig. Inntakskriterier må være samstemte på tvers av helseregioner. Utover dette kan det imidlertid utformes spesielle kriterier knyttet til ulike tilbud og rehabiliteringsprogrammer. Arbeidsgruppen mener at inntakskriteriene bør være samstemte blant annet i forhold til følgende:

- Krav til rehabiliteringspotensial – pasienten skal kunne nyttiggjøre seg oppholdet
- Krav til optimal medvirkning
- Henvisningen skal inneholde mål for oppholdet
- Oppholdet ses fortrinnsvis som ledd i individuell plan / helhetlige forløp

9.2.4 Krav til "selvhjulpenhet"?

I dette avsnittet vil arbeidsgruppen i tillegg presisere en faktor som ikke skal gjelde som et generelt krav for å få plass på privat rehabiliteringsinstitusjon. Da institusjonene drev sin virksomhet etter "Forskrift om opptreningsinstitusjoner", hadde de ikke plikt til å ta imot pasienter med pleiebehov eller andre særskilte behov (Helsedepartementet 2002). "Selvhjulpenhet", som et krav for å "kunne komme på rehabilitering" eksisterer fortsatt i mange folks bevissthet til tross for at tilbudene i dag er en del av spesialisthelsetjenesten og ikke rekreasjonsopphold. Den nasjonale strategien sier også at institusjonene fortsatt i hovedsak yter tjenester til "pasienter som er selvhjulpne i det daglige, og der nærhet til et bredere medisinsk miljø ikke er avgjørende." (Ot.prp.nr. 1, 2007-2008). Behovet for hjelp til dagliglivets gjøremål skal ikke diskvalifisere i forhold til å få bistand til å bli selvhjulpen. Derfor vil arbeidsgruppen presisere at et generelt krav til selvhjulpenhet ikke harmonerer med et tilbud på spesialisthelsetjenestenivå. Imidlertid kan det være riktig å formulere noen krav til fysisk funksjon knyttet til enkelte spesifikke rehabiliteringsprogrammer.

Parkinsonforbundet sier i brev av 22.05.08 til Helsedirektoratet om rehabiliteringssituasjonen til mennesker med Parkinson, at de som trenger hjelp til ADL-funksjoner har få og dårlige tilbud. Synovate-undersøkelsen bekrefter at selvhjulpenskravet oppleves som et stort hinder også fra helsepersonell sitt ståsted. 46 % av de forespurte koordinerende enhetene sier at dette ”i meget stor grad” er en hindring (Synovate 2008). Arbeidsgruppens råd er at rehabiliteringsbehov, potensial og rettigheter skal være avgjørende faktorer, og at det er dette som utløser et ”sørge-for-ansvar”.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

Bemanningen ved institusjonene er økt siden 2005, jfr. pkt. 7.4.2. Økningen gjelder i hovedsak faggrupper knyttet til aktivitetsbaserte tiltak. Pleiefaglig bemanning er ubetydelig endret. Økningen i antall sykepleiere, hvis en ikke tar med de psykiatriske sykepleierne, utjevnes i stor grad av reduksjon i antall hjelpepleiere. Antall sykepleiere og hjelpepleiere (til sammen 240) sett i forhold til antall plasser med avtale (1602), viser en pleiefaglig dekning på 0,15⁸. I en henvendelse til to tilfeldig utvalgte rehabiliteringsavdelinger på helseforetaksnivå, oppgir disse en bemanningsfaktor for pleiefaglig personell på 1,08 og 1,1. Det er ikke realistisk at institusjonene skal opp på dette nivået. Det er likevel grunn til å stille spørsmål ved om ikke gapet er uforholdsmessig stort mellom to typer tilbud på spesialisthelsetjenestenivå, og hvorvidt institusjonene og RHFene har tatt konkrete grep for å løfte tjenestene til et høyere nivå på dette området. Dersom en slik økning ikke skal resultere i reduksjon i antall plasser, er det nødvendig med økte rammer til regionene.

I avtalene er det tatt med en bestemmelse om at henvisende instans kan inngå samarbeidsavtaler med institusjonene om mottak av opererte/behandlede pasienter som fortsatt har et ”hjelpe-/behandlingsbehov”. Man kan anta at bestemmelsen er ment å gjelde i situasjoner hvor institusjonene eksempelvis kan slutføre medisinsk behandling der dette er forsvarlig. Når det også er formulert som at vedkommende fortsatt kan ha et ”hjelpebehov”, fremstår dette som uklart. Rehabilitering med mål om selvhjulpenshet må forutsettes å ha utgangspunkt i et hjelpebehov.

⁸ Tallene er regnet ut fra 30 sammenlignbare institusjoner, jfr kap 7.

9.3 Ledsager og tolk

Spørsmål knyttet til finansieringsansvar for pasienter med behov for særlige tiltak ble besvart i et brev fra Sosial- og helsedirektoratet av 9. juni 2007. Brevet gjaldt forholdet mellom sykehus og kommuner, men definerer spesialisthelsetjenestens ansvar generelt og vil i denne sammenhengen også gjelde institusjonene. Brevet fastslår at som hovedregel skal spesialisthelsetjenesten dekke pasientenes behov i forbindelse med oppholdet. Videre sies det:

"Forsvarlighetskravet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4, jf. også bestemmelsene i pasientrettighetsloven kap. 3 om rett til medvirkning og informasjon, gir rettslig grunnlag for at også pasientenes særlige behov må ivaretas i forbindelse med sykehusinnleggelse. Det er det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion som skal dekke utgiftene, jf.

Spesialisthelsetjenesteloven § 5-2. I praksis er det helseforetaket som dekker alle utgifter forbundet med sykehusoppholdet"

(Brev til kommuner, fylkesmenn, RHF og HF, 09.07.07).

Ifølge Helsedirektoratet er det også foretaket med finansieringsansvar som også er ansvarlig for andre utgifter knyttet til behandlingen.

Når det gjelder utgifter knyttet til reise for ledsagere, er dette beskrevet i Syketransportforskriften §§ 9 og 10. Også dette er RHFenes ansvar, men inntil videre er det NAV som forvalter regelverket.

Også når det gjelder tolk, faller dette inn under institusjonens plikt til å dekke behov som er nødvendig for å kunne gjennomføre oppholdet/behandlingen. Det er institusjonens plikt å sørge for nødvendig tolk, mens økonomiske rammer må sikres gjennom avtalene.

Retningslinjer for dette er mangelfullt og varierende definert i anskaffelsesdokumentene. Arbeidsgruppen mener at praksis må være samordnet på dette feltet. Utgifter knyttet til dette må inkluderes i avtalene med regionene.

9.4 Varighet på opphold

Dette er et område med svært varierende praksis. Det gis også ulike signaler i anskaffelsesdokumentene fra de ulike helseregionene om oppholdstid. Noen har en generell formulering om at oppholdet skal vare fra 1-3 uker, mens ett av RHFene angir estimert oppholdstid i ytelsesavtalene relatert til ulike diagnoser. Her er det også tilføyd at det skal være avhengig av pasientens behov og i samsvar med faglige anbefalinger. Helseregionene har et uttalt mål om at oppholdene skal bli mer målrettede og med høyere kvalitet. Ett ledd i dette er en generell reduksjon i oppholdstid.

Aktivitetsdata for 2007 fra Norsk pasientregister, viser gjennomsnittlig oppholdstid for de fem største hoveddiagnosegruppene. Dette synliggjør store forskjeller mellom institusjonene. For pasienter med sykdommer i muskler og skjelett, som er den største brukergruppen, varierer gjennomsnittlig oppholdstid fra 14 til 28 dager. For sirkulasjonssykdommer er tilsvarende tall fra 14 til 32 dager. Dette kan imidlertid også forklares ut fra ulik kompleksitet innen gruppene. Gjennomsnittet for hele landet totalt var 21 dager (Norsk pasientregister, 2008, IS-1549).

Det kan se ut som det har utviklet seg lokale standarder fra institusjon til institusjon. Det er også eksempler på at sykehus gir "løfter" om en angitt oppholdslengde med utgangspunkt i dette.

Arbeidsgruppen har foreslått standardiserte forløp for noen pasientgrupper, jfr. kapittel 7. Dette kan være en måte å tilnærme seg problemstillingen på. Imidlertid må det tas høyde for individuelle tilpasninger. Første del av et opphold bør som hovedregel ha preg av en vurdering i forhold til å fastsette endelig oppholdslengde. Man må derfor på generelt grunnlag bevege seg bort fra å gi forhåndsløfter om varighet på opphold. Oppholdslengde må bestemmes ut fra faglige vurderinger.

9.5 Egenandeler

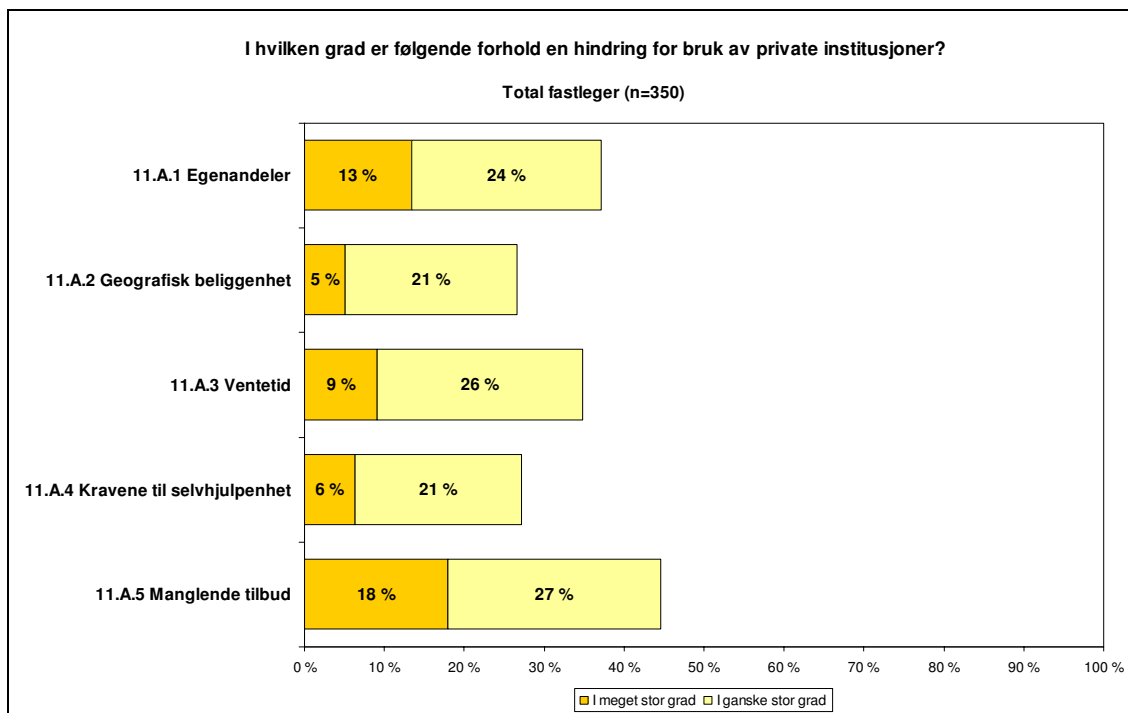
Reglene om egenandeler er ikke endret etter at finansieringsansvaret ble overført til de regionale helseforetakene. Her gjelder "Forskrift om pasienters betaling for opphold i opptreningsinstitusjoner og andre private rehabiliteringsinstitusjoner." Det innebærer at opphold ved en privat rehabiliteringsinstitusjon skiller seg fra øvrige døgnopphold i spesialisthelsetjenesten her. Egenandelen utgjør kr 120,- pr. døgn. Dette gjelder ordinære plasser som kjøpes av regionale foretak med unntak av de institusjonene som er godkjent som sykehus og "de fire spesielle" (Attføringsssentret i Rauland, Hernes institutt, helsesportssentrene Beitostølen og Valnesfjord). Institusjonene som er nevnt i pkt. 9.1.3 tar heller ikke egenandeler.

Det faktum at institusjonene i dag også selger plasser via andre statlige ordninger, skaper ytterligere ulikheter. En pasient som får opphold via ordningen "Raskere tilbake", og hvor institusjonen har avtale om dette med NAV, betaler ikke egenandel. Tilsvarende tilbud avtalt med RHF skal avkrevs egenandel. Tilbudet skal i begge tilfeller utformes ut fra individuelle behov for helhetlig rehabilitering og kan i prinsippet være likt. Oppholdet reguleres imidlertid med utgangspunkt i to ulike statlige regelverk.

Hvorvidt en pasient får rehabiliteringstilbud ved et lokalt helseforetak eller ved en privat institusjon, kan like gjerne være et resultat at den interne funksjonsfordelingen i spesialisthelsetjenesten så vel som vedkommendes behov. Det er i tilfelle urimelig at pasienter skal bære økonomiske konsekvenser av spesialisthelsetjenestens valg av organisering. Praksisen harmonerer heller ikke med målet om likeverdighet mellom aktører på samme tjenestenivå.

Et ytterligere eksempel på ulik praksis er at egenandeler fortsatt inngår i inntektsgrunnlaget for institusjoner som tidligere var finansiert gjennom Rikstrygdeverket og som nå er innlemmet i helseforetak.

Kravet om egenandel kan også medføre utilsiktede konsekvenser i form av sosial ulikhet i helse. En pasients økonomi må ikke være et hinder for å få døgnrehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Av fastlegene er det 37 % som sier at egenandeler er en hindring for å benytte tilbudet i "meget" og "ganske stor grad" (Synovate okt 2008). I svar på tilsvarende spørsmål til koordinerende enheter sier 20 % det samme, jfr. tabell pkt 9.2.4.



(Kilde: Synovate oktober 2008, jfr pkt 2.6.2)

Den departementsoppnevnte arbeidsgruppen som utarbeidet forslag til organisering og finansiering av institusjonene i forkant av overgangen fra Rikstrygdeverket til RHF, juni 2002, pekte også på denne problemstillingen. Den uttalte følgende:

”Dersom en kommer fram til en løsning der det regionale helseforetaket kjøper tjenester for å yte befolkningen nødvendig helsehjelp, og at disse tjenester blir å anse som spesialisthelsetjenester, vil det kunne utløse et press mot egenandelene. Pasientene/brukerne vil foretrekke tjenester som en ikke må betale egenandeler for, og det kan trolig oppleves som urettferdig at det skal betales egenandel for opphold når disse er i opptreningsinstitusjon, men ikke dersom opphold er i andre institusjoner som tilbyr spesialisthelsetjenester.”

Den konkluderer med at dersom institusjonene blir en del av tilbudet fra spesialisthelsetjenesten, må dette forholdet drøftes (Helsedepartementet 2002).

Arbeidsgruppen foreslår at regelverket må harmoniseres med øvrige døgntilbud i spesialisthelsetjenesten ved at egenandelene fjernes for opphold i privat rehabiliteringsinstitusjon. Det vil være en naturlig følge av at tilbudet er en del av spesialisthelsetjenesten. Økonomiske konsekvenser av å fjerne egenandelene synliggjøres i kapittel 11.

9.6 Fokusområder

- Det må utvikles felles veiledende inntakskriterier på tvers av helseregioner.
- Informasjon til befolkning og samarbeidspartnere må vektlegge at det er rehabiliteringsbehov og -potensial som skal være utløsende for rettighet.
- Det må tydeliggjøres at det ikke eksisterer et generelt krav om ”selvhjulpenhet”. Det må drøftes hvorvidt dagens pleiefaglige bemanning er tilstrekkelig for å tilby tjenester på spesialisthelsetjenestenivå.
- Bestemmelser knyttet til personer med ”ekstraordinære” hjelpebehov må gjennomgås og defineres.

- Det må være lik praksis i forhold til ledsager og tolk i alle regioner.
- Oppholdslengde må bestemmes ut fra individuelle behov og faglige anbefalinger.
- Egenandeler for spesialisthelsetjenester i privat rehabiliteringsinstitusjon fjernes.

10 Likeverdige rammebetingelser for de private institusjonene

10.1 Bakgrunn

Da anskaffelsene ble underlagt lov og forskrift om offentlig anskaffelse 01.01.2006, oppstod en ny situasjon – en konkurransesituasjon. Institusjonene og de regionale helseforetakene var forberedt på at avtalene fra 2007 skulle inngås etter regelverk om offentlige anskaffelser. Endringen kom imidlertid ett år tidligere enn forventet, jfr. pkt. 3.1.2, og det tok noe tid før de regionale helseforetakene (RHF) fikk klarsignal til å starte anbudsprosessen.

Dette representerte noe helt nytt både for bestillere og tilbydere. De regionale helseforetakene som bestillere måtte raskt utvikle bestillerkompetanse og kravspesifikasjoner innen rehabilitering for sine anskaffelser. Institusjonene på sin side måtte innen korte frister utvikle leverandørkompetanse, gi spesifiserte tilbud og prissette de ulike tjenestene. Både institusjonene og RHFene gir uttrykk for at dette har vært krevende prosesser. Som tidligere nevnt, skjedde endringen raskere enn det som først var vedtatt. Imidlertid var dette i tråd med ønsker fra en del av institusjonene. Likevel opplevde mange at det ble liten tid til omstilling og til å forholde seg til nye prosesser og krav. Det å skulle utforme tilbudsdokumenter i det omfang som dette fordret, var nytt og krevende. RHFene på sin side var underlagt rammebetingelser som gjorde at de ikke kunne starte prosessene så tidlig som de hadde ønsket.

En forutsetning for de nye avtalene som skulle gjelde fra 2006, og som var gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet til RHFene, var uendrede økonomiske rammer. Det ble samtidig tydeliggjort krav til at kvaliteten skulle heves til spesialisthelsetjenestnivå for samtlige anskaffelser. Et resultat var økning i kvalitet og kompetanse på bekostning av antall plasser. Rammeavtalenes lengde har til nå vært 1 – 2 år.

10.2 Likeverdighet

Hovedfokus i denne gjennomgangen er å sikre forutsigbarhet og likeverdighet i de private institusjonenes rolle og rammebetingelser. Konkurransen er i utgangspunktet sunt. Det setter fokus på kvalitet, kompetanse, god og effektiv drift. Det må imidlertid være en klar forutsetning at konkurransen skjer på like vilkår. Konkurransen mellom institusjonene er i mindre grad problematisk i denne sammenhengen. Denne kan løses gjennom felles krav og retningslinjer. Imidlertid er det grunn til å stille spørsmål ved likeverdigheten knyttet til offentlige aktører som eksempelvis helseforetak. Det må stilles tilsvarende krav til private og offentlige tjenesteytere.

Forholdet mellom offentlige og private er asymmetrisk. Institusjonene er avhengige av politiske beslutninger om at helsetjenester også skal ytes av private.

Leveringssikkerhet er et av momentene som vektlegges ved tildeling av avtaler. Dette krever forutsigbare rammebetingelser, og oppfyllelsen står og faller på de betingelser som det offentlige setter.

10.3 De regionale helseforetakenes anskaffelsespraksis

10.3.1 De regionale helseforetakene som bestillere

De regionale helseforetakene har både bestiller- og finansieringsansvaret for anskaffelsene fra de private institusjonene. Dette er pålagt RHFene av Stortinget og gjennom oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. I denne sammenheng er dette et ledd i "sørge-for"-ansvaret for rehabiliteringstilbud på spesialisthelsetjenestenivå til regionens innbyggere. Nærhet til tilbud er prioritert, og RHFene vil derfor primært kjøpe fra institusjoner i egen region. Anskaffelsesprosessene gjennomføres, som tidligere nevnt, etter reglene i lov og forskrift om offentlige anskaffelser.

Ifølge informasjon innhentet fra de regionale helseforetakene ble det fra 2007 med få unntak inngått nye avtaler med alle institusjonene. Prosessene knyttet til dette var forskjellige i de ulike regionene. Helse Vest gjennomførte konkurranse med forhandlinger og begrenset utlysning. Helse Nord gikk ut med konkurranse med forhandlinger og gjennomførte i den forbindelse flere møter med institusjonene i prosessen. Helse Midt-Norge hadde konkurranse med forhandlinger med ordinær utlysning. I Helse-Øst ble prosedyre for direkte anskaffelse anvendt i samsvar med den nye unntaksbestemmelsen. Det samme ble gjort i Helse Sør. Det ble ikke skilt mellom kommersielle og ideelle. Alt dette er innenfor rammen av anskaffelsesreglementet, men det hadde vært ønskelig om med mer enhetlige løsninger. Lokale forhold kan forsvare at det må være rom for enkelte forskjeller.

Ved tildeling av avtaler blir følgende elementer vektlagt: pris, kvalitet, innhold i tjenestene, tilgjengelighet og leveringssikkerhet.

10.3.2 Bruk av helse- og rehabiliteringsfaglig kompetanse

Ved utarbeidelse av kravspesifikasjoner og ved behov for fagkompetanse knyttet til å definere behov, har RHFene hentet fagpersoner fra egne helseforetak. Det er forsøkt å anvende fagkompetanse som i minst mulig grad har hatt selvstendige interesser i forhold til fordeling av midler.

Denne praksisen kan være problematisk fordi motstridende interesser i mange tilfeller nettopp ligger på fagpersonnivå. Arbeidsgruppen anbefaler at RHFene benytter fagpersoner fra andre helseregioner. Dette vil sikre større grad av uavhengighet og bidra til tillit i forhandlingssituasjonen.

10.3.3 Avtaleperioder

Avtalenes lengde drøftes i kapittel 10.4, men det er også en problemstilling knyttet til at avtaleperioder ikke er samordnet på tvers av regionene. Det vil si at prosessene gjennomføres til forskjellig tidspunkt og med ulike frister. For lang tid fra tilbudsfrister til forhandling skaper også unødvendig friksjon. En vinkling på dette er at det bør koordineres i tid mellom regionene og gjennomføres etter tilnærmet lik prosedyre.

Men hva om en institusjon ikke får solgt hele sin kapasitet til en helseregion? Like tidsfrister vil da hindre institusjonen i å tilby resterende plasser til en annen region. Da må institusjonen i tilfelle selge dette til andre aktører. Enda en problemstilling oppstår hvis en institusjon har avtale om 50 % til en region og resterende til en annen, og hvor disse har ulik utløpstid. Når den ene avtalen utløper, vil institusjonen dermed kunne ha problemer med å drifte den avtalen som fortsatt løper.

Disse forholdene skaper en uforutsigbarhet for institusjonene som ingen av partene ønsker. Arbeidsgruppen vil påpeke behov for en gjennomgang av praksis på tvers av regiongrenser for å sikre optimal grad av forutsigbarhet for institusjonene.

10.3.4 Kravspesifikasjon og rutiner for anskaffelsesprosessen

Et sentralt dokument knyttet til anskaffelsesprosess og avtaler er kravspesifikasjonen. Dette dokumentet legger premissene for de tilbud den enkelte institusjon utarbeider, som igjen legges til grunn for inngåelse av avtaler. Kravspesifikasjon må sikre at tilbyderne gis like betingelser. Det innebærer at det på sentrale områder, som for øvrig er berørt i øvrige kapitler i denne rapporten, må kravene være samordnet på tvers av regiongrenser.

Kravspesifikasjonen må være tydelig når det gjelder de ulike tjenestene som skal anskaffes. Eksempler på slike områder er kvalitet og kunnskapsutvikling, bemanning, behandlingsprogrammer, universell utforming og brukermedvirkning. Det må også tydeliggjøres hva slags type forhandlinger og prosesser man inviterer til.

For å sikre lik praksis på tvers av regioner, anbefaler arbeidsgruppen at det utvikles samordnede rutiner for anskaffelsesprosessen. Denne bør omhandle prosessen som helhet, tidsfrister, avtaler, kravspesifikasjon med mer utover det som reguleres i lov og forskrift. Den må også i størst mulig grad sikre felles tolkning av gjeldende regelverk. Dette oppdraget bør gis til helseregionene. Det forutsettes at dette skjer i samarbeid med institusjonene.

10.3.5 Bestillerkompetanse – tilbyderkompetanse – Hvordan bli bedre?

RHFene trenger god oversikt over behov slik at de kan tilby spesialisthelsetjenester tilpasset befolkningen og dermed oppfylle sitt "sørge-for"-ansvar. De anskaffelser som her omtales, foretas i egentlig forstand av RHFene på vegne av befolkningen. I tillegg til god kunnskap om regelverk og forvaltning handler god bestillerkompetanse om å vite noe om behov for tjenester. Kommunene ved fastlegene står for 43 % av henvisningene til de private rehabiliteringsinstitusjonene, jfr. kapittel 3.2.2. Resterende kommer fra sykehus, poliklinikker og øvrige spesialister. Kommunene er i Forskrift om habilitering og rehabilitering § 7 pålagt å ha en oversikt over helsetilstanden i kommunen for å kunne planlegge sine tjenester. En slik oversikt kvalifiserer også i høy grad til å gi innspill om behov som ikke kan dekkes av kommunens tjenester, men i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen foreslår at det enkelte RHF knytter til seg en rådgivende gruppe med representanter fra kommunene, NAV, brukerorganisasjonene og helseforetakene som kan gi innspill i arbeidet med kravspesifikasjon, behovsanalyser med mer. Det kan også vurderes å involvere gruppen i forbindelse med gjennomgangen av ytelsesavtalene med institusjonene.

På samme måte som bestillerkompetansen må videreutvikles, må også leverandørkompetansen ved institusjonene videreutvikles. Også her handler det om kunnskap i forhold til lovverk og forvaltning. Desto viktigere er imidlertid kompetansen til å gi gode beskrivelser av hva som tilbys.

10.4 Avtaler

10.4.1 Nåværende avtaler

De avtaletypene som foreligger i dag, er rammeavtaler og ytelsesavtaler. Rammeavtalene er av lengre varighet og beskriver overordnede forhold. Ytelsesavtalene spesifiserer innholdet i anskaffelsen på mer detaljert nivå. Sistnevnte evalueres blant annet gjennom årlige samtaler.

10.4.2 Rammeavtalenes varighet

Avtalelengde er et svært sentralt punkt i forhold til å sikre forutsigbarhet og betingelser som gjør det mulig å både utvikle kvalitet, etablere gode samhandlingsstrukturer for helhetlige forløp og ha nødvendig sikkerhet for driften, blant annet ved å kunne stille garantier for lån til investeringer. Det er også avgjørende for å kunne rekruttere og utvikle kompetanse. Dessuten kan enkelte brukergrupper også være særlig sårbare for manglende kontinuitet i tilbudet.

Dette må imidlertid ses opp mot behovet for endringer for å kunne møte nye og endrede behov. For lange avtaleperioder vil eksempelvis både kunne hindre større strukturelle endringer i oppgavefordelingen mellom forvaltningsnivåer og endringer i behov. Selv om denne arbeidsgruppens mandat skal ta utgangspunkt i nåværende nivåstruktur, mener gruppen at man likevel må inkludere slike betraktninger.

Forskrift om offentlige anskaffelser § 6-1 (4) sier at *"rammeavtaler kan ikke inngås for mer enn fire år, med unntak av tilfeller som er særlig berettiget ut fra rammeavtalens gjenstand."* Bakgrunnen for fireårsgrensen er at langvarige avtaler kan være til hinder for konkurransesituasjonen, og at det dermed kan bli et monopol fordi potensielle nye aktører ikke kan komme i betraktning i avtalens løpetid. Krav til kvalitet og kompetanse og at investeringer ved virksomhetene tilsier nedskrivningsperioder som overstiger fire år, bør vurderes som tilstrekkelig grunnlag for å oppfylle unntaksbestemmelsen om *"..tilfeller som er særlig berettiget ut fra rammeavtalens gjenstand"* (ibid).

Det er en krevende balansegang mellom forutsigbarhet på den ene siden og fleksibilitet og omstillingsmuligheter på den andre. Arbeidsgruppen ber departementet om å avklare hvordan reglene om offentlige anskaffelser skal tolkes i forhold til avtalelengde og hvilke endringsmuligheter som kan innarbeides i rammeavtalene. Arbeidsgruppens standpunkt er at avtalene må ha lengre varighet enn fire år. Arbeidsgruppen går inn for at det åpnes for avtaler på inntil 8 år med mulighet for forlengelse i ytterligere 4 år.

10.4.3 Gjennomgang i regi av Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD)

Fornyings- og administrasjonsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal kartlegge og beskrive konkurransesituasjonen for private aktører i helsesektoren. Den skal vurdere når og på hvilken måte det kan være formålstjenlig å bruke konkurranse og markeds løsninger. Arbeidsgruppen er sammensatt av representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Konkurransetilsynet, Helse Sør-Øst og FAD.

Det foreligger ikke informasjon fra dette arbeidet pr. dato, men det er grunn til å tro at resultatet av arbeidet vil ha interesse for de private institusjonene.

10.5 Bestiller- og utførerrolle

De regionale helseforetakene har en dobbel rolle som bestiller og utfører i den forstand at de både har avtaler med private aktører og at de selv yter tjenester gjennom egne helseforetak. Helseforetakene (sykehusene) kan i praksis yte samme type tjenester til samme målgrupper som de private institusjonene og dermed komme i konkurransesituasjon med private aktører. Overlappende funksjoner med lokalsykehusene i forhold til rehabilitering på spesialistnivå kan være et eksempel på dette, jfr. pkt. 4.2.3. I slike situasjoner er det særlig viktig at RHFene inkluderer institusjonene i sin helhetstenkning, og at de aktivt bidrar til at kapasitet og ressurser i private og offentlige virksomheter utnyttes på en god måte. Strategien for habilitering og rehabilitering slår fast at institusjonene har en viktig rolle innen rehabilitering, og RHFene må også tydeliggjøre dette overfor egne foretak.

RHFene har organisert sin virksomhet på dette området gjennom bestillerenheter. De gir uttrykk for bevissthet i forhold til å skille mellom å være bestiller av eksterne tjenester og samtidig ha en eier- og utførerrolle gjennom egne foretak. Arbeidsgruppen vil likevel påpeke at høyest mulig grad av tillit og uavhengighet i anskaffelsesprosessene må sikres gjennom blant annet bruk av fagpersoner fra andre helseregioner, jfr. pkt. 10.3.2. Det må være et kontinuerlig fokus på å profesjonalisere denne rollen ut fra habilitetshensyn.

10.6 ”Raskere tilbake”

Regionene er i 2007 og 2008 tildelt betydelige midler under ordningen ”Raskere tilbake”. En ikke ubetydelig del av disse midlene har gått til rehabilitering med arbeid som mål. Dette har medført at regionene, i tillegg til de ordinære avtalene, har inngått avtaler med de fleste private institusjoner om kjøp av rehabiliteringstjenester innen denne ordningen. Som følge av at ”Raskere tilbake” er midlertidig, er avtalene av relativt kort varighet. Også NAV har inngått avtaler med de private rehabiliteringsinstitusjonene under denne ordningen. En og samme institusjon kan dermed ha avtaler både med RHF og NAV.

”Raskere tilbake” har på en positiv måte bidratt i omstilling av institusjonene. Det har blant annet ført til økt fokus på arbeidslivsdeltakelse i rehabiliteringsprosessen.

10.7 Alternative modeller og eksempler

10.7.1 Kommunen som ”bestiller”

Den nasjonale strategien slår fast at *”Kommunen har en sentral rolle i rehabiliteringsarbeidet. Utgangspunktet skal være at rehabilitering skal tilbys på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet)”* (St.prp.nr. 1, 2007-2008). Under beskrivelsen av helhetlige forløp i kapittel 4 er det vist til at kommunen må ha den viktigste koordinerende rollen i rehabiliteringsarbeidet. I forbindelse med helseministerens samhandlingsreform er det gitt tydelige signaler om at kommunenes rolle skal styrkes. Hvilke organisatoriske konsekvenser bør og kan dette få?

En tenkt løsning kan være at bestilleransvaret for rehabiliteringstjenester overføres til kommunen. Det er imidlertid flere forhold knyttet til kommunene som bestiller som må utredes nærmere. Slik det er i dag må dette begrenses til kjøp av primærhelsetjenester. I forbindelse med gjennomføring av større reformer, endret

oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten eller lignende, vil det være naturlig å vurdere hvem som skal ha hovedansvaret for det samlede rehabiliteringstilbudet.

I neste avsnitt beskrives en alternativ organisasjonsmodell, IKS Namdal rehabilitering. Dette er en interkommunal rehabiliteringsmodell som også inkluderer spesialisthelsetjenesten. I Danmark er det gjennomført en modell med kommunen som bestiller. Denne er nærmere beskrevet under pkt. 10.7.3.

Ut fra dette foreslår arbeidsgruppen en utredning som ser på oppgavefordelingen mellom rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Målet må være å sikre rehabilitering på laveste effektive omsorgsnivå.

10.7.2 IKS Namdal rehabilitering

IKS Namdal rehabilitering ligger i Høylandet kommune. Det er en interkommunal rehabiliteringsinstitusjon eid av 14 kommuner i Nord-Trøndelag og 1 kommune i Nordland. Institusjonen har vært i drift fra 2006 og har 26 døgnplasser. Institusjonen har avtale med Helse Midt-Norge om 12 plasser til spesialisthelsetjeneste. Resten av plassene benyttes av eierkommunene samt ordningen "Raskere tilbake" gjennom avtaler både med RHF og NAV. "Mestring i lag" er tittelen på en rapport fra et samarbeidsprosjekt mellom eierkommunene og institusjonen (Namdal rehabilitering, april 2008).

Dette er en interessant modell. For det første er det et eksempel på at mindre kommuner har gått sammen om å etablere en felles rehabiliteringsinstitusjon. For det andre gir dette et vesentlig bredere faglig miljø for tjenester på både kommune- og spesialisthelsetjenestenivå. Samtidig er det grunn til å tro at det gir bedre ressursutnyttelse samlet sett. Det blir en felles arena for samhandling hvor forvaltningsnivåene, sett fra brukers ståsted, er usynliggjort. Bestillerrollen er også annerledes her enn i de private institusjonene idet kommunehelsetjenesten med dette blir en mer "aktiv" bestiller.

10.7.3 Samhandlingsmodell fra Nord-Trøndelag

I Helse Nord-Trøndelag (HNT) er det gjennomført et samhandlingsprosjekt med sikte på en bedre samhandlingsmodell mellom institusjonene og HNT. Arbeidet har tatt utgangspunkt i hele forløpet, og helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner, fastlegene, brukere og kommunene har deltatt. Rehabiliteringsfeltet i helseregionen har vært referansegruppe. Mandatet ble gitt av Helse Midt-Norge, og utgangspunktet var å kvalitetssikre kravspesifikasjonene i avtalene med fire private rehabiliteringsinstitusjoner i Nord-Trøndelag.

Følgende resultat av prosjektet implementeres i ordinær drift fra 1. januar 2009:

- Felles henvisningsmottak for spesialisert rehabilitering ved sykehuset Levanger. Det omfatter henvisninger både fra fastleger og sykehus.
- To standardiserte pasientforløp iverksettes. Nye forløp er under utvikling.
- Formelle skriftlige og gjensidige avtaler mellom HF og private rehabiliteringsinstitusjoner.
- Institusjonene er representert i samarbeidsutvalget sammen med kommunene.

- Ferieavvikling koordineres mellom institusjoner og helseforetak.

10.7.4 Den danske modellen

I Danmark ble det gjennomført en endring i nivåstrukturen i forbindelse med kommunereformen. I dokumentet fra Sundhedsstyrelsen heter det bl.a.:

”Som et led i kommunalreformen fik kommunerne pr. 1 januar 2007 myndighedsansvaret for at tilbyde vederlagsfri genoptræning til personer, der efter udskrivning fra sykehus, har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning. Kommunerne kan tilvejebringe tilbud om genoptræning ved at etablere behandlingstilbud på egne institutioner eller ved indgåelse af aftale herom med andre kommuner, regionerne eller private institutioner” (fra Sundhedsstyrelsen hjemmeside, www.sst.dk, jfr. forskrift ”Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sykehus”).

”Genoptræning” er imidlertid ikke identisk med vår definisjon av rehabilitering.

”Genoptræning ses ofte brugt som synonym for rehabilitering. Men genoptræning handler om at restituere kroppens funksjoner eller personens færdigheder ved at utføre bestemte øvelser, altså trening” (Rehabiliteringsforum Danmark og Marselisborg Centret, 2004). Det kan se ut som det er likhetstrekk mellom forholdet mellom rehabilitering og genoptræning i Danmark og rehabilitering og opptrening i Norge. Uansett ser man at den danske modellen på en tydelig måte har forskriftsfestet at opptrening er et kommunalt ansvar. Ved utredning av oppgavefordeling mellom nivåene, bør den danske modellen ses nærmere på.

10.8 Fokusområder

- Arbeidsgruppen anbefaler at de regionale helseforetakene benytter fagpersoner fra andre helseregioner i anskaffelsesprosessen.
- Praksis knyttet til avtaleperioder må gjennomgås på tvers av helseregioner for å sikre optimal grad av forutsigbarhet for institusjonene.
- I hver helseregion etableres en rådgivende gruppe med representanter fra kommunene, brukerorganisasjonene, NAV og helseforetakene i forbindelse med prosessen knyttet til inngåelse og fornyelse av avtaler mellom helseregionene og de private rehabiliteringsinstitusjonene.
- For å sikre lik praksis i helseregionene anbefales utvikling av felles retningslinjer for anskaffelsesprosessen utover det som defineres i lov og forskrift. Dette oppdraget bør gis til helseregionene. Det forutsettes at dette skjer i samarbeid med institusjonene.
- Arbeidsgruppen ber departementet om å avklare muligheter for rammeavtaler for inntil 8 år med mulighet for forlengelse i ytterligere 4 år.
- Kommunene har en sentral rolle i rehabiliteringen. Det anbefales at det gjennomføres en utredning om en endret oppgavefordelingen mellom helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner – med utgangspunkt i at rehabiliteringen skal skje etter LEON-prinsippet. I den forbindelse bør en se nærmere på den danske modellen.

11 Økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak

11.1 Fjerning av egenandeler

Arbeidsgruppen foreslår at egenandel ved opphold i de private institusjonene fjernes. Tall fra institusjonene for 2007 viser at det ble innbetalt omkring 63 millioner kroner i egenandeler. Av denne summen ble 15 millioner betalt fra NAV for opphold hvor bruker hadde overstegget egenandelstak 2.

Dette er et betydelig beløp som må dekkes inn ved økte rammer.

11.2 Reiseutgifter ved fritt institusjonsvalg

Arbeidsgruppen foreslår at det innføres fritt institusjonsvalg innen rehabilitering på linje med spesialisthelsetjenesten for øvrig.

Det er vanskelig å gi anslag for hva dette vil representere i kostnad. Tar en utgangspunkt i omfanget av fritt sykehusvalg, er dette relativt begrenset. Det antas at fritt institusjonsvalg over regiongrensene vil finne sted i enda mindre grad enn for sykehusene og følgelig utgjøre en relativt begrenset økt kostnad.

11.3 Ledsager og tolk

Arbeidsgruppen påpeker at tilbud om ledsager og tolk må sikres som for øvrige spesialisthelsetjenester. Gjeldende regler for spesialisthelsetjenesten må følges, og praksis må være samordnet på tvers av regionene. I og med at det er ulik praksis i dag, vil dette kunne medføre økte kostnader som må inn i rammen til regionene. Arbeidsgruppen har ikke foretatt detaljerte undersøkelser for å kunne angi omfanget av kostnader.

11.4 Fjerning av kravet om ”selvhjulpenhet”

Arbeidsgruppen foreslår at begrepet ”selvhjulpenhet” tas ut som et inntakskriterium og erstattes med en formulering i felles inntakskriterier om krav til fysisk funksjon for inntak til enkelte behandlingsprogrammer.

Dette vil kunne forandre økt pleiefaktor i institusjonene. Det forutsettes at dette blir et tema i forbindelse med inngåelse av nye avtaler. Dersom økning i pleiefaktoren ikke skal medføre reduksjon i antall plasser, må regionene ha økte rammer fra departementet.

11.5 Tilbud til særlig ressurskrevende bruker

Det er pekt på behovet for tilpassede tilbud som fanger opp brukere med spesielle behov og som er spesielt kompetanse-, kostnads- og personellkrevende. Det kan være tilbud til personer med sjeldne tilstander, eller det kan være tilleggsfaktorer til den somatiske lidelsen som i dag er en hindring for å kunne få et tilbud.

Utvikling av slike tilbud vil kreve økte rammer til regionene.

11.6 Forskning

Arbeidsgruppen anbefaler at det nå øremerkes betydelige beløp til forskning innen fagfeltet. Et beløp i størrelsesorden 50 millioner bør vurderes.

LITTERATURLISTE

- Dansk forskrift "*Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg av genoptræningstilbud efter utdskrivning fra sygehus.*"
- Forskrift om pasientansvarlig lege
- Fossetøl, Knut *Omstilling av opptreningsinstitusjonene*, AFI-notat 6/07
- Hedlund, M, Wendelborg C, Brataas H., Landstad, B, *Gått ut på dato – Årsaker til at få mottakere av rehabiliteringspenger kommer tilbake i arbeidslivet*, NTF-rapport 2005:3, Nord-Trøndelagsforskning 2005
- Helsedepartementet, *Organisering og finansiering*, rapport fra arbeidsgruppe juni 2002
- Helse- og omsorgsdepartementet, *Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede*, sluttrapport 19. mars 2007
- Helse- og omsorgsdepartementet, NOU 2008:2, *Fordeling av inntekter mellom regionale helseforetak*, januar 2008-06-24
- Helse- og omsorgsdepartementet, St.prp nr 1 (2007 – 2008), *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008 – 2011*, kapittel 9
- Helse- og omsorgsdepartementet, St.prp nr 1 (2008-2009)
- Helse Sør, *Tiltaksplan for rehabiliteringstjenester i Helse Sør*, august 2006
- Helse Sør-Øst, *Omstillingsprosjektet Hovedstadsprosessen*, sluttrapport juni 2008
- Hem, K-G, Hellum Braathen, S og Skøien, R, *Rehabiliteringsbehov hos unge trygdemottakere*, Sintef Helse, Oslo: november 2007
- Lov om kommunehelsetjenester
- Lov om offentlige anskaffelser
- Lov om spesialisthelsetjenester
- Namdal rehabilitering, *Mestring i lag*, rapport fra samhandlingsprosjekt, april 2008
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, *Behandlingslinjer savner grunnlag i forskning*, notat Oslo: 01.11.2007
- Norsk pasientregister, *Opptreningsinstitusjoner som har avtale med RHF*, nasjonal rapport. Årsdata 2006, april 2007
- Norsk pasientregister, *Aktivitetsdata for private rehabiliteringsinstitusjoner 2007* (IS-1549), april 2008
- Rehabiliteringsforum Danmark og MarselisborgCentret, *Hvidbok om rehabiliteringsbegrebet*, 2004
- Sintef Helse, *Opptreningsinstitusjoner, helsesportssentra med mer: Nasjonal rapport 2005* Oslo: april 2006
- Sosial- og helsedirektoratet, *Gjennomgang av det faglige tilbudet i opptreningsinstitusjonene*, februar 2004
- Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) Rundskriv IS-12/2004, *Lov om pasientrettigheter*, 2004
- Sosial- og helsedirektoratet (Shdir), *...og bedre skal det bli!*, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015), 2005
- Sosial- og helsedirektoratet, *Forslag til etablering av nasjonale miljøer for forskning innen habilitering og rehabilitering*, Oslo 2006
- Sosial- og helsedirektoratet (Shdir), *...og bedre skal det blir!*, *Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten* Oslo 2007
- Sosial- og helsedirektoratet, *Ansvar kostnader til kommunalt ansatte i forbindelse med sykehusopphold*, Brev til kommuner, fylkesmenn, RHF og HF, 09.07.07

- Stortingsmelding nr 21, 1998-1999, *Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1999
- Synovate, *Undersøkelse om private rehabiliteringsinstitusjoner*, rapport oktober 2008
- Zinzi, Paola et al. *Effekter av et intensivt rehabiliteringsprogram for pasienter med Huntingtons sykdom: en pilotstudie*, *Clinical Rehabilitation* 2007; 21: 603-613.

Vedlegg 1

OTTATT
20 FEB 2008



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Sosial- og helsedirektoratet
Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref

Vår ref
200800145-/SHA-IAA

Dato
19.02.2008

Arbeidsgruppe - private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner

Det vises til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 29.1.08 (tildelingsbrevet), kapittel 2.9.2 Spesielle oppdrag for virksomhetsområdet, der Sosial- og helsedirektoratet bes om å foreta en gjennomgang av de private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle og rammer.

Med utgangspunkt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal det etableres en arbeidsgruppe som skal foreta en samlet gjennomgang av hvilke generelle krav som skal stilles til de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene. Det har de siste år skjedd endringer i krav til tjenestene som disse institusjonene skal yte, som følge av at de regionale helseforetakene har overtatt finansieringsansvar og bestilleransvar. RHF kjøper tjenester i samsvar med regelverket for offentlige anskaffelser.

Sosial- og helsedirektoratet bes om å etablere en arbeidsgruppe som nevnt over.

Følgende mandat bør kunne legges til grunn:

Arbeidsgruppen skal foreta en samlet gjennomgang av private virksomheters rolle og rammebetingelser innen rehabiliteringsområdet¹. Videre skal arbeidsgruppen drøfte og

¹ Med private virksomheter innen rehabiliteringsområdet menes private opptreningsinstitusjoner som var godkjent etter tidligere forskrift om opptreningsinstitusjoner, såkalte "spesielle helseinstitusjoner" som var godkjent etter spesialisthelsetjenesteloven (tidligere sykehusloven) som "annen helseinstitusjon", rehabiliteringsinstitusjoner som de regionale helseforetakene har inngått avtale med om kjøp av tjenester innenfor opptrenings- og rehabiliteringsområdet, som ikke har vært godkjent etter ovennevnte forskrift, jf. Cato-Senteret med flere, lungesykehus og Montebello-Senteret.

foreslå tiltak som kan sikre forutsigbarhet, likeverdighet og langsiktighet i de private virksomheters rammebetingelser. Arbeidsgruppen skal vurdere om det er behov for nasjonale rammer for de regionale helseforetakenes kjøp av rehabiliteringstjenester ut over de rammer som gis gjennom forskrift om offentlige anskaffelser.

Et formål med overføringen av finansierings- og bestilleransvar for private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner til de regionale helseforetakene var at tilbudet skulle bli en del av det helhetlige spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen. Dette innebærer at tilbudet skal være tilpasset behovet i befolkningen for rehabilitering og opptrening innenfor spesialisthelsetjenesten – bl.a. at tilbudet tilpasses behovet til den enkelte pasient og evt. pasientgruppe, at tilbudet blir mer differensiert, både med sikte på å oppnå god kvalitet og god utnyttelse av kapasitet i det samlede tjenestetilbudet. Arbeidsgruppen skal belyse denne dimensjonen og gjennomgå hvilke generelle krav som skal stilles til de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene.

Dette innebærer bl.a.

- Beskrive private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoners rolle som del av det helhetlige rehabiliteringstilbudet innenfor spesialisthelsetjenesten
- Beskrive de regionale helseforetakenes praksis når det gjelder kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner og de rammebetingelser som gis
- Vurdere behov for nasjonale føringer, og foreslå tiltak som kan sikre likeverdige prosesser i alle helseregioner med hensyn til langsiktighet og forutsigbarhet i de private aktørenes rammebetingelser
- Belyse praksis når det gjelder avkreving av egenandeler
- Vurdere behov for generelle krav som skal stilles til de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene
- Gi en analyse av økonomiske og administrative konsekvenser med utgangspunkt i spesialisthelsetjenestens økonomiske rammer

Arbeidet skal baseres på følgende rammer:

- Rammer for utvikling av rehabiliteringsområdet gitt i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering
- De regionale helseforetakene har "sørge for"-ansvar for alle som trenger opptrenings- og rehabiliteringstiltak innenfor spesialisthelsetjenesten, herunder bestiller- og finansieringsansvar
- De organisatoriske hovedtrekkene i organiseringen av spesialisthelsetjenesten (foretaksmodellen) og kommunale helse- og omsorgstjenester skal legges til grunn
- Fastsatte samlede økonomiske rammer skal legges til grunn. Fordeling av basisbevilgning, herunder øremerkede midler til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner, faller utenfor mandatets rammer.


Sosial- og helsedirektoratet gis med dette i oppdrag å oppnevne arbeidsgruppen og lede denne samt organisere arbeidet og sørge for sekretærtjenester.

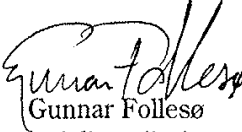
Følgende forutsettes representert i arbeidsgruppen: HSH, KS-bedrift, Norske rehabiliteringsinstitusjoner – NRI, Nettverket for private helsevirksomheter – NEPH, HelseRehab Norge, De spesielle helseinstitusjoner – DSHI, Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF, Helse Sør-Øst RHF, FFO, SAFO.

Frist for arbeidet settes til 1. november 2008.

Vi antar at det kan være hensiktsmessig med et møte mellom departementet og direktoratet om saken. Vi kommer tilbake til tidspunkt for dette.

Med vennlig hilsen


Heidi Langaas e.f.
avdelingsdirektør


Gunnar Follesø
avdelingsdirektør

PRIVATE OPPTRENNINGS- OG REHABILITERINGSSENTRE SOM HAR AVTALE MED REGIONALT HELSEFORETAK

Pr Mai 2008

Helse Nord RHF

Nordtun HelseRehab
Opptreningssenteret i Finnmark
Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad
Salangen HelseRehab
Skibotnsenteret
Valnesfjord Helsesportssenter

Helse Midt RHF

Bjørnang Rehabiliteringssenter AS
Kastvollen Rehabiliteringssenter
Meråker Sanitetsforenings Kurbad AS
Muritunet
IKS Namdal Rehabilitering – Høylandet (interkommunal)
Røros Rehabiliteringssenter AS
Selli Rehabiliteringssenter AS

Helse Vest RHF

Haugland Rehabiliteringssenter - Røde Kors
Krokeidesenteret
Ravneberghaugen Rehabiliteringssenter
Voss/Hagahaugen Rehabiliteringssenter
Åstveit Helsesenter

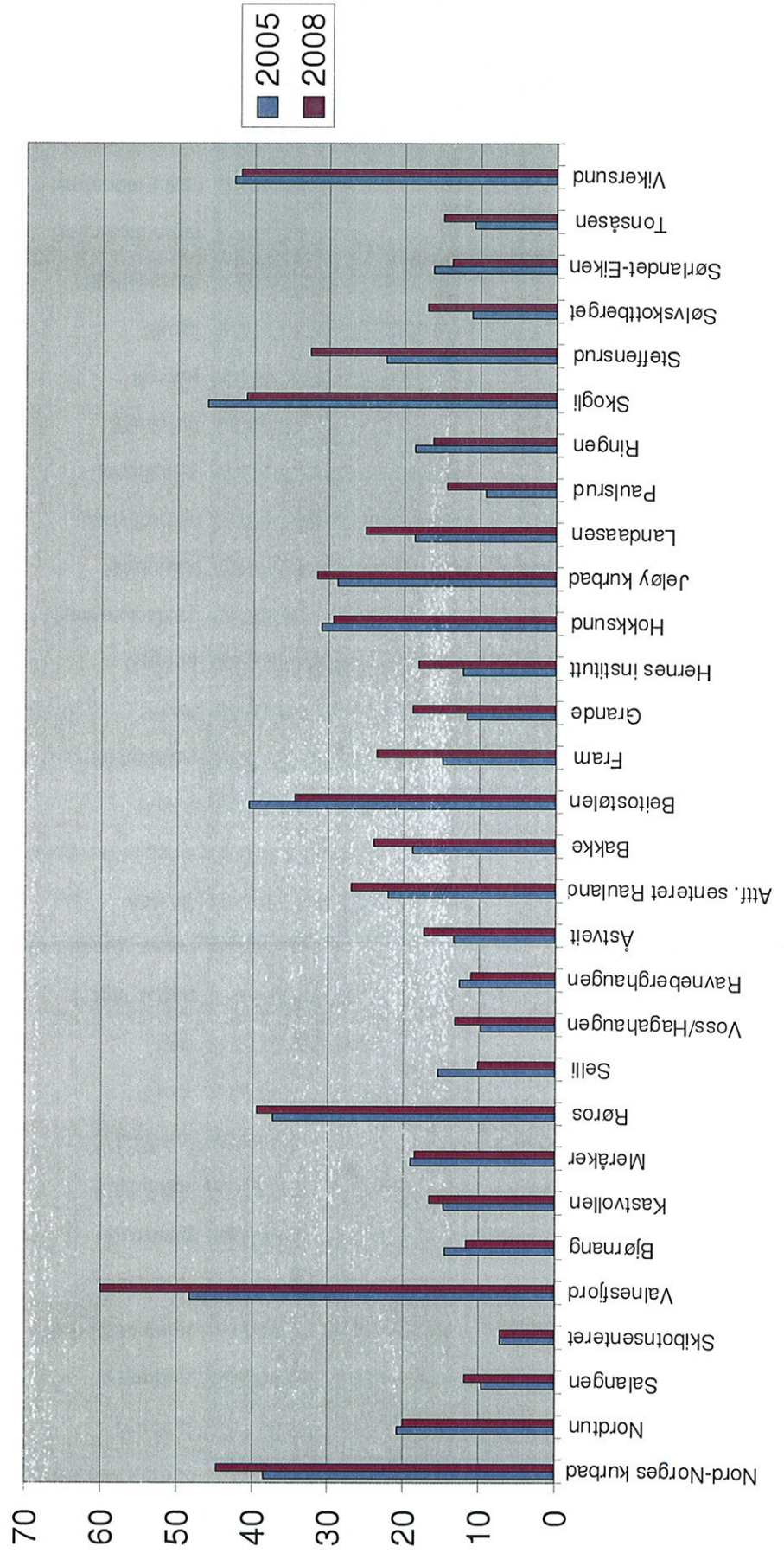
Helse Sør-Øst RHF

Attføringssenteret i Rauland AS
Bakke, Senter for Mestring og Rehabilitering AS
Beitostølen Helsesportssenter
CatoSenteret
Conrad Svendsen senter
Eiksåsen MS-Hjem
Evjeklinikken AS
Fram Helserehab AS
Friskvernklubben (poliklinikk)
Fron Rehabiliteringssenter
Godthaab Rehabiliteringssenter
Grande Rehabiliteringssenter AS

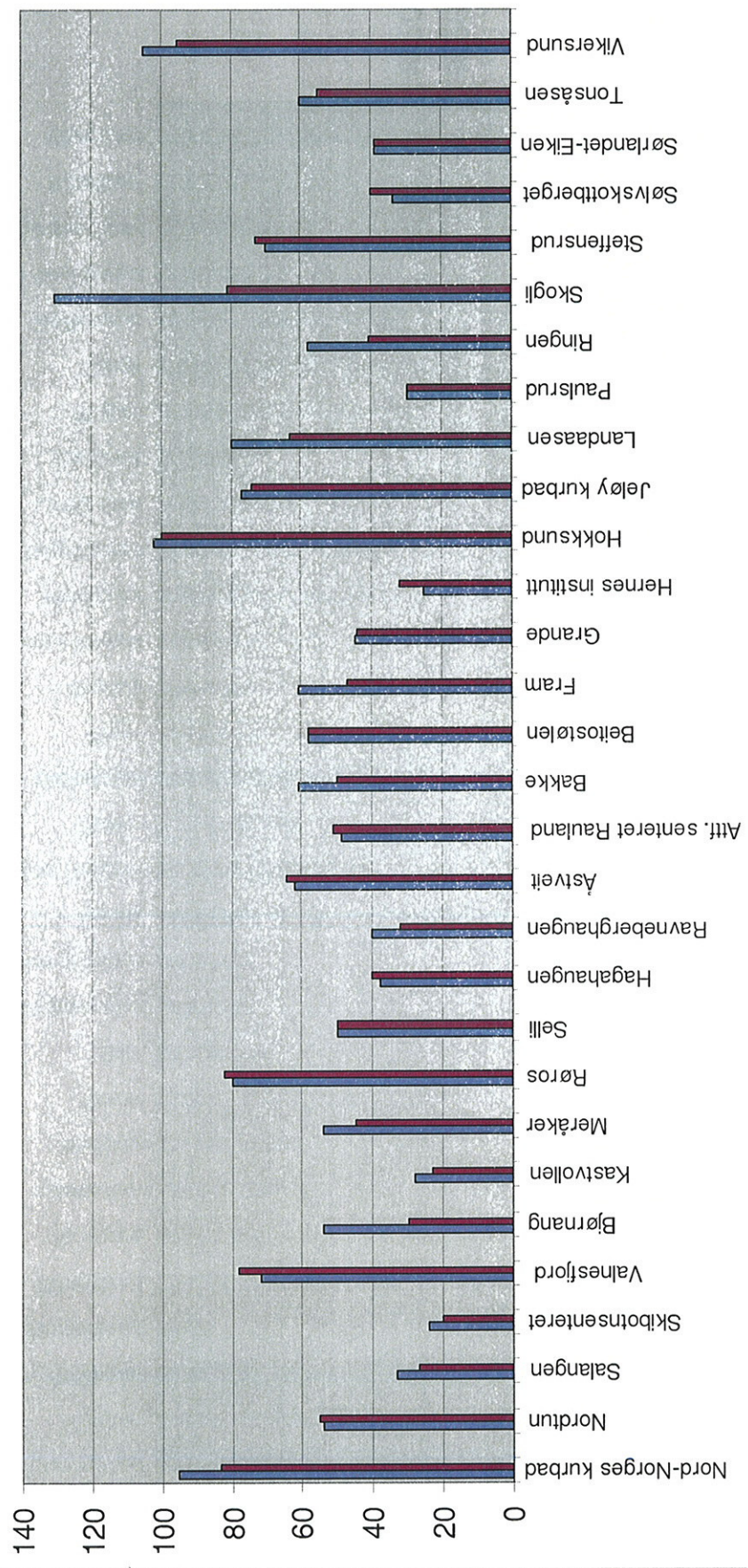
Vedlegg 2

Hernes Institutt
Hokksund Kurbad AS
Jeløy Kurbad
Landaasen Rehabiliterings-senter
MS-Senteret Hakadal AS
NIMI AS
Norsk diabetikersenter (dagbehandling og poliklinikk)
Paulsrud Rehabiliteringssenter AS
PTØ-senteret Hedmark / Norsk forum for konduktiv pedagogikk
Ringens Rehabiliteringssenter AS
Røysumtunet Habiliteringssenter
Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS
Steffensrud Rehabiliteringssenter AS
Sølvskottberget Rehabiliteringssenter AS
Sørlandet Rehabiliteringssenter Eiken AL
Tonsåsen Rehabilitering AS
Vikersund Kurbad AS
SYKEHUS
Feiringklinikken
Glittreklinikken

Total bemanning fordelt på 30 institusjoner

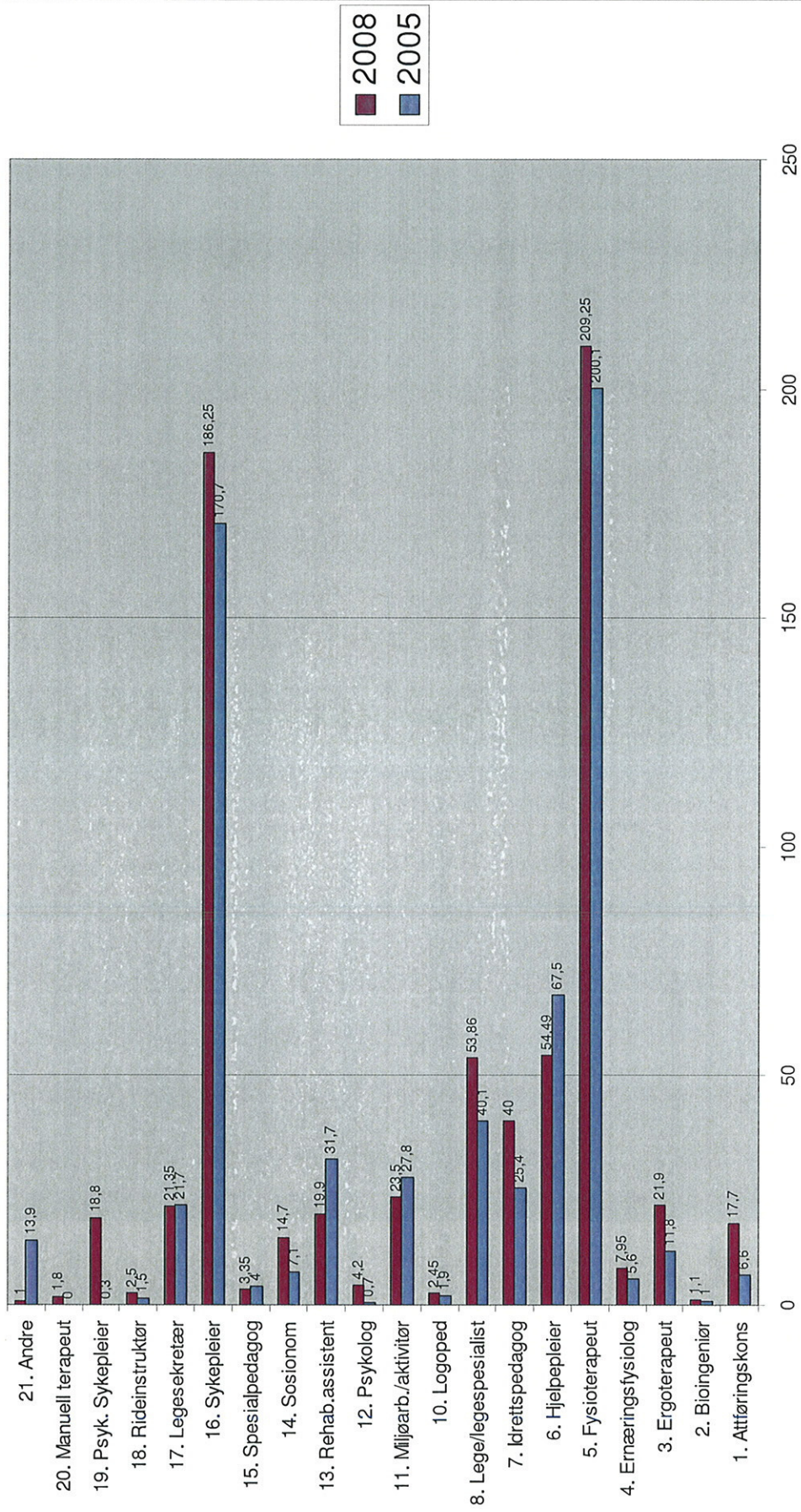


Antall plasser 2005 - 2008

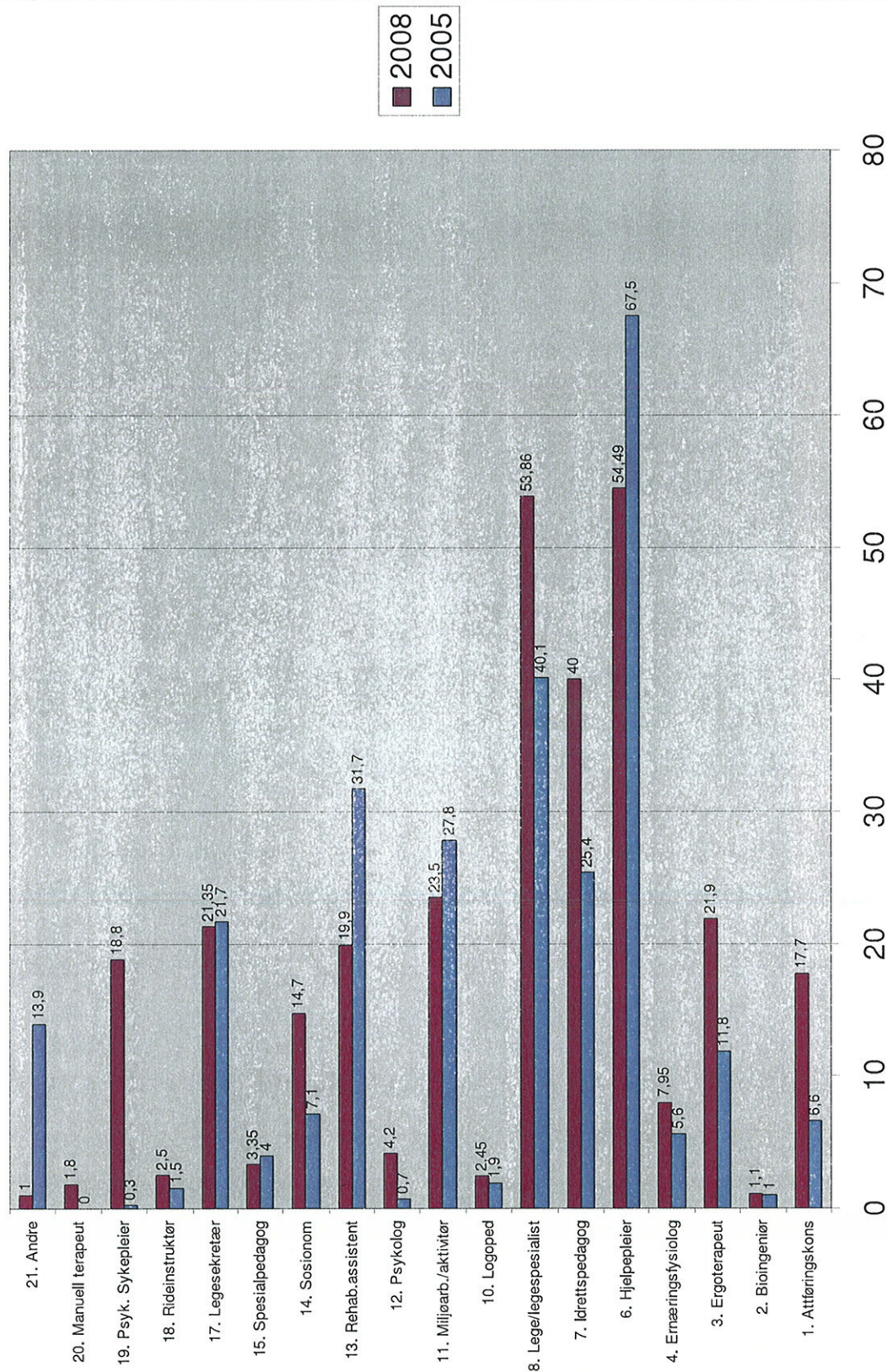


■ Godkjente plasser 2005 ■ Avtaler 2008 inkl RB

Bemanning fordelt på faggrupper



Bemanning 2005 - 2008, ekskl de to største gruppene (sykepleiere og fysioterapeuter)



Vedlegg 4

Diagnoseoversikt fra Norsk pasientregister 2007

Undergrupper til de fem største brukergruppene jfr hoveddiagnosekapitlene i ICD-10

Kapittel IV: Endokrine sykdommer, ernæringsykdommer og metabolske forstyrrelser, undergrupper.

E00-E07 Forstyrrelser i skjoldbruskkjertelfunksjon	24
E10-E14 Diabetes mellitus	285
E15-E16 Andre forstyrrelser i glukoseregulering	2
E20-E35 Forstyrrelser i andre endokrine kjertler	12
E40-E46 Underernæring og feilernæring	5
E50-E64 Andre mangelsykdommer	2
E65-E68 Fedme og annen overernæring	2170
E70-E90 Metabolske forstyrrelser	30
Total	2530

Kapittel VI: Sykdommer i nervesystemet, undergrupper

G00-G09 Betennelsesykdommer i sentralnervesystemet	22
G10-G13 Systemiske atrofier som rammer sentralnervesystemet	32
G20-G26 Ekstrapyramidale tilstander og bevegelsesforstyrrelser	276
G30-G32 Andre degenerative sykd. I sentralnervesys	19
G35-G37 Demyeliniserende sykdommer i sentralnervesys	754
G40-G47 Episodiske tilstander og anfallsvise forstyrrelser	159
G50-G59 Sykdommer i nerver, nerverøtter og nervepleksus	47
G60-G64 Polyneuropatier og andre sykd. I det perifere nervesys	129
G70-G73 Sykdommer i nevromuskulære overganger og muskler	48
G80-G83 Cerebral parese og andre syndromer med lammelse	292
G90-G99 Andre sykdommer og tilstander i nervesystemet	172
Total	1950

Kapittel IX: Sykdommer i sirkulasjonssystemet, undergrupper

I00-I02 Akutt reumatisk feber	4
I05-I09 Kroniske reumatiske hjertesykdommer	2
I10-I15 Hypertensjon	101
I20-I25 Iskemiske hjertesykdommer	1308
I26-I28 Pulmonal hjertesykdom og sykdom i lungekretsløpet	26
I30-I52 Andre typer hjertesykdommer	580
I60-I69 Hjernekar sykdommer	1244
I70-I79 Sykdommer i arterier, arteioler og kapillærer	273
I80-I89 Sykdommer i vener, lymfekar og lymfeknuter	45
I95-I99 Andre og uspesifiserte forstyrrelser i sirkulasjonssys	15
Total	3598

Kapittel XIII: Sykdommer i muskel- og skjelettsystemet og bindevev, undergrupper.

M00 - M25 Leddlidelser	
M00-M03 Infeksiøse leddlidelser	15
M05-M14 Inflammatoriske leddlidelser	517
M15-M19 Artroser	7899
M20-M25 Andre leddlidelser	215
M30 - M36 Systemiske bindevevssykdommer	226
M40 - M54 Rygglidelser	
M40-M43 Deformerende rygglidelser	117
M45-M49 Lidelser i ryggstøtten	763
M50-M54 Andre rygglidelser	2390
M60 - M79 Bløtvevssykdommer	
M60-M63 Muskelsykdommer	32
M65-M68 Forstyrrelse i synovialhinne og sene	10
M70-M79 Andre bløtvevssykdommer	2173
M80-M94 Ben- og brusklidelser	316
M95-M99 Andre lidelser i muskel-skjelettsystemet og bindevev	82
Total	14755

Kapittel XIX: Skader, forgiftninger og visse andre konsekvenser av ytre årsaker, undergrupper

S00-S09 Hodeskader	39
S10-S19 Skader på hals	97
S20-S29 Skader i brystregion	59
S30-S39 Skader i bukregion, nedre del av rygg, lumbalkolumna og bekken	212
S40-S49 Skader i skulder og overarm	109
S50-S59 Skader i albue og underarm	39
S60-S69 Skader på håndledd og hånd	11
S70-S79 Skader i hoft og lår	1507
S80-S89 Skader i kne og legg	274
S90-S99 Skader i ankel og fot	37
T00-T07 Skader som omfatter flere kroppsregioner	68
T08-T14 Skader i uspesifisert del av trunkus, ekstremitet eller kroppsregion	51
T20-T32 Brannskader og etseskader	4
T4N-T50 Forgiftning med legemidler og biologiske substanser	2
T51-T65 Toksiske virkninger av substanser med ikke-medisisk anvendelse	2
T66-T78 Andre og uspesifiserte virkninger av ytre årsaker	5
T79 Visse tidlige komplikasjoner til traume	4
T80-T88 Komplikasjoner til kirurgiske og medisinsk behandling, ikke klassifisert annet sted	550
T90-T98 Følgetilstander etter skader, forgiftning og andre konsekvenser av ytre årsaker	264
Total	3334



Helsedirektoratet

Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

www.helsedirektoratet.no

