



Innst. S. nr. 48

(2007-2008)

Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen

Dokument nr. 8:56 (2006-2007)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Børge Brende og Trond Helleland om en opptrappingsplan for å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering

Til Stortinget

SAMMENDRAG

Det fremmes i dokumentet følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen fremme et forslag om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, med øremerkede midler til å styrke tilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det må også etableres særskilte tilskudd for å stimulere helhetlige tilbud i samhandling mellom disse."

Forslagsstillerne framholder at formålet med habilitering og rehabilitering er å gi mennesker som er rammet av skade, sykdom eller funksjonshemning en ny mulighet til å mestre hverdagen og til å delta i samfunns- og arbeidsliv. Det vises i denne forbindelse til Innst. S. nr. 178 (1998-1999) til St.meld. nr. 21 (1998-1999).

Det vises videre til flere rapporter og proposisjoner som fastslår at det er behov for et bedre tilbud innenfor habilitering og rehabilitering både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten.

Forslagsstillerne mener det i lys av de manglene som er dokumentert, er alarmerende at antall døgnbaserte rehabiliteringsplasser ifølge Norsk pasientregister ble redusert med 16 prosent i 2006. Det framholdes at samtidig som pasientene opplever ventetider og mangel på tilbud, melder oppføringsinstitusjoner over hele lan-

det at de driver med redusert kapasitet som følge av begrensninger i avtalene med regionale helseforetak.

Forslagsstillerne mener et bedre tilbud om habilitering og rehabilitering vil være en investering i bedre livskvalitet for mange mennesker, og at det samtidig vil redusere behovet for omsorgstjenester. Etter forslagsstillerens mening bør den neste store helsepolitiske satsingen være innenfor habilitering og rehabilitering, og de mener det er nødvendig å iverksette en forpliktende opptrappingsplan med øremerkede midler som sikrer bedre kapasitet og kvalitet i tilbudet. Forslagsstillerne understreker spesielt at det må gis særskilte tilskudd til forskning og til tiltak som stimulerer til et helhetlig tjenestetilbud for pasientene, og at private aktører må sikres mer langsiktige og forutsigbare rammebetingelser.

KOMITEENS MERKNADER

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Jan-Henrik Fredriksen, Vigdis Giltun og lederen Harald T. Nesvik, fra Høyre, Inge Lønning og Sonja Irene Sjøli, fra Kristelig Folkeparti, Laila Dåvøy, og fra Venstre, Gunvald Ludvigsen, legger til grunn at mange pasienter opplever et mangelfullt tilbud om habilitering og rehabilitering, til tross for en betydelig økning både i de generelle bevilgningene til helsetjenesten og vekst i antallet behandlede pasienter siden 2002. Tilsynsrapporter fra Helsetilsynet viser at habiliteringstilbudet til barn svikter både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Ifølge Blindeforbundet står 400 svaksynte og blinde på venteliste for rehabiliteringskurs. I en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforsning nr. 3:2007 fremgår det at mange pasienter som er rammet av epilepsi, ikke får et nødvendig rehabiliteringstilbud. En annen artikkel i samme tidsskrift, nr. 4: 2007, viser at bare 60 prosent av slagrammede får tilbud om behandling i slagenheter, som har dokumentert gode resultater

i forhold til redusert dødelighet, alvorlig funksjonshemming og behov for sykehusopphold. En studie utført av Renate Pettersen og Torgeir Bruun Wyller ved geriatrik avdeling på Ullevål universitetssykehus viser at et bedre rehabiliteringstilbud til syke eldre ville sikret en mer effektiv behandling, samt bedre helse og livskvalitet for disse pasientene. En studie referert i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 5:2007 viser at pasienter med muskel- og skjelettlidelser som hadde gjennomgått et spesifikt rehabiliteringsprogram, hadde signifikant forbedring av helse, livskvalitet og arbeids- evne.

Ifølge St.prp. nr. 44 (2006-2007) er ventetiden for spesialisert tverrfaglig rusbehandling for lang. Det vises også til representantforslagets henvisning til at bare 50 prosent av pasienter med alvorlig hodeskade får et tilbud om tidlig rehabilitering, som er helt nødvendig for å gjenvinne grunnleggende funksjoner og kunne leve et verdig liv. Til tross for at Regjeringen viser til at flere pasienter har fått tilbud om rehabilitering, viser en oversikt utarbeidet av Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering at det er gjennomført kutt i rehabiliteringstilbudet i samtlige helseregioner i løpet av 2006.

Videre viser flertallet til at bare 1,5 prosent av de totale bevilgningene til helsetjenester i 2006 ble benyttet til rehabilitering, ifølge Statistisk sentralbyrå. Sosial- og helsedirektoratet uttaler i rapporten Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2006:

"Målet med individuelle rehabiliteringsprosesser er å oppnå økt deltagelse sosialt og i samfunnet. Utviklingen – slik den gjenspeiles i veksten i forbruket av ulike trygdeytelser som sykepenger, rehabiliteringspenger og uførepensjon – tyder på at det er store udekkete behov. Det er også påvist geografiske forskjeller i tilbudene."

Flertallet konstaterer også at Regjeringen i St.prp. nr. 1 (2006-2007) uttaler at habilitering og rehabilitering fortsatt ikke er tilstrekkelig prioritert.

På bakgrunn av den omfattende dokumentasjonen om svikt i tilbudet støtter flertallet forslagsstillernes vurdering om at den neste store helsepolitiske satsingen må være innenfor habilitering og rehabilitering. Dette er i samsvar med krav fra sentrale pasientorganisasjoner som Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og mange av deres medlemsorganisasjoner, herunder Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og Landsforeningen for trafikkskadede.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Jorodd Asphjell, Jan Bøhler, Sonja Mandt-Bartholsen, Gunn Olsen og Dag Ole Teigen, fra Sosialistisk Venstreparti, Johnny Ingebrigtsen, og fra Senterpartiet, Rune J. Skjælaaen, viser til at en samlet komité er opptatt av at habilitering og rehabilitering må være det neste store satsingsområdet, og er dermed fornøyd med at Regjeringen i forslaget til statsbudsjett for 2008 har lagt fram en strategi om habilitering og rehabilitering.

Disse medlemmer viser til høringene som ble holdt i forbindelse med statsbudsjettet for 2007 og St.meld. nr. 25 (2005-2006) (Omsorgsmeldingen), hvor en fikk mange viktige innspill fra bl.a. organisasjoner som representerte private/ideelle institusjoner innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Disse medlemmer vil ta med seg dette i det videre arbeidet i samband med statsbudsjettet for 2008.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til den store, landsomfattende underskriftskampanjen i regi av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke som samlet mer enn 220 000 underskrifter. Kampanjen hadde som krav at det må utarbeides en rehabiliteringsreform som bygger på en nasjonal rehabiliteringsplan. Den krevde at denne reformen skal gi bedre kvalitet, kapasitet og organisering og ikke minst styrke retten til rehabilitering. Flertallet stiller seg bak denne aksjonens krav til fremtidens rehabiliteringstjenester.

Flertallet viser til at opposisjonspartiene arrangerte en høring om det fremsatte representantforslaget 14. mai 2007, etter at regjeringens partiene stemte ned forslaget om en åpen høring om saken i helse- og omsorgskomiteen. Samtlige ti høringsinstanser, som både representerte pasienter, fagmiljøene og institusjonene, støttet forslaget om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

Målsettingen med planen er å sikre at alle som er rammet av sykdom eller nedsatt funksjonsevne, får hjelp til å bedre og bevare et best mulig funksjonsnivå. Slik flertallet ser det, vil dette bidra til bedre livskvalitet og selvstendighet for den enkelte pasient og deres pårørende. Samtidig vil en satsing på habilitering og rehabilitering legge til rette for at flere kan delta aktivt i arbeids- og samfunnsliv, og at behovet for helse- og omsorgstjenester begrenses. En opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering må sikre et bedre tilbud til alle pasientgrupper, uavhengig av tilknytning til arbeidslivet, alder, diagnose og kjønn.

Slik flertallet ser det, er det nødvendig å utarbeide en forpliktende opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering med konkrete måltall etter samme modell som opptrappingsplanen for psykisk helsevern i St.prp. nr. 63 (1997-98), jf Innst. S. nr. 222 (1997-1998). Planen må sikre øremerkede bevilgninger til å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Videre bør opptrappingsplanen inneholde andre tiltak for å styrke kapasiteten i tilbudet, herunder økt rekruttering av personell og utbygging av behandlingstilbudet. I tillegg til å trappe opp bevilgningene til habilitering og rehabilitering, må arbeidet for å forbedre den innsatsstyrte finansieringen intensiveres. Det er særlig viktig å utvikle finansieringsmodeller for helhetlige pasientforløp.

Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering må videre sikre en positiv kvalitetsutvikling i feltet. Det er nødvendig å øke innsatsen innenfor forskning og fagutvikling, slik at behandlingstilbudet i

større grad blir kunnskapsbasert, holder høyt kvalitativt nivå og er kostnadseffektivt. Midler til forskning og kompetanseutvikling må kanaliseres både til primærhelsetjenesten og til spesialisthelsetjenesten.

Flertallet viser til NOU:3 2005 "Fra stykkevis til helt" der det klart fremgår at pasienter som trenger behandling og oppfølging fra flere instanser over tid, ofte får et stykkevis og delt tilbud. Dette rammer særlig pasienter som trenger habilitering eller rehabilitering. Flertallet støtter derfor forslaget om at opptrappingsplanen må sikre et tilskudd til samarbeidstiltak som bidrar til utvikling av mer helhetlige tilbud til pasientene. Videre viser flertallet til helse- og omsorgsministerens svar på spørsmål nr. 697 (2006-2007) der det fremgår at grenseoppgangen mellom kommunalt og statlig ansvar for rehabilitering ikke er klart. Flertallet mener at departementet må vurdere regelendringer med sikte på å klargjøre de ulike forvaltningsnivås ansvar for ulike deler av rehabiliteringstilbudet. Det må også klargjøres at de regionale helseforetakene har ansvar for arbeidsrettet rehabilitering på spesialisert nivå. Flertallet vil presisere at en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering også må omhandle utdanning og arbeidsliv, samt kommunikasjon og andre arenaer som er relevante for å lykkes med å sikre et høyest mulig funksjonsnivå for alle.

Flertallet mener videre at opptrappingsplanen må inneholde en vurdering av behovet for spesialisert habilitering og rehabilitering og en plan for å styrke tilbudet til de enkelte pasientgruppene som har behov for et slikt tilbud. Flertallet vil særlig peke på behovet for å styrke habiliteringsilbudet til barn, som ifølge Helsetilsynet er mangelfullt både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er også nødvendig å sikre at alle som har fått en hodeskade, får tilbud om tidlig rehabilitering. Bevilgningene til rusbehandling ble trappet opp med til sammen 600 mill. kroner i forrige stortingsperiode, men det er fortsatt nødvendig å styrke tilbudet betydelig for å sikre at alle som trenger det, får et godt behandlingstilbud. Helsetilsynet har på bakgrunn av et landsomfattende tilsyn i 2006 konkludert med at rusavhengige opplever omfattende brudd på sine pasientrettigheter, og at tjenestetilbudet i mange tilfeller er uforsvarlig. Flertallet mener det er nødvendig å sikre et særlig løft for rusavhengige og deres pårørende.

I lys av de betydelige manglene som er avdekket i tilbudet om habilitering og rehabilitering, mener flertallet det er kritikkverdig at opptreningsinstitusjoner i hele landet driver med redusert kapasitet, og at enkelte har måttet legge ned hele eller deler av tilbudet. Ifølge Norsk pasientregister har det vært en reduksjon i antall døgnbaserte opphold i opptreningsinstitusjonene med 16 prosent fra 2005 til 2006. Flertallet viser til at blant annet kvinner med muskel- og skjellett lidelser rammes av at disse tilbudene blir redusert. Eksempelvis er antallet offentlig finansierte behandlingsplasser ved institusjonene Nord-Norges Kurbad, Skogli rehabiliteringssenter og Jeløya Kurbad redusert med til sammen 96 plasser fra 2005 til 2007. En økende andel av pasientene som ønsker å benytte

tilbud fra opptreningsinstitusjonene, må selv bekoste dette, hvilket innebærer at bare pasienter med god økonomi kan benytte disse tilbudene. Dette bidrar, slik flertallet ser det, til å forsterke sosiale helseforskjeller.

Flertallet viser til at Stortingets flertall, herunder Arbeiderpartiet, sluttet seg til forslaget om å overføre ansvaret for bestilling og finansiering av tjenester i opptreningsinstitusjonene fra folketrygden til de regionale helseforetakene.

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at slik det fremgår av Helse- og omsorgsdepartementets nyhetsark publisert på departementets nettside 8. mai 2007, var denne ansvarsoverføringen nødvendig for å "se tilbudet i regionen i sammenheng ... både for å sikre en helhetlig rehabiliteringskjede, og for å sikre at alle pasientgrupper får et tilbud".

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, konstaterer at Regjeringen ikke går inn for å endre den organisatoriske plasseringen av opptreningsinstitusjonene.

Videre påpeker flertallet at sosialkomiteens flertall, herunder Høyre, Fremskrittspartiet og Kristelig Folkeparti, i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2004-2005) forutsatte at de regionale helseforetakene i en overgangsperiode skulle inngå avtaler minst på linje med det beløp som ble overført fra folketrygden. Helse- og omsorgsministeren har imidlertid i styringsbrevet for 2006 og 2007 instruert de regionale helseforetakene om å begrense bruk av private aktører og primært utnytte kapasitet i offentlige institusjoner. Som følge av dette drives opptreningsinstitusjoner i hele landet med redusert kapasitet, samtidig som pasientene opplever manglende tilbud på behandling. Samtidig er tilbudet i offentlig regi bygget noe opp. Flertallet mener at det er avgjørende at pasientene får et godt helsetilbud raskt, og at gode private tilbud ikke bør avvikles av ideologiske årsaker.

Flertallet mener at opptreningsinstitusjonene må sikres bedre rammevilkår med mer langsiktige avtaler med regionale helseforetak. Organisasjonenes egne interesseforeninger, herunder Handels- og servicenæringens hovedorganisasjon og Helse Rehab, mener tildeling av avtaler med regionale helseforetak må baseres på anbud for å sikre likeverdige konkurransevilkår, åpenhet og etterprøvbarehet i prosessen. Slik flertallet ser det, må det imidlertid inngås mer langsiktige avtaler, fortrinnsvis i et fem års perspektiv, for å ha nødvendig forutsigbarhet for driften. Videre må finansieringen sikre at opptreningsinstitusjonene har rimelige driftsvilkår, herunder mulighet for å håndtere behov for fornyelse av bygg og utstyr. Mange opptreningsinstitusjoner driver i betydelig omfang forskning og fagutvikling, og avtalene med regionale helseforetak og andre tilskudd må tilrettelegges for å videreføre denne formen for kvalitetsutvikling av tilbudet.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til Soria Moria-erklæringen om at alle som trenger rehabilitering, skal få det. Samlet sett har det i Norge aldri vært brukt så mye penger på rehabilitering som nå, og flere enn noen gang får et tilbud om behandling. Flertallsregjeringen har fra første dag levert mer til rehabilitering. Det gis rehabilitering til flere på sykehus, satses historisk på arbeidsrettet rehabilitering, kommunene har fått økonomisk mulighet til å følge opp sitt ansvar, og det brukes mer penger til private supplement på rehabilitering enn noen gang før.

Disse medlemmer viser til at rehabilitering innen helsesektoren skjer både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten kommer i tillegg til opphold i sykehus polikliniske tjenester, tjenester fra team og ambulante tjenester. Totalt antall opphold i sykehus når det gjelder rehabilitering, har ifølge Norsk pasientregister økt fra 83 765 i 2005 til 93 428 i 2006.

Disse medlemmer viser også til at private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner er et viktig supplement til de tilbud som gis ved offentlige helseinstitusjoner. Ansvaret for finansiering og bestilling av disse plassene er fra 2006 overført til de regionale helseforetakene. Dette ble fremlagt av Bondevik II-regjeringen og vedtatt i Stortinget. Å se tilbudet i regionen i sammenheng er viktig, både for å sikre en helhetlig rehabiliteringskjede og for å sikre at alle pasientgrupper får et tilbud.

I 2006 ble det overført 1 020 mill. kroner i 2006-priser til de regionale helseforetakene til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner. I 2007 er det bevilget 1 046,2 mill. kroner.

Disse medlemmer merker seg at antall plasser ved disse institusjonene likevel har blitt redusert fra 2005 til 2007. Grunnen er blant annet at den faglige bemanningen, fasiliteter og utstyr er blitt styrket. Det gir økt kvalitet for pasientene, men koster mer per plass. Denne omleggingen kom fra 2005 til 2006 som et resultat av at spesialisthelsetjenesten overtok ansvaret. Det var Bondevik-regjeringen som la fram denne ordningen i Stortinget, som la rammene og høsten 2005 satte i gang anbudsprosessen som ga et redusert antall plasser som resultat.

Disse medlemmer er positive til at flertallsregjeringen har bevilget 604 mill. i 2007-kroner som tilskudd til helse- og rehabiliteringstjenester til sykmeldte. Av disse vil 65 mill. kroner benyttes til gråsonegruppen og i hovedsak gjelde opptrenings-/rehabiliteringstilbud. Av de tildelte 374 mill. kroner vil det bli brukt midler til rehabilitering etter behov. Midlene kan benyttes til kjøp av tjenester i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner eller for å finansiere tilleggstjenester i offentlige sykehus.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til prosjektet "Raskere tilbake" som har til hensikt å få sykmeldte raskere tilbake i jobb. For 2007 var det bevilget 604 mill. kroner

til dette formålet. Flertallet merker seg at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har tallfestet resultatene det ønsker å oppnå for denne betydelige sum. Det er heller ingen oversikt over hvor mange som er kommet tilbake i arbeid som en følge av dette prosjektet. Flertallet frykter derfor at mangelfull måldefinisjon og oppfølging av prosjektet fører til at mange som kunne ha nytt godt av ordningen, for eksempel ved å få behandling ved private institusjoner, ikke får det.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til at det innenfor habilitering av barn har vært finansiert om lag 30 prosjekter som har bidratt til økt kunnskap og styrking av feltet. De fleste prosjektene avsluttes i 2007.

Disse medlemmer viser til at fylkesmennene i embetsoppdraget for 2007 har fått i oppdrag å kartlegge om alle kommuner har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og bistå Sosial- og helsedirektoratet med adresser til disse. Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering er etablert. Dette er nybrottsarbeid som vil kunne bidra til likeverdig behandling og dermed mindre ulikhet i helse.

Disse medlemmer viser også til den fremlagte rapporten om bruken av lokalsykehus som danner grunnlaget for videre arbeid med å tydeliggjøre også rehabiliteringsfunksjoner.

Disse medlemmer er opptatt av at kapasiteten innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten utnyttes best mulig, og at tilbudene utvikles kvalitativt til det beste for brukerne. De private/ideelle tilbudene vil fortsatt være et viktig supplement til det offentlige helsetilbudet. Derfor har De Spesielle Helseinstitusjonene Attføringscenteret i Rauland (kapasitet 49 plasser, inngått avtale om 45 plasser), Hernes Institutt (kapasitet 25 plasser, inngått avtale om 24 plasser), Beitostølen helsesportssenter (kapasitet 58 plasser, inngått avtale om 54 plasser) og Valnesfjord helsesportssenter (kapasitet 72 plasser, inngått anslagsvis avtale om 68 plasser) inngått avtale om de aller fleste plasser.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, vil vise til den fremlagte "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011". Disse medlemmer er skuffet over at Regjeringen ikke har ønsket å legge frem en forpliktende opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet, men heller har valgt å legge frem en mindre forpliktende strategi. Flertallet mener den fremlagte strategien ikke innfrir de forventninger som er skapt, og heller ikke løser de utfordringer som eksisterer innenfor dette området. Flertallet har også merket seg at tilbake-meldingen fra fagmiljøene er svært kritiske. LHLs representant uttalte blant annet på rehabiliteringsaksjonens konferanse i Oslo 16. oktober 2007:

"Men slik jeg ser det i dag, har jeg vanskelig for å tro at rehabiliteringsstrategien vil føre til de store endringene. Noen satsing, noen storsatsing, for ikke å si det

neste store satsingsområdet, er strategien definitivt ikke."

Komiteens medlemmer fra Høyre viser til svar på spørsmål nr. 143 fra Høyres fraksjon i finanskomiteen, der departementet skriver:

"Det er ingen økning i de øremerkede bevilgningene til rehabilitering/habilitering i budsjettforslaget for 2008 når det korrigeres for pris- og lønnsvekst."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er opptatt av at statusen til habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må økes, og at det må bli bedre forstøelse for habiliterings og rehabiliterings plass i et folkehelseperspektiv. God rehabilitering krever både tverrfaglighet og høy kompetanse.

Disse medlemmer understreker at det er en sammenheng mellom rehabilitering og sykefravær. Muskel- og skjelettlidelser og lette psykiske lidelser er to av de viktigste årsakene til sykefravær, og det er viktig at disse pasientgruppene får et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud. Videre er det slik at store kronikergrupper har et stort behov for rehabilitering. Dette er pasienter som kan ende opp som "svingdørspasienter" dersom de ikke får et helhetlig behandlingstilbud hvor rehabilitering gis.

Disse medlemmer er opptatt av at helseforetakene må styrke og forbedre den institusjonsbaserte rehabiliteringen. Videre må kommunene satse på rehabilitering. Det er viktig å sørge for at ledig kapasitet i arbeidsrettet rehabilitering utnyttes, og at det legges til rette for langsiktige avtaler med institusjonene. De regionale helseforetakene må kartlegge ledig kapasitet i eksisterende institusjoner. Ved kartlegging av faktisk ledig kapasitet må man ta utgangspunkt i de institusjonsplassene som oppfyller gjeldende kvalitetskrav. Lang ventetid for rehabilitering og attføring fører til dårligere prognoser for vellykka behandling. Aktiv bruk av individuell plan er viktig for personer i denne sammenheng.

Disse medlemmer er fornøyd med at anskaffelsesforskriften er endret slik at rehabiliteringstjenester som ytes utenfor sykehus, nå kan anskaffes etter prosedyren for såkalt direkte anskaffelse hvor bare anskaffelseslovens hovedkrav må oppfylles. Det er viktig å sikre gjensidighet i disse prosessene. Disse medlemmer mener videre det er svært viktig å sikre langsiktighet i avtalene med institusjonene, særlig med de ideelle institusjonene, og at kjøp av rehabiliteringsplasser håndteres likt uavhengig av hvilken region man tilhører.

Disse medlemmer viser til at når det gjelder voksenhabiliteringstjenesten, er det foretatt en gjennomgang som ble avsluttet i 2005. Denne avdekket flere mangler, og gjennomgangen av voksenhabiliteringstjenester må følges opp. Videre er det behov for å styrke forskningsinnsatsen innenfor voksenhabiliteringsfeltet. Det må også sikres god psykiatrisk og somatisk oppfølging av personer med psykisk utviklingshemning. Disse medlemmer er opptatt

av at løftene i ansvarsreformen fra 1991 må innfris når det gjelder retten til arbeid, en meningsfull fritid og sosial inkludering i samfunnet.

Disse medlemmer er fornøyd med at handlingsplanen "Et helhetlig rehabiliteringstilbud til hørselshemmede" forlenges til 31. desember 2007 for bl.a. å bedre tilbudet til tinnitusrammede. Disse medlemmer anser forebygging som like viktig som oppfølging i etterkant. Overgangsprosjektet ReSonare videreføres også i 2008. Disse medlemmer mener det er positivt at ventetiden for barn som trenger cochlea-implantat på begge ører, nå er avvirket, og at de regionale helseforetakene vil bli bedt om å utvide den samlede operasjonskapasiteten for voksne. Disse medlemmer vil understreke at det er viktig å sikre opptrening slik at behandlingen blir best mulig. Ansvaret må plasseres slik at denne opptreningen og oppfølgingen sikres.

Disse medlemmer er fornøyd med at rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hodeskade skal styrkes. Rehabiliteringstilbudet til synshemmede vil bli omtalt i Nasjonal strategi for rehabilitering. Disse medlemmer mener det er viktig at dette tilbudet bedres.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, er gjort kjent med at det fremdeles er store forskjeller på kvaliteten på rehabiliteringen til pasientgruppen med traumatiske hodeskader, og fremdeles er det kun 50 prosent av pasientene som får et tilfredsstillende tilbud. Flertallet forventer at rehabiliteringen starter tidlig i akuttfasen, og at alle får tilbud om optimal behandling uavhengig av hvor de bor i landet, og viser til tidlige merknader i Budsjett-innst. S. nr.11 (2004-2005) fra sosialkomiteen, hvor komiteen skriver:

"Komiteen viser til at det ved Hvidovre Hospital i Danmark er etablert en egen avdeling for rehabilitering av pasienter med alvorlige hodeskader (komapasienter). Oppsummeringen så langt viser at denne rehabiliteringen har gitt gode resultater og vært bedre enn det tilbudet som ble gitt tidligere. Komiteen er bekymret for om tilsvarende pasienter får like god oppfølging, rehabilitering og behandling i Norge. Komiteen viser til at departementet har innkalt Sosial – og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene til et møte for å drøfte hvordan rehabiliteringstjenestene for denne gruppen bør ivaretaes. Komiteen forutsetter at de norske fagmiljøene etablerer og drar nytte av et samarbeid med Hvidovre Hospital i utviklingen av rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlige hodeskader."

Flertallet viser til Riksrevisjonens rapport for 2006 som beskriver at tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade ikke er tilstrekkelig i de regionale helseforetakene. Rapporten avdekker også at det er stor variasjon i gjennomsnittlig ventetid. Flertallet kan ikke se at Regjeringens strategi eller forslag til budsjett for 2008 endrer dette.

Komiteen viser til at Sosial- og helsedirektoratet ga sin tilråding om tilbudet til mennesker med Huntingtons sykdom 1. juli 2005, og at det vil bli arbeidet

videre med spørsmålet knyttet til boformer med helseomsorg og pleie, veiledning og kompetanse-spredning og styrking av spesialisthelsetjenestetilbudet i samarbeid med brukerorganisasjonene. Komiteen tar utfordringene knyttet til denne pasientgruppen på største alvor og mener det er et sterkt behov for økt kompetanse og relevante botilbud for mennesker med Huntingtons sykdom. Komiteen viser til spesialavdeling for Huntington-pasienter ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus, der det er bygget opp et meget godt tilbud for disse pasientene.

Komiteen understreker at formålet med habilitering og rehabilitering er å gi mennesker som er rammet av skade, sykdom eller funksjonshemning, en ny mulighet til å mestre hverdagen og til å delta i samfunns- og arbeidsliv.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet viser til rapporten "Nasjonal plan for rehabilitering, kartlegging av behov" utarbeidet av Sintef Unimed på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. Rapporten er publisert i august 2005 og bygger på en spørreundersøkelse blant 44 pasientorganisasjoner. Hovedkonklusjonen i rapporten er at det er behov for et bedre tilbud innenfor habilitering og rehabilitering både på kommunalt nivå og i spesialisthelsetjenesten.

Disse medlemmer viser til at nødvendig rehabilitering i dag er en lovfestet rettighet i henhold til pasientrettighetslovens bestemmelser om nødvendig helsehjelp.

Disse medlemmer mener det er viktig at brukerorganisasjonene får reell medvirkning i arbeidet med rehabiliteringsstrategien, og at alle pasientgrupper med behov for rehabilitering omfattes.

Disse medlemmer viser til at igangsatte prosjekter innen barnehabilitering vil videreføres i 2007. Doman-metoden skal evalueres, og Petø-metoden er blitt evaluert i inneværende år. Disse medlemmer er svært opptatt av at tilbudet til funksjonshemmede barn må styrkes, og at det må skje en utvikling av tjenestetilbudet i samsvar med den kunnskap som foreligger om funksjonshemmedes muligheter for læring og utvikling. Disse medlemmer vil understreke at foreldre med hjerneskadede barn som trenger habilitering, må sikres et likeverdig tilbud, råd og veiledning uavhengig av bosted. Disse medlemmer viser til at det er igangsatt en rekke prosjekter innen barnehabilitering som har som siktemål å utvikle viktig kunnskap, blant annet om modeller for intensiv trening. Når prosjektene er avsluttet, vil vi ha mer kunnskap om hva som bør anbefales når det gjelder innhold og organisering av tilbudet til barn med hjerneskade. Disse medlemmer mener det er nødvendig å sikre en faglig uavhengig gjennomgang av de ulike metoder og programmer som benyttes ved habilitering av barn med hjerneskader, og den effekten de har. Gjennomgangen må omfatte både nasjonal og internasjonal dokumentasjon over metoder og programmer.

Disse medlemmer viser til at rapporter fra Helsestilsynet, Riksrevisjonen, Sintef Helse og evaluering

av legemiddelasistert rehabilitering (LAR) har påvist mangler i det kommunale oppfølgingstilbudet til rusmiddelavhengige. Manglende ressurser til oppfølging gjør at innsatsen ikke blir satt inn tidlig nok og effekten av behandling i spesialisthelsetjenesten ikke utnyttes godt nok. En betydelig økning i antall LAR-pasienter medfører kapasitetsmessige og kompetansemessige utfordringer på alle nivåer. Disse medlemmer mener det er ytterst viktig å sikre god oppfølging/integrering av LAR-pasienter og andre rusmiddelavhengige i behandling. God sosialfaglig oppfølging, egnet bolig, bistand med gjeldshåndtering og gjeldsordning, tilbud om meningsfylte aktiviteter og systematisk nettverksarbeid er viktig for å oppnå vellykket resultat. Disse medlemmer vil understreke at retten til individuell plan er et godt redskap for å sikre god samhandling.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til oppslag i Dagens Medisin 18. oktober 2007 der kvaliteten på rusomsorgen i RHF Nord igjen beskrives som bekymringsfull. Det regionale foretaket har lagt frem en "Handlingsplan for rus", men fordi det ikke følger ressurser av betydning med, vil det ifølge RHF Nord ta tid å realisere planen.

Flertallet viser til den fremlagte opptrappingsplan for rusfeltet og mener den ikke innfrir de forventninger som er skapt. Så vidt flertallet har registrert, er kritikken fra aktører innen rusfeltet også unison og samstemt. Flertallet har i den forbindelse merket seg Bergensklinikkenes kommentar til forslag til statsbudsjett:

"Det forslaget som er presentert under overskriften Opptrappingsplan for rusfeltet er faktisk det nest minste beløpet øremerket til rusfeltet spesielt som noen regjering har levert de siste 10 årene. Det eneste budsjettet som var mindre var det den sittende Regjering leverte for 2007. Soria Moria erklæringens lange liste med konkrete tiltak i det som ble kalt en Nasjonal Forpliktende Opptrappingsplan er for alltid blåst vekk."

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre viser til at Bondevik II-regjeringen foretok omfattende endringer og forbedringer i rusmiddelomsorgen ved å overføre deler av ansvaret til spesialisthelsetjenesten, ved å sørge for at også rusmiddelmissbrukere er blitt omfattet av pasientrettighetsloven, ved en omfattende økning i tilbudet til både LAV og LAR og ved å stille krav til de regionale helseforetakene om at veksten i ressursbruken skal øke mer for rus og psykiatri enn for somatikk.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, mener det er bekymringsfullt at rusfeltet ikke får større oppmerksomhet enn det gjør, særlig sett i lys av de utfordringene som eksisterer, og de store geografiske variasjoner i tilbudet. Flertallet

vil videre vise til Riksrevisjonens rapport nr. 1 for 2006 der det står:

"Tall fra NPR for tredje kvartal 2006 viser at det er store regionale forskjeller i ventetid (for tverrfaglig spesialisert behandling), fra 94 dager i Helse Sør til 150 dager i Helse Nord. I Helse Nord er det også flest brudd på fastsatt frist for behandlingsoppholdstart. Det er videre store regionale forskjeller i tildeling av rett til nødvendig helsehjelp til pasienter med rusmiddelproblemer. I Helse Midt-Norge er 94 prosent av pasientene tildelt denne retten, mens i Helse Sør gjelder dette for kun 53 prosent."

Komiteens medlemmer fra Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre sier seg fornøyd med at Regjeringen viderefører Bondevik II-regjeringens initiativ ved å stille krav i oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene for 2007 om at veksten i ressursbruken skal være større på rusfeltet og i psykisk helsevern enn innenfor somatikk.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet anser ordningen med kjøp av helsetjenester for sykmeldte som en suksess som bidrar til at arbeidstakere kan komme raskt tilbake i arbeid og spare både arbeidsgiver og samfunnet for store utbetalinger. Det er per oktober 2007 henvist 4 101 sykmeldte arbeidstakere til behandling ved sykehusene. Det er en økning på 1 641 pasienter sist måned. Den sterke veksten viser at ordningen nå faller på plass. Disse medlemmer vil også understreke den positive effekt det har for pasientens velferd at en rask tilbakeføring til arbeidssituasjonen blir muliggjort.

Disse medlemmer viser til at viktige deler av en rehabiliteringsprosess må foregå i kommunene, nær den enkeltes hjem eller i tilknytning til hjemmetilværelse og dagligliv. Kommunene har ansvar for en rekke tiltak som er viktige i rehabiliteringsprosessen for den enkelte. Tiltakene i kommunene representerer en bredde i den aktiviteten som er nødvendig for å få en helhetlig tjeneste og et godt resultat for den enkelte. Dette stiller store krav til samarbeid og samordning. Kommunene har således et basisansvar for rehabilitering og habilitering. Viktige elementer er oppfølging og kontinuitet over tid. Dette er spesielt viktig i "livsfaseovergangene", for eksempel overgang fra barnehage til skole og fra skole til yrkesliv.

Som det går fram i St. meld. nr. 25 (2005-2006) "Mestring, muligheter og mening" er det viktig at rehabiliterings-, omsorgs- og behandlingstiltak ses i sammenheng. Habilitering og rehabilitering omfatter medisinsk oppfølging, opptrening av ulike ferdigheter og utvikling av egen mestring i forhold til kronisk sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Videre omfatter habilitering og rehabilitering praktisk bistand og opplæring i hjemmet for å klare dagliglivets aktiviteter, utprøving og trening i bruk av hjelpemidler, samhandling mellom første- og annenlinjetjenesten, og samhandling i forhold til andre instanser.

I Nasjonal helseplan (2007-2010) er helhet og samhandling en av bærebjelkene som skal prege alle typer

helsetjenester, også innenfor rehabilitering. Det er i Nasjonal helseplan vist til at samhandling ikke har hatt den posisjon i det samlede helsesystemet som viktigheten tilsier. Å endre på dette er sentralt i denne helseplanperioden. På bakgrunn av dette har det siden høsten 2006 bl.a. pågått et arbeid for å utarbeide en nasjonal rammeavtale mellom Regjeringen og KS for samhandling mellom kommunenes helse- og omsorgstjenester og helseforetakenes spesialisthelsetjenester.

Habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten skal inngå i tilbudet av helsetjenester som det regionale helseforetaket skal sørge for. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for bl.a. rehabiliteringstiltak for innlagte pasienter og vurdering av rehabiliteringspotensialet hos henviste pasienter, deltagelse i arbeid med utarbeiding av individuell plan, veiledning til kommunene, undervisning, kompetanseoppbygging, forskning og veiledningsarbeid. I Forskrift om habilitering og rehabilitering er det bl.a. vist til at de regionale helseforetakene har ansvar for oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging mv. Sosial- og helsedirektoratet er bedt om å bidra til at forskrift om habilitering og rehabilitering blir fulgt opp.

Disse medlemmer viser til styringsdokumentene til de regionale helseforetakene hvor det er presisert at habilitering og rehabilitering skal prioriteres. Det legges til grunn at alle pasienter som har behov for rehabilitering og habilitering, skal få tjenester på det nivå og i det omfang som er nødvendig. Innenfor spesialisthelsetjenesten er det et spekter av tjenester. Pasienter med alvorlig skade eller funksjonshemming trenger rehabiliteringstjenester, herunder utredning, på et høyt faglig nivå. Dette innebærer at det er behov for tjenester i sykehus, og for en del pasienter med komplekse tilstander vil rehabiliteringen måtte starte i universitetssykehus. Hvordan rehabiliteringstilbudet skal legges opp, er en faglig vurdering som de regionale helseforetakene til enhver tid har ansvar for.

Private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som de regionale helseforetakene inngår avtale med, forutsettes å være en del av et helhetlig tilbud i regionen. Gjennom avtaleinngåelse vil de regionale helseforetakene kunne vurdere hvilke tjenester som er riktig å kjøpe fra disse institusjonene, og hvilken kvalitet tjenesten skal ha for at dette tilbudet skal passe inn i det helhetlige pasienttilbudet foretakene har ansvaret for. Dette kan innebære at de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene må utvikle sitt tilbud og i den sammenheng også endre sitt tilbud noe i forhold til tidligere. At bevilgningene til de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjonene har økt med om lag 14 prosent fra 2005 til 2007, gir et klart uttrykk for at Regjeringen vil styrke dette feltet.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, har merket seg at det kjøpes færre private rehabiliteringsplasser, hvilket betyr at færre pasienter får behandling i de private institusjonene. Dette er bekymringsfullt, særlig fordi det er godt kjent at behovet for tilbud er stort. Flertallet vil i

denne sammenheng også vise til Riksrevisjonens rapport nr. 1 2006 der det står:

"De regionale helseforetakene skal prioritere tjenestetilbudet innenfor rehabilitering og habilitering på en slik måte at tilbudet til pasienten utbygges og styrkes i 2006, og særlig oppmerksomhet bør vies til habilitering av barn og rehabilitering av alvorlig hodeskade. De regionale helseforetakene har igangsatt ulike prosjekter, utredningsarbeid og tiltaksplaner innen rehabilitering og habilitering i 2006. Det er imidlertid vanskelig å vurdere i hvilken grad tilbudet er utbygget og styrket i 2006."

Flertallet frykter videre at Regjeringen med sin politikk i praksis bygger ned viktige, verdifulle private tilbud uten at det finnes et fullgodt tilbud i offentlig regi. Dette går ut over pasientene.

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet er opptatt av å sikre personer med alvorlig hodeskade et godt rehabiliteringstilbud. Det er viktig at en kommer i gang med rehabilitering så tidlig som mulig i behandlingsforløpet. I bestillerdokumentet for 2006 til de regionale helseforetakene ble det bl.a. presisert at rehabilitering av personer med alvorlig hodeskade skulle vises særskilt oppmerksomhet. I alle regioner arbeides det med å utvikle tilbudet. Fagmiljøene gjør seg bl.a. nytte av erfaringene fra Danmark.

Disse medlemmer er enig i at det er viktig å styrke tilbudet til barn og unge. Det vises blant annet til lovforslaget om ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, samt satsingen på barn av rusavhengige og psykisk syke foreldre for å identifisere og følge opp disse barna. I Soria Moria-erklæringen går det fram at Regjeringen vil arbeide for at barn med funksjonshemming og kronisk sykdom skal få et godt og tverrfaglig habiliteringstilbud.

Barn og unge med kronisk sykdom og funksjonshemming trenger et bredt, planlagt og langsiktig habiliteringstilbud. Habilitering krever innsats fra flere faggrupper og tjenesteområder. Det er viktig at tiltak settes inn tidlig og innrettes mot hele utviklingsperioden for barn og unge, at ulike tjenester planlegges i sammenheng og at tiltak koordineres.

Habilitering skal medvirke til en mest mulig selvstendig livssituasjon for den enkelte gjennom tilrettelegging og opptrening av det enkelte barns evne til å mestre aktiviteter i dagliglivet. Habilitering av barn og unge foregår i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og ved de statlige spesialpedagogiske kompetansesentrene.

Det er etablert en rekke tiltak for å bedre situasjonen for familier med funksjonshemmede barn. Alle kommuner får nå tilbud om å delta i det særskilte opplæringsprogrammet som er kalt TaKT – Tilrettelegging av det kommunale tjenestetilbudet til barn med nedsatt funksjonsevne og deres familier. Det pågår om lag 30 utviklingsprosjekter innen barnehabilitering. De fleste blir avsluttet i 2007. Utviklingsprosjektene har bidratt til å øke kunnskapen og styrke tjenestene innen spesia-

listhelsetjenesten, samtidig som de skal underbygge samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Formålet med prosjektene er at de regionale helseforetakene skal utnytte den kunnskapen som er ervervet i disse prosjektene, i sin utvikling av likeverdige, virkningsfulle tjenester. Sosial- og helsedirektoratet er bedt om å utarbeide faglig veiledningsmaterieell for habilitering og rehabilitering og bl.a. bruke erfaringene som framkommer i habiliteringsprosjektene.

Disse medlemmer viser til at det i bestillerdokumentet for 2006 til de regionale helseforetakene er presisert at de regionale helseforetakene skal prioritere tjenestetilbudet innenfor rehabilitering og habilitering på en slik måte at tilbudet til pasientene utbygges og styrkes. Det er vist til at særlig oppmerksomhet bør vies bl.a. habilitering av barn.

Disse medlemmer ønsker å vise til den nasjonale strategien for rehabilitering og habilitering i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som ble lagt frem i forbindelse med St.prp. nr. 1 (2007-2008), og er glad for at Regjeringen gjennom denne setter et tydelig fokus på dette viktige området i årene fremover.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, viser til at Regjeringens opplegg for kommunesektoren i 2008 innebærer reelt sett en nedgang i frie inntekter i forhold til situasjonen ved utgangen av 2007. Det betyr at mange kommuner i 2008 enten vil bli nødt til å redusere tilbudet eller drive mer effektivt. Flertallet viser videre til den usikkerhet som knytter seg til sykehusenes økonomi og mangel på økonomistyring. Flertallet frykter at dette vil føre til et redusert tilbud innenfor rehabilitering og habilitering, herunder rusbehandling.

Flertallet er av den mening at private og ideelle institusjoner som tilbyr rehabilitering, habilitering eller opptrening, ikke kan regnes som et supplement til, men må ses på som en del av det ordinære offentlige behandlingstilbudet.

Flertallet mener at retten til rehabilitering og habilitering må lovfestes bedre, slik at alle som etter faglig vurdering får stadfestet et behov, også får oppfylt sine rettigheter, og at fritt sykehus/institusjonsvalg også må gjelde for rehabilitering. Representanter for brukergruppene må tas med tidlig i prosessen når det skal utformes strategi og helhetlige planer for fremtidige rehabiliteringstjenester, og flertallet mener det er viktig at også samhandling med kommunene og NAV om utdanning, arbeid og sosiale aktiviteter inkluderes.

Flertallet viser til at diabetes og kols er satsingsområder med egne planer, men hvor Regjeringen ikke har fulgt opp økonomisk. Flertallet mener dette er pasientgrupper som må få livsstilsendrings- og opptreningstilbud som må følges opp. For mange vil livslang oppfølging være nødvendig både innenfor spesialist- og primærhelsetjenesten, og samhandlingen med fastlegen må styrkes.

Satsingen på tyngre pasienter og nye pasientgrupper er ikke finansiert med friske midler, men slik flertallet ser det, ved å nedprioritere andre. Dette vil føre til at mange ikke lenger får mulighet til å bedre sin helse-tilstand og livskvalitet.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Fremskrittspartiets budsjettforslag for 2008 hvor det er avsatt midler til forebyggingstiltak og rehabilitering for disse pasientgruppene.

Etter hva komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, er blitt kjent med, er reumatikere, kronikere og eldre grupper som de siste to årene har fått merke nedtrappingen i rehabiliteringstilbudet. For mange i disse gruppene har kortvarige opphold i institusjoner ført til en merkbart forbedret livskvalitet, og for andre en mulighet til å klare å fortsette i jobb. For mange pasientgrupper vil rehabiliteringsopphold i land med varmere klima være et godt behandlingalternativ.

Kommunene må sørge for et helhetlig behandlingstilbud gjennom å innlemme flere faggrupper og opprette tverrfaglige team i samarbeid med spesialisthelsetjenesten. Muskel- og skjelettlidelser koster samfunnet 44 mrd. kroner årlig.

Flertallet mener det er påkrevd med en opptrappingsplan for å oppfylle målsettingen om rehabilitering til alle med behov. I tillegg mener flertallet at en ny finansieringsordning med øremerkede midler må på plass. Markedet fungerer ikke med helseforetakene i dobbeltrollen som kjøper og utøver av de samme tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet mener det må opprettes et uavhengig organ tilknyttet NAV som utarbeider avtaler og anbudsdokumenter, og at de offentlige rehabiliteringstilbudene som helseforetakene selv driver, må tas med i anbudsprosessene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre vil ha reell konkurranse mellom private og offentlige helsetjenester, noe som betinger at helseforetakene må inngå avtaler og konkurrere på lik linje med private og ideelle utøvere. Avtalene må være forutsigbare og langsiktige for at private skal ha mulighet til å bygge opp kompetanse og kvalitet på tilbudene når det gjelder ansatte, men også når det gjelder det bygningsmessig og andre nødvendige fasiliteter som for eksempel svømmebasseng. Med kortsiktige avtaler er det vanskelig å tiltrekke seg kvalifisert og spesialisert personale og å opprettholde gode og stabile arbeidsmiljøer. Dagens avtaler som strekker seg fra ett til to år og kun i enkelte tilfeller til fire år, er, slik disse medlemmer ser det, ikke tilfredsstillende for denne typen virksomheter. I tillegg til mer langsiktige avtaler bør det utarbeides langsiktige intensjonsavtaler.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ser det som viktig å ha oppmerksomhet på den dokumenterte effekten av rehabilitering, og mener at det må satses mer på forskning for å bedre behandlingsmetodene og resultatene. Det bør legges til rette for at de private utøverne skal kunne delta i forskning og behovskartlegging og ved å bidra med verdifullt erfaringsgrunnlag fra ulike behandlingsformer. Forskingen må også foregå i kommunene og implementeres i praksis. Helhetlige behandlingsforløp forutsetter, slik flertallet ser det, langt bedre samhandling mellom kommunens helse og omsorgstjeneste, fastlegen og institusjonene.

Flertallet har merket seg at Regjeringen har på høring forslag til endringer i regnskapsforskriften som medfører at kommunale og fylkeskommunale foretak ikke skal ha plikt til å føre regnskap etter regnskapslovens bestemmelser. Handels- og Servicenærings Hovedorganisasjon mener i høringsbrev av 19. oktober 2007 at dette vil kunne gi slike virksomheter et konkurransefortrinn på områder hvor de leverer tjenester i konkurranse med private, og at det kan føre til kryssubsidiering. Flertallet frykter at Regjeringen, dersom denne forskriften blir gjeldende, vil gjøre det enda vanskeligere for private aktører – ideelle som kommersielle – å tilby tjenester til innbyggerne.

Flertallet viser videre til at det er ulike kvalitetskrav og definisjoner på hva tilbudet skal inneholde fra region til region. Dette gjør det vanskelig for aktører som er landsdekkende og tilbyr tjenester i flere regioner, å utvikle gode tjenester når bestillingene er så ulike fra region til region. Flertallet mener det er grunn til å tro at denne praksis også vanskeliggjør effektiv fagutvikling samt muligheten til å standardisere tjenestene. Flertallet vil også vise til at dagens konkurransegrunnlag er lite gjennomskiktig, hvilket betyr at det er vanskelig for aktører på feltet å sammenligne seg med andre aktører. Kryssubsidiering er et eksempel på dette.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet er kjent med at dagens finansiering ikke fanger opp de reelle kostnadene ved ulike rehabiliterings- og opptreningsalternativ. Det er nødvendig å utrede DRG-koder, ikke minst for kompleks rehabilitering, og betaling for tjenestene må følge pasienten. Finansieringen må gjennom DRG-koder avspeile de reelle kostnadene ved forskjellige behandlingalternativer.

Dagens finansieringssystem fører til ulik praksis og varierende oppfølging og tilbud i kommunene, og disse medlemmer mener derfor at rehabilitering bør ha en statlig finansiering. Behandlingstilbudene kan, slik disse medlemmer ser det, ikke styres av kortsiktige økonomiske hensyn, og kvaliteten på tilbudene og oppfølgingen over tid må tilpasses brukeren/pasientens behov. Mange vil trenge oppfølging over flere år, og andre vil ha behov for livslang rehabilitering eller opptrening. Avkorting av tilbud kan etter disse medlemmers mening føre til dårlig eller

ingen effekt av det mangelfulle tilbudet, og i ytterste konsekvens en forverret helsetilstand for mange.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ser på habilitering som tiltak som blir iverksatt for å bidra til å fremme eller vedlikeholde funksjons- og mestringsevne hos personer med medfødt eller tidlig påført sykdom eller skade. I Forskrift om habilitering og rehabilitering § 2 er definisjonen som følger:

"Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeidet om å gi nødvendig bistand til brukerens og pårørendes egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet."

I rapporten om landsomfattende tilsyn med habiliteringstjenesten til barn avdekket Helsetilsynet i 2006 store avvik og svakheter i 4 av 5 kommuner. Flertallet er bekymret over at det i mange kommuner er problematisk å få tilbud om avlastning ved akutte behov og utenom avtalte tidspunkt, og foreldrene får i liten grad velge mellom kommunal og privat avlastning. Kommunene mangler ofte ansatte med spesialkompetanse, og når det gjelder habilitering, er grensesnittet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenester uklare.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet og Høyre mener at for barn og unge med behov for habilitering eller rehabiliteringsopphold utenfor hjemmet vil det være viktig å få muligheten til å oppleve mestring, sosialt samvær og tilpassede aktiviteter med likesinnede. Disse medlemmer er kjent med at god oppfølging vil styrke muligheten for en positiv utvikling og aktiv deltagelse i hverdagen. De store geografiske forskjellene i behandlingstilbud og forskjellene kommunene imellom viser, slik disse medlemmer ser det, at Regjeringen bør legge frem forslag til endring av organiseringen og finansieringen av disse tjenestene.

Komiteens medlemmer fra Fremskrittspartiet viser til Fremskrittspartiets alternative statsbudsjett for 2008 der det blir foreslått en betydelig økning knyttet til kjøp av rehabilitering/habiliteringsplasser som et første ledd i en opptrappingsplan.

Disse medlemmer viser videre til sine merknader i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008) knyttet til rehabilitering og habilitering.

Komiteens flertall, medlemmene fra Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre, ser til disse partiers respektive alternative statsbudsjett for 2008 der det foreslås en ytterligere satsing på rehabilitering, habilitering og tiltak til rusmiddelmissbrukere utover Regjeringens forslag. Dette er en videreføring av disse partiers satsing i statsbudsjettet for 2007. Flertallet viser til merknadene i Budsjett-innst. S. nr. 11 (2007-2008).

Flertallet viser til dokumentet og fremmer følgende forslag:

"Stortinget ber Regjeringen fremme et forslag om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, med øremerkede midler til å styrke tilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det må også etableres særskilte tilskudd for å stimulere helhetlige tilbud i samhandling mellom disse."

Komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet foreslår at dokumentet vedlegges protokollen.

FORSLAG FRA MINDRETALL

Forslag fra Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet:

Dokument nr. 8:56 (2006-2007) - representantforslag fra stortingsrepresentantene Erna Solberg, Inge Lønning, Sonja Irene Sjøli, Børge Brende og Trond Helleland om en opptrappingsplan for å styrke tilbudet om habilitering og rehabilitering – vedlegges protokollen.

KOMITEENS TILRÅDING

Komiteens tilråding fremmes av Fremskrittspartiet, Høyre, Kristelig Folkeparti og Venstre.

Komiteen viser til dokumentet og merknadene og råar Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Stortinget ber Regjeringen fremme et forslag om en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, med øremerkede midler til å styrke tilbudet både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det må også etableres særskilte tilskudd for å stimulere helhetlige tilbud i samhandling mellom disse.

Oslo, i helse- og omsorgskomiteen, den 27. november 2007

Harald T. Nesvik
leder

Jorodd Asphjell
ordfører

