



# Innst. 295 S

(2011–2012)

## Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:11 (2011–2012)

### **Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilite- ring innen helsetjenesten**

Til Stortinget

#### **1. Sammendrag**

##### **1.1 Innledning**

I Innst. S. nr. 178 (1998–1999) sluttet sosialkomiteen seg til at målet må være å sikre likeverdige tilbud til alle mennesker med rehabiliteringsbehov, og komiteen så det som viktig at det gis rom for både langvarige og kortvarige tiltak ut fra den enkeltes behov og livssituasjon.

Rehabilitering er i forskrift om habilitering og rehabilitering (som trådte i kraft 2001) definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom budsjettproposisjoner og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 formidlet krav om at fagfeltet rehabilitering skal styrkes. I strategien understrekes det at tilstrekkelige ressurser må settes inn på området for å etablere riktig kapasitet for rehabiliteringstjenesten, og fagfeltet må bli det neste store satsingsområdet for helsevesenet. Det understrekes videre at det er av betydning hvordan rehabilitering prioriteres i den samlede ressursbruken i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten skal rehabilitering styrkes når det gjelder både omfang av og kvalitet på tjenester som

tilbys. Helsedirektoratet har hovedansvaret for å koordinere arbeidet med å sette strategien ut i livet.

Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom de årlige oppdragsdokumentene og gjennom foretaksmøter. De fire regionale helseforetakene har, gjennom underliggende helseforetak, ansvar for å tilby nødvendige rehabiliteringstjenester på spesialisert nivå til regionens befolkning. For å oppfylle «sørge for»-ansvaret innen rehabilitering har de regionale helseforetakene inngått avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester som supplement til rehabiliteringstjenester som ytes av helseforetakene.

Kommunene har, gjennom kommunehelsetjenesteloven, ansvar for å tilby sine innbyggere medisinske habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Kommunene plikter til enhver tid å ha en oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.

I forskrift om habilitering og rehabilitering er det presisert at kommunen og det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som de blir kjent med i tjenesten.

Riksrevisjonens kontroll for budsjettåret 2007 viste at andelen pasienter som var tildelt nødvendig helsehjelp innen fysikalsk medisin og rehabilitering, var redusert i perioden 2005–2007, samtidig som gjennomsnittlig ventetid hadde økt fra 3. tertial 2006 til 3. tertial 2007. Kontrollen viste videre at det var utviklet få indikatorer som gjør det mulig å måle utviklingen av fagfeltet rehabilitering og de tjenestene som tilbys. Målene som var satt for fagfeltet, var få og lite spesifikke. På grunn av uklar og mangelfull rapportering var det vanskelig å vurdere måloppnåelsen. Det er en risiko for at rehabiliteringskapasiteten

ikke står i forhold til behovene i befolkningen, og en risiko for manglende effektivitet i eksisterende tilbud.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad myndighetene ivaretar sitt overordnede ansvar for å sikre prioritering av rehabilitering i helsetjenesten i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. Undersøkelsen har belyst følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad har rehabiliteringstilbudet i helsetjenesten økt i samsvar med målene for området?
2. I hvilken grad sikres rehabiliteringspasienter et helhetlig og koordinert tilbud i helsetjenesten?
3. I hvilken grad følger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene opp de målene som er satt for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten?

## 1.2 Gjennomføring av undersøkelsen

Problemstillingene i undersøkelsen er blant annet belyst ved brukerundersøkelse og spørreskjemaundersøkelser. Dokumentet gjør nærmere rede for datainnhenting.

## 1.3 Oppsummering av funnene

### 1.3.1 *Helsemyndighetene trenger mer kunnskap om kapasitet og behov for rehabiliteringstjenester*

Samlet sett er det ikke mulig å måle om rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten har blitt styrket i perioden 2005 til 2010. Nasjonalt er antallet DRG-poeng knyttet til rehabilitering redusert med 21 pst. i perioden. Reduksjonen har vært størst etter 2007. Det har vært ulik utvikling i regionene, med en reduksjon på 47 pst. i Helse Vest og en reduksjon på 5 pst. i Helse Midt-Norge. Også DRG-poeng knyttet til kompleks rehabilitering, som inkluderer den mest spesialiserte rehabiliteringen, er redusert med 14 pst. nasjonalt. Reduksjonen i DRG-poeng kan skyldes flere årsaker enn redusert aktivitet, og må tolkes med forsiktighet. Organisatoriske endringer og integrering av rehabilitering i pasientforløp kan påvirke hvordan rehabiliteringsopphold er gruppert i DRG-systemet.

Tall som er innhentet fra helseforetakene, viser at det har vært en reduksjon i helseforetakenes sengekapasitet knyttet til rehabilitering på åtte pst. i perioden 2005–2010. Antallet senger er redusert fra 25 senger pr. 100 000 innbyggere i 2005 til 22 senger i 2010. Undersøkelsen viser også at det har vært en reduksjon i antall liggedøgn og dagopphold knyttet til rehabilitering. Samtidig har det vært en økning i antallet polikliniske konsultasjoner. Økningen i

antall polikliniske konsultasjoner er ikke like stor som reduksjonen i antall liggedøgn og dagopphold.

Undersøkelsen viser at det har skjedd vesentlige endringer i organiseringen og innretningen av rehabiliteringstjenester de siste årene. Mens det totalt sett har vært en reduksjon i rehabiliteringskapasiteten i helseforetakene, har det vært en økning i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering i ordinære avdelinger. En betydelig del av denne økningen skyldes at eksisterende tilbud har blitt styrket, og at nye slagenheter har blitt opprettet i helseforetakene. Av de undersøkte helseforetakene har det i Helse Bergen og Helse Stavanger vært en spesialisering av rehabiliteringstilbudet: De enklere rehabiliteringstilbudene ivaretas av kommunene, mens den mest spesialiserte rehabiliteringen er beholdt eller styrket. I Nordlandsykehuset er rehabilitering i større grad blitt integrert i øvrige behandlingsforløp, mens kapasiteten i rene rehabiliteringsavdelinger er redusert.

Departementet viser i sine kommentarer til undersøkelsen at det legges større vekt på dagopphold og polikliniske tjenester, og at rehabilitering nå starter tidligere i pasientforløpene.

Ved en fortsatt avvikling av sengeposter og reduksjon av liggedøgn i helseforetakene, spesielt i dedikerte rehabiliteringsavdelinger, er det risiko for at enkelte grupper som tidligere fikk et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, nå får et redusert tilbud. Risikoen vil være størst for pasienter i de kommunene som ikke har et veletablert rehabiliteringsplasser i institusjon. Kommunene har utfordringer med å benytte korttids plasser i samsvar med egne mål og strategier.

Aktiviteten i de private rehabiliteringsinstitusjonene er redusert de siste årene. Det har vært en reduksjon på sju pst. i antall opphold og oppholdsdoen. Undersøkelsen viser at en tredel av de private rehabiliteringsinstitusjonene stiller krav til selvhjulpenhet. Institusjonene kan i varierende grad gi et tilbud til rehabiliteringspasienter med spesielle og ressurskrevende behov.

Departementet sier i sine kommentarer til rapporten at innholdet i tilbudet har endret seg. Faglige krav til institusjonene har blitt strengere, og antall fagpersonell er økt.

Informasjon fra Norsk pasientregister viser at det er stor variasjon mellom regionene i andelen pasienter innen fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering som får rett til nødvendig helsehjelp. I perioden 2008 til 2010 ble andelen med rett til nødvendig helsehjelp redusert i tre av fire regioner. I 2010 varierte andelen mellom 16 pst. i Helse Nord og 61 pst. i Helse Vest. Mellom helseforetakene er variasjonen større. I 2010 fikk 1 pst. av pasientene innen fysikalsk medisin og rehabilitering rett til nødvendig hel-

sehjelp ved Sykehuset Telemark, mens andelen var 90 pst. ved Helse Førde. I dybdeundersøkelsen kommer det fram at prioriteringsforskriften oppleves som utfordrende for rehabiliteringsområdet. Dette gjelder spesielt kriteriene som ligger til grunn for vurdering, samt tidspunkt for rettighetsvurdering av rehabiliteringspasienter som er i et annet behandlingsforløp.

Tall fra Norsk pasientregister viser at det er variasjon mellom regionene når det gjelder ventetidene til fysikalsk medisin og rehabilitering. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp varierte ventetidene i 2010 fra 44 dager i Helse Sør-Øst til 75 dager i Helse Midt-Norge. I spørreundersøkelsen til fastlegene oppgir et flertall av fastlegene at det er betydelige ventetider når det gjelder rehabilitering i helseforetakene, private rehabiliteringsinstitusjoner, rehabiliteringsplass i kommunene samt fysioterapi i kommunene. Mange kommuner har ikke fast ansatte ergoterapeuter. Av de fastlegene som har en oppfatning av ventetid til ergoterapi i kommunen, oppgir 62 pst. at ventetidene er betydelige. 63 pst. av fastlegene oppgir at de har opplevd at pasienter på deres liste har fått dårligere funksjon i påvente av et rehabiliteringstilbud i helsetjenesten. 58 pst. av fastlegene oppgir at pasienter har falt helt eller delvis ut av arbeidslivet. En like stor andel oppgir at pasientene har opplevd større grad av sosial isolering.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det har vært en økning i antall plasser avsatt til rehabilitering i institusjon i kommunene. I perioden 2005 til 2010 har det vært en økning fra 1587 til 2005 plasser. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 84 pst. av kommunene enten har egen avdeling for rehabilitering i institusjon eller har plasser avsatt til rehabilitering i ordinære avdelinger. 16 pst. av kommunene har ingen av delene. Statistiske data gir ikke informasjon om bruk av plassene eller kompetanse tilknyttet plassene. I dybdeundersøkelsen kommer det fram at mange kommuner opplever press på rehabiliteringsplassene fra andre brukergrupper, spesielt der plassene inngår i ordinære avdelinger.

Undersøkelsen viser videre at en stor andel av kommunene har utfordringer med å tilby opptrening av språk og tale, opptrening av kognitive funksjoner og trening i daglige aktiviteter. Undersøkelsen viser at kommunene i mindre grad kan tilby tilrettelagte rehabiliteringstjenester til yngre pasienter enn til eldre.

Rehabiliteringsaktivitet i sykehus er endret, og deler av tilbudet skal gis integrert som en del av den ordinære behandlingen. Undersøkelsen viser at det er vanskelig å si om kapasiteten for rehabilitering er styrket, fordi det ikke er all rehabiliteringsaktivitet som blir registrert. Av den grunn er det vanskelig å måle kapasitet. Imidlertid kan det stilles spørsmål ved om kapasitetsutviklingen har vært tilfredsstillende.

Undersøkelsen viser at ventetider innen rehabilitering øker, at færre rehabiliteringspasienter får rett til nødvendig helsehjelp, og at antall senger og oppholdsdøgn er redusert.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i sine kommentarer til rapporten at sengeplasser, ventetider, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid i liten grad måler kapasitet og omfang av rehabilitering dersom disse ikke kobles med andre opplysninger. Ifølge departementet er det viktigste for god rehabilitering at innholdet er relevant og tilstrekkelig, og at det er samarbeid mellom aktuelle aktører, slik at tilbudet blir helhetlig i forhold til de målene som er satt for pasienten, og at dette skjer i samarbeid med pasienten.

### ***1.3.2 Bedre kompetanse, økt samarbeid og mer avklarte ansvarsforhold kan gi bedre rehabilitering***

Undersøkelsen viser at alle de fire undersøkte helseforetakene har inngått generelle samarbeidsavtaler med kommunene i opptaksområdet. Avtalene er overordnede, og mangler av den grunn informasjon om kapasitet og kompetanse knyttet til rehabilitering hos de ulike partene. Dette er med på å redusere mulighetene for helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp. Flere regionale helseforetak rapporterer at de jobber med å forbedre avtalene og samarbeidet med kommunene. Tall fra KOSTRA viser at 184 kommuner hadde samarbeidsavtale med helseforetakene angående rehabilitering i 2010, mens 227 kommuner ikke hadde en slik avtale. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester setter krav til at det etableres samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, samt til avtalens innhold.

Undersøkelsen viser også at det er ulike oppfatninger mellom tjenestenivåene om hvilke tjenester som skal ytes i kommunehelsetjenesten, og hvilke som skal ytes i spesialisthelsetjenesten. Kommunens kapasitet og kompetanse påvirker hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten har mulighet til å ivareta. Dette påvirker hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten har mulighet til å ivareta. I tillegg til at det er mangel på viktige faggrupper for rehabilitering i kommunene, er omfanget av tjenester som tilbys, en utfordring.

Helseforetakene og kommunene i helseregion Sør-Øst er i gang med å utarbeide områdeplaner for enkelte fagområder. Disse områdeplanene skal bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak og vil være et utgangspunkt for en nærmere definisjon av hvilke tjenester og oppgaver som skal ivaretas av helseforetaket, og hva som skal ivaretas av kommunen.

Nær alle rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og halvparten av de private rehabiliteringsin-

stusjonene oppgir at alle eller et flertall av pasientene som skrives ut fra avdelingen, har behov for oppfølging av kommunehelsetjenesten. Et flertall av kommunene i dybdeundersøkelsen er i stor grad fornøyd med det samarbeidet kommunen har med rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, mens et flertall av kommunene i mindre grad er fornøyd med det samarbeidet kommunen har med ordinære avdelinger i helseforetakene. Flertallet av kommunene erfarer at de ordinære avdelingene ikke har oppmerksomhet rettet mot rehabilitering. Godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er ofte viktig for pasientens rehabiliteringsforløp. Når større deler av kapasiteten for rehabiliteringstjenester legges til ordinære avdelinger, må disse også ivareta samarbeidet med kommunene om pasientenes rehabiliteringsforløp.

Undersøkelsen viser at 80 pst. av kommunene er enig i at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilke tjenester kommunen kan tilby. Videre viser undersøkelsen at flere rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene erfarer at kommunene i liten grad har kompetanse eller kapasitet til å følge opp de tiltak som spesialisthelsetjenesten anbefaler. Helseforetakene i Helse Sør-Øst arbeider med områdeplaner der rehabilitering er inkludert, og der ansvarsfordelingen mellom helseforetak og kommune blir behandlet. Kommunene opplever dette som positivt. Undersøkelsen viser at det er et potensial for forbedrede og mer helhetlige pasientforløp ved at kommunikasjon og kunnskap mellom nivåene økes.

For at rehabiliteringspasienter skal få et helhetlig og koordinert rehabiliteringstilbud, er det viktig at kommunene varsles så tidlig som mulig om pasienter som vil trenge rehabilitering i kommunen etter utskrivning. Undersøkelsen viser at helseforetakene tar tidligere kontakt med kommunene enn det de private rehabiliteringsinstitusjonene gjør. Videre er det viktig at kommunene får nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten for å kunne planlegge det videre rehabiliteringsforløpet. Undersøkelsen viser at rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene oppgir at de sender mer informasjon om pasienten og dens behov til kommunene enn det kommunene oppgir at de mottar. Dette kan tyde på at informasjonen ikke når rett instans i kommunen.

Et stort flertall av pasientene fra brukerundersøkelsen er fornøyd med hvordan de ble inkludert i sin egen rehabiliteringsprosess under sykehusoppholdet. En stor andel av pasientene er enig i at personalet hjalp dem å forstå deres muligheter for rehabilitering, definere mål for rehabiliteringen og foreslå konkrete tiltak for å forbedre eller opprettholde funksjonsnivået. Pasienter som hadde et rehabiliteringsopphold som følge av en akutt innleggelse, er i mindre grad

fornøyd med egen medvirkning enn pasienter som hadde et planlagt rehabiliteringsopphold. Pasienter som i perioden etter utskrivning har et stort bistandsbehov, oppgir i gjennomsnitt lavere grad av brukermedvirkning enn pasienter med små bistandsbehov. Ansatte og ledere ved rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene påpeker at det varierer i hvilken grad pasientene kan involveres i egen rehabilitering i løpet av oppholdet på sykehuset.

Over 80 pst. av rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene har retningslinjer for arbeidet med individuell plan, deriblant rutiner som skal sikre at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester blir tilbudt individuell plan. Bare 17 pst. av pasientene fra brukerundersøkelsen oppgir at de har individuell plan. Av de pasientene som ikke har individuell plan, oppgir over halvparten av dem at de ikke er blitt tilbudt individuell plan. Tjenesteyterne i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, deriblant fastlegene, er i stor grad enig i at individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliteringstjenester til den enkelte pasient. Videre er tjenesteyterne i stor grad enig i at bruk av individuell plan fremmer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Kommunene har gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering siden 2001 vært pålagt å ha en koordinerende enhet. Undersøkelsen viser at en femtedel av kommunene ikke har opprettet en slik enhet. Undersøkelsen viser videre at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder hvilket ansvar, hvilken myndighet og hvilke oppgaver som er lagt til kommunens koordinerende enhet. Enkelte enheter er sårbare ved at funksjonen «koordinerende enhet» er lagt til enkeltpersoner. Det er stor variasjon i hvor synlig og tilgjengelig enhetene er, og hvordan de fungerer i samhandling med samarbeidspartnere. Det at enheten er lite synlig, gjør at det kan være vanskeligere for pasienter og pårørende å ta kontakt for å få bistand eller informasjon om mulige rehabiliteringstjenester.

### ***1.3.3 Det er behov for å utvikle bedre måleinstrumenter på rehabiliteringsfeltet***

I de årlige oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er det ikke fastsatt indikatorer som skal benyttes for å vurdere måloppnåelsen om en kapasitetsøkning for rehabilitering. Årlig melding fra de regionale helseforetakene for 2008 inneholder ikke en spesifisering av antall årsverk eller plasser for rehabilitering, og de regionale helseforetakene kan ikke trekke ut data fra NPR som gir et pålitelig bilde av utviklingen fra 2008 til 2009. Helse Midt-Norge RHF begrunner dette med at styringskravet ikke ble formidlet til hel-

seforetakene slik at det framsto som et konkret krav for 2008, men som et langsiktig mål.

I meldingen fra Helse Sør-Øst RHF for 2009 opplyses det at nåværende indikatorer og aktivitetsregistrering ikke gir sikker identifisering av den prosentvise økningen som er forutsatt for rehabilitering og habilitering. Helse Nord RHF rapporterer i årlig melding for 2009 at de ikke har aktivitetsdata som kan dokumentere at målet om å styrke aktiviteten for spesialisert habilitering og rehabilitering med 1,5 pst. er nådd. Helseforetakene peker i undersøkelsen på at det er problematisk å styre rehabiliteringsvirksomheten på bakgrunn av antall DRG-poeng. Ledelsen ved Helse Stavanger HF viser til at det i de eksisterende styringsdataene er vanskelig å tallfeste og spore rehabiliteringsvirksomheten. Dette gjør at det ifølge helseforetaket er vanskelig å ha oversikt over kostnadsutviklingen og ressursbruken.

Fylkesmenneses årsrapporter for 2010 viser at det er stor oppmerksomhet om koordinerende enhet, individuell plan og inngåelse av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Kommunene rapporterer om antallet institusjonsplasser, både korttids- og langtidsplasser, gjennom KOSTRA. Det rapporteres videre om antall korttidsplasser som er avsatt til rehabilitering. Det rapporteres ikke om fagkompetanse, belegg eller pasientgrunnlag for institusjonsplassene. Med unntak av korttidsplasser som er avsatt til rehabilitering, er det ingen indikatorer som er direkte knyttet til rehabilitering. I rapporteringen fra kommunene er det ikke mulig å skille ut kostnader som kun kan relateres til rehabilitering.

Det framgår av undersøkelsen at Helsedirektoratet mangler informasjon om rehabilitering i kommunene. Direktoratet får noe informasjon gjennom KOSTRA og IPLOS, men informasjonen er oppstykket. Kommunene i dybdeundersøkelsen viser til at rehabilitering ikke rapporteres adskilt, men som en del av andre kommunale tjenester i KOSTRA. For eksempel rapporteres det på stillinger for fysio- og ergoterapi, men det framkommer ikke hvilke brukergrupper disse faggruppene arbeider med.

Mangelen på gode måleindikatorer gjør det vanskelig å vurdere om kravet til styrking av kapasiteten er innfridd når det gjelder spesialist- og kommunehelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har gjennom årlig melding i flere år vist til at det er svakheter knyttet til aktivitetsrapportering om rehabilitering. Det er utfordrende å dokumentere rehabilitering som er integrert i ordinære forløp, og aktivitet som ikke gir finansiering, blir ikke registrert. For eksempel registreres ikke opptrening på fysikalsk medisinsk avdeling der lege ikke er til stede, og rehabilitering som ytes av medisinsk serviceavdeling, fanges ikke opp i statistikk. Helse Sør-Øst RHF påpeker i årlig melding for

2008 at det mangler enhetlige definisjoner og systemer for rapportering om rehabilitering. Det etterspørres et nasjonalt initiativ for å komme fram til omforente rapporteringssystemer og krav for fagområdet.

De regionale helseforetakene rapporterer funksjonsfordelt regnskap til Statistisk sentralbyrå, og i det er det en egen funksjon for habilitering og rehabilitering. Undersøkelsen viser at det er usikkerhet knyttet til om helseforetakene fører kostnader og inntekter på en enhetlig måte i det nevnte regnskapet. Det er videre usikkerhet knyttet til om funksjonen dekker alle relevante kostnader og inntekter knyttet til rehabilitering. Videre er det ikke mulig å skille habilitering og rehabilitering i funksjonsregnskapet.

Undersøkelsen viser at Helsedirektoratet er klar over at det ikke har vært utviklet gode mål for utviklingen av nasjonal statistikk knyttet til rehabilitering. Utvikling av kodeverket innen rehabilitering har ikke vært satt i system før den pågående revisjonen av prosedyrekodeverket. Tidligere har ansvaret for kodeverket ligget delvis hos KITH og delvis i finansavdelingen i Helsedirektoratet.

Det er i dag ikke en tilfredsstillende måte å registrere rehabiliteringsaktivitet i kommunene eller helseforetakene på. Departementet viser til at det er utfordringer knyttet til å konkretisere rehabiliteringsprosesser, men departementet vil arbeide langsiktig og systematisk med sikte på å bedre rapportering knyttet til rehabilitering.

#### 1.4 Riksrevisjonens bemerkninger

Andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, er redusert i perioden 2008–2010, samtidig som det er stor variasjon, både mellom helseforetak og mellom regionene, i andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp. Helsedirektoratet peker på at dårlig dokumentasjon av nytte av rehabilitering kan føre til at rehabiliteringspasienter ikke får rett til nødvendig helsehjelp. Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke sannsynlig at variasjonene alene kan forklares med medisinsk skjønn og ulik pasientsammensetning. I tillegg får rehabiliteringspasienter ikke vurdert sin rettighet på nytt når rehabiliteringen er en del av et annet forløp. Dette medfører at det er uklart rundt rettighetsstatusen til disse pasientene.

I perioden 2008–2010 har det vært en økning i ventetider innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er betydelige ventetider både til rehabiliterings tiltak i spesialisthelsetjenesten og til rehabiliteringsplass i kommunene, samt når det gjelder fysioterapi og ergoterapi i kommunene. Konsekvensene av lange ventetider er at noen pasienter opplever funksjonsforverring, faller ut av arbeidslivet eller opplever sosial isolering. Funksjonsforverring vil uten de rette rehabiliteringstiltakene kunne resultere i redusert

funksjons- og mestringsnivå for pasienten. Etter Riksrevisjonens vurdering kan manglende rett og lange ventetider ha store konsekvenser for den enkeltes helse.

Etter Riksrevisjonens vurdering vil informasjon om sengeplasser, ventetider, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid være viktige mål for utvikling i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering. Departementet har i sine kommentarer til rapporten uttrykt at disse indikatorene også må kobles opp mot andre opplysninger, uten å spesifisere hvilke. Etter Riksrevisjonens vurdering viser utviklingen i flere indikatorer at det har vært en reduksjon i kapasiteten knyttet til rehabilitering i helseforetakene. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har eldre planer for rehabiliteringsområdet, men at flere er i en ny planprosess. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvordan departementet vil følge opp at de regionale helseforetakene ivaretar sitt «sørge-for»-ansvar, og forventer at området styrkes slik det er forutsatt av helse- og omsorgskomiteen.

Undersøkelsen viser at helseforetakene arbeider med å integrere rehabilitering i behandlingen i alle kliniske avdelinger. Undersøkelsen viser at det har vært en økning i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering i avdelinger hvor rehabilitering er integrert, mens det har vært en reduksjon i dedikerte rehabiliteringsavdelinger, slik som fysikalsk medisinske avdelinger. Kommunene i dybdeundersøkelsen oppgir større tilfredshet med samarbeidet med rehabiliteringsavdelinger enn samarbeidet med ordinære avdelinger når det gjelder pasienter som har behov for rehabilitering i den kommunale helsetjenesten. Kommunene erfarer at ordinære avdelinger i mindre grad har oppmerksomhet rettet mot rehabilitering, og at dette er spesielt utfordrende når det gjelder eldre pasienter. Dreining fra dedikerte avdelinger med egen fysikalsk medisinsk kompetanse til medisinske avdelinger som har rehabilitering integrert, medfører risiko for at den faglige utviklingen og kompetansen svekkes. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger opp at fagmiljøer bevares, og om samarbeidet med kommunene ivaretas på en god måte.

Undersøkelsen viser at det ikke har vært utarbeidet gode mål for utviklingen av nasjonal statistikk for rehabilitering. De regionale helseforetakene rapporterer at nåværende indikatorer og aktivitetsregistrering ikke gir sikker identifisering av kapasiteten innen rehabilitering. Etter Riksrevisjonens vurdering er det behov for forbedrede rapporteringssystemer som synliggjør kapasiteten for rehabilitering. Riksrevisjonen har merket seg at det i det svenske DRG-systemet er innført en egen løsning for koding av rehabiliteringsaktivitet. Riksrevisjonen stiller spør-

mål ved om Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i tilstrekkelig grad har prioritert arbeidet med utvikling av indikatorer som kan synliggjøre kapasitet og behov innen rehabilitering.

Rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og fastlegene opplyser i spørreundersøkelsen at koordinerende enhet forenkler samarbeidet med kommunene, gir en bedre oversikt over rehabiliteringstilbudet og er behjelpelig med å finne tjenester som er aktuelle for pasienter. Undersøkelsen viser at mer enn 20 pst. av kommunene ikke har etablert koordinerende enhet, selv om dette ble et nasjonalt krav i 2001. Videre viser undersøkelsen at koordinerende enhet i mange kommuner oppleves som lite synlig for pasienten, og at enhetene ofte er sårbare fordi ansvaret for enheten er lagt til en eller to personer. Riksrevisjonen stiller spørsmål om i hvilken grad Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp at det etableres synlige og robuste koordinerende enheter i alle kommuner.

Undersøkelsen viser at mer enn 80 pst. av institusjonene har rutiner for utarbeidelse og bruk av individuell plan. Samtidig oppgir mer enn halvparten av rehabiliteringspasientene i brukerundersøkelsen som har stort behov for rehabilitering etter utskrivning, at de ikke har blitt tilbudt eller ikke kjenner til individuell plan. 17 pst. av pasientene i brukerundersøkelsen oppgir at de har en individuell plan, og at de er fornøyde med sin individuelle plan. Pasientene opplever at arbeidet med individuell plan har gjort dem mer bevisst på sine mål og sine behov, hvordan de selv kan bidra i sin egen rehabiliteringsprosess, og hvilke tiltak som er relevante for dem. Videre viser undersøkelsen at samtlige aktører i helsetjenesten mener at individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliteringstjenester til den enkelte. De samme aktørene mener også at individuell plan fremmer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hva helsemyndighetene vil gjøre for å øke bruken av individuell plan.

## 1.5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 18. januar 2012 svart:

### «Konkrete merknader til rapporten

I Dokument 3:11 (2011–2012) Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten, kap. 3, s. 6, nest siste avsnitt, er det anført: 'Ved en fortsatt avvikling av sengeposter og reduksjon av liggedøgn i helseforetakene, spesielt i dedikerte rehabiliteringsavdelinger, er det risiko for at enkelte grupper som tidligere fikk et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, nå får et redusert tilbud. Risikoen vil være størst for pasienter i de kommunene som ikke har et veletablert rehabiliteringstilbud.'

Det vises videre til kap. 3.2, andre avsnitt, der det er anført følgende: 'Kommunens kapasitet og kompetanse påvirker hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten kan ivareta, og dermed også hvilke ansvar og hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten må ta.'

Spesialisthelsetjenesten forutsettes ikke å ivareta kommunale oppgaver. Kommunene har ansvar for å yte tjenester på kommunalt nivå. I tilfeller der kommunene ikke har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, vil ikke dette forandre på ansvarsforholdene.

I hovedanalyserapporten er det vist til generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette er ikke et dokument som gir anbefaling fra sentrale helsemyndigheter. Det er også omtalt logopeder. Denne faggruppen er hjemlet i opplæringsloven, og er dermed ikke en del av helsetjenesten, selv om det kan ansettes logopeder i helseinstitusjoner dersom det anses hensiktsmessig.

Videre bør det på s. 58 i hovedanalyserapporten, fjerde avsnitt, stå: 'De private institusjonene som har avtale med regionalt helseforetak, er en del av...'

I kap. 7.2 skriver Riksrevisjonen at Helsedirektoratet har utarbeidet en ny forskrift om habilitering og rehabilitering som skal ut på høring. Dette er feil. Forskrift om habilitering og rehabilitering er justert i forbindelse med arbeidet med ny helse- og omsorgstjenestelov. Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger både kommunen og spesialisthelsetjenesten ansvar for habilitering og rehabilitering. Spesialisthelsetjenestens ansvar er for tjenester på spesialisert nivå.

Riksrevisjonen skriver i overskrift til kap. 7.1 i hovedanalyserapporten: 'Det har ikke vært en målbar styrking av rehabiliteringsfeltet'. Senere i kapitlet bemerkes det at 'det er vanskelig å konkludere når det gjelder spørsmålet om hvorvidt rehabiliteringen har blitt styrket, fordi det er mangler og usikkerhet i det tilgjengelige datamaterialet på området'. Departementet mener at overskriften ikke reflekterer innholdet i kapitlet. Overskriften bør derfor dempes, slik at den i større grad samsvarer med teksten i kapitlet.

Departementet forutsetter at spesialisthelsetjenesten vurderer hvordan en best kan yte spesialiserte tjenester innenfor rehabilitering til de som trenger det. Vurdering av rehabiliteringsbehov starter ofte i annen avdeling enn i avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, og samtidig med at en pasient er under medisinsk behandling. Også videre rehabilitering kan skje i andre avdelinger enn i avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette kan innebære at rehabiliteringsaktiviteten ikke blir registrert. Dette vil da påvirke antallet DRG-poeng, uten at dette er nødvendigvis gjenspeiler faktisk aktivitet. Videre er det i økende grad gitt polikliniske tilbud og tilbud om dagopphold når det gjelder habilitering og rehabilitering. Tilbud ved lærings- og mestringssentre er viktige i rehabiliteringssammenheng. Det ytes også ambulante tjenester.

### **Kommentarer til Riksrevisjonens bemerkninger**

Riksrevisjonen viser til at andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, er redusert i perioden 2008–2010, samtidig som det er stor variasjon, både mellom helseforetak og mellom regionene, i andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp. Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke sannsynlig at variasjonene alene kan forklares med medisinsk

skjønn og ulik pasientsammensetning. Videre skriver Riksrevisjonen at rehabiliteringspasienter i tillegg ikke får vurdert sin rettighet på nytt når rehabiliteringen er en del av et annet forløp, noe som medfører at det er uklart rundt rettighetsstatusen til disse pasientene. Riksrevisjonen skriver at etter deres vurdering kan manglende rett og lange ventetider ha store konsekvenser for den enkeltes helse.

I de tilfeller rehabiliteringstilbudet er en integrert del av et sykehusopphold, vil rehabilitering starte parallelt med behandlingstilbudet, og være en del av vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp som er gjort i forbindelse med behandling av det aktuelle helseproblemet.

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter skal det vurderes om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Pasienter som faller utenfor bestemmelsens kriterier skal også tilbys helsetjenester. De skal imidlertid prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har ingen dokumentasjon som viser at pasienter som har behov for tilbud innenfor habilitering og rehabilitering ikke er vurdert i henhold til kravene i lov om pasient- og brukerrettigheter, eller at det kan stilles spørsmål ved om de vurderinger som er gjort ikke er i samsvar med forutsetningene i loven.

Etter Riksrevisjonens vurdering viser utviklingen i flere indikatorer at det har vært en reduksjon i kapasiteten knyttet til rehabilitering i helseforetakene og stiller spørsmål om hvordan departementet vil følge opp at de regionale helseforetakene ivaretar sitt sørg-for-ansvar, og at Riksrevisjonen forventer at området styrkes slik det er forutsatt av helse- og omsorgskomiteen.

Etter 2002 har det skjedd store strukturelle endringer i organiseringen av tjenestetilbudet. Innenfor spesialisthelsetjenesten gjøres mer av rehabiliteringstjenestene som dagopphold og i poliklinikk, og rehabilitering gjøres ofte som en integrert del av sykehusoppholdet. Samtidig har de regionale helseforetakene lagt vekt på å styrke kvaliteten i tilbudet som ytes av de private opptreningsinstitusjonene. Samlet sett medfører dette at det er vanskelig å beskrive og måle utviklingen i rehabiliteringstilbudet med det utvalget av indikatorer som Riksrevisjonen har lagt til grunn for sin rapport. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er det derfor vanskelig å konkludere med hensyn til utvikling i rehabiliteringstilbudet slik Riksrevisjonen gjør.

I henhold til tall innhentet fra de regionale helseforetakene har midler til kjøp av tjenester i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner økt fra 995,8 mill. kroner i 2005 (siste år med finansiering fra trygden) til 1 489,7 mill. kroner i 2010 (inkl. forbruk av midler fra ordningen Raskere tilbake i tallene for 2007–2010).

En rapport fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) viser en reduksjon i opphold for døgnrehabilitering, men økning i polikliniske opphold fra 2009 til 2010.

Dette innebærer at det er vanskelig å dokumentere om det har vært en reduksjon i kapasiteten knyttet til rehabilitering i helseforetakene. Det kan være grunn til å tro at de regionale helseforetakene i større grad enn tidligere yter tilbud til de pasienter som har behov for spesialiserte tjenester, og at en i større grad

vurderer hvordan tilbudet skal gis, enten som dagopphold eller som døgnopphold, og i større grad vurderer døgnoppholdenes lengde i forhold til behov.

Helse- og omsorgsdepartementets formelle styring og oppfølging skjer i tråd med det styringssystemet som følger av helseforetaksloven (Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) og Innst. O. nr. 118 (2000–2001)) og økonomireglementet i staten. De regionale helseforetakene har sørge-for-ansvaret for befolkningen og eier helseforetakene i regionen.

Departementets styring skjer innenfor de rammer og mål som Stortinget fastsetter gjennom budsjettvedtak (Prop. 1 S), lovgivning og nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010–2011) og Innst. 422 S (2010–2011)). I de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene stilles Stortingets bevilgninger til disposisjon, og departementet setter krav til pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Rapportering fra, og oppfølgingen av de regionale helseforetakene skjer gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom månedlig rapportering med påfølgende oppfølgingsmøter og utvidet rapportering hvert tertial. I årlig melding, som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars hvert år, redegjøres det for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak foregående år, samt for gjennomføringen av de kravene departementet har stilt i oppdragsdokument og foretaksmøter. Denne rapporteringen utgjør et viktig grunnlag for departementets oppfølging. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene. I oppfølgingsmøtene rapporteres det henholdsvis månedsvis eller tertialvis på styringskravene stilt i oppdragsdokumentet og foretaksmøtene. Norsk pasientregister (NPR) og andre sentrale registre er viktige datakilder for departementets oppfølging, i tillegg til helseforetakenes egne data.

Riksrevisjonen skriver at dreining fra dedikerte avdelinger med egen fysikalsk medisinsk kompetanse til medisinske avdelinger som har rehabilitering integrert, medfører risiko for at den faglige utviklingen og kompetansen svekkes. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger opp at fagmiljøer bevares, og om samarbeidet med kommunene ivaretas på en god måte.

Det er avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering ved en rekke helseforetak. I tillegg er det ved ulike helseforetak utviklet særskilte rehabiliteringstilbud til særskilte pasientgrupper og ambulante rehabiliteringsteam. Departementet stiller krav i oppdragsdokument, og de regionale helseforetakene tar stilling til hvordan tilbudet innenfor rehabilitering skal organiseres.

Helse- og omsorgsdepartementets arbeider med en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, som etter planen skal ferdigstilles høsten 2012. Et av hovedtemaene i arbeidet med meldingen er hvordan man skal få til helhetlige og koordinerte tjenester.

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i tilstrekkelig grad har prioritert arbeidet med utvikling av indikatorer som kan synliggjøre kapasitet og behov innen rehabilitering.

Det arbeides med videreutvikling av kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet har fra 2012 fått et lov-pålagt ansvar for arbeidet med kvalitetsindikatorer.

Riksrevisjonen stiller spørsmål om i hvilken grad Helsedirektoratet har fulgt opp at det etableres synlige og robuste koordinerende enheter i alle kommuner.

Helsedirektoratet har over tid arbeidet intensivt med oppfølging av bestemmelsen om etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) i både kommuner og helseforetak, jfr. §§ 8 og 13 i forskrift om habilitering og rehabilitering. Forut for dette var utvikling av gode koordinerende enheter tema i et av utviklingsprogrammene i regi av det nå nedlagte SKUR (Statens kunnskaps- og utviklings-senter for habilitering og rehabilitering).

I forbindelse med oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering har Helsedirektoratet tydeliggjort krav til funksjon og rolle for de koordinerende enhetene. Det er bl.a. laget en informasjonsbrosjyre om koordinerende enhet der det anbefales at systemansvaret med individuell plan legges til denne enheten. Det er også laget tipshefte som inneholder erfaringer fra praksisfeltet om nytten av gode koordinerende enheter i kommuner og helseforetak. I embetsoppdraget for 2009 ba departementet fylkesmannsembetene om å følge opp og bistå kommunene i arbeidet med etablering av koordinerende enhet for re-/habilitering med særlig fokus på innhold og funksjon.

I 2008 gjennomførte Helsedirektoratet en nasjonal kartlegging av hvorvidt det var etablert koordinerende enhet i alle kommuner. Dette ble gjort i samarbeid med fylkesmennene. Resultatet var at så godt som 100 pst. av kommunene oppga at de hadde etablert KE ved å angi en definert adresse til enheten. Helsedirektoratet erfarte imidlertid at det var svært store variasjoner i hvor funksjonen var lagt, og fant grunn til å undersøke nærmere hvorvidt enhetene som var oppgitt var operative og i samsvar med innholdskravene som forskriften pålegger. Dette ble fulgt opp i en ny undersøkelse i 2009. I tillegg ble fylkesmennene bedt om å følge opp arbeidet. Disse tiltakene hadde et særlig fokus på hvilken rolle og funksjon enhetene fylte. Undersøkelsen ble gjennomført som telefonintervju til 192 kommuner. I tillegg til funksjonskravene i forskriften var også føringene fra St.meld. nr. 21 (1998–99) Ansvar og meistring, tatt med som sjekkpunkter. Fylkesmennene leverte særskilt rapportering om status for arbeidet med KE i juli 2009. Fylkesmennenes rapport bekreftet at det fortsatt var kommuner som ikke hadde etablert KE i samsvar med forskriftskravet. Det rapporteres nå på KE i KOSTRA. 77 pst. av kommunene har rapportert på KE i 2009 og 2010. Helsedirektoratet følger utviklingen.

Avslutningsvis vil departementet vise til at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som trådte i kraft fra 2012, gir kommunene en plikt til å ha en koordinerende enhet. Dette var tidligere kun forankret i forskrift. Lovfestingen representerer en tydeliggjøring av plikten.

Riksrevisjonen stiller spørsmål om hva helsemyndighetene vil gjøre for å øke bruken av individuell plan.

Individuell plan er en rettighet og et godt verktøy for samhandling, og ved gjennomføringen av samhandlingsreformen vil individuell plan fortsatt bli fremmet som et viktig verktøy for samhandling.

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som trådte i kraft fra 2012, er ansvaret for å sørge for at individuell plan blir utarbeidet når brukeren har



behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen lagt til kommunen. Dette medfører en mer tydelig ansvarsplassering enn tidligere.

Det legges opp til en rekke aktiviteter for å styrke bruken av individuell plan, som utarbeidelsen av nytt veiledningsmaterieill og nye måter for å gjøre dette tilgjengelig sammen med gode eksempler og god praksis. Videre vil det legges til rette for etablering av elektroniske løsninger for individuelle planer.

Det vil fortsatt være fokus på individuell plan i forvaltning og fordeling av tilskuddsmidler. Det vil bli arbeidet med å etablere gode systemer for arbeidet med individuell plan i kommunene i henhold til bestemmelser i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 7-3) og § 6 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering.

Utviklingen i bruk av individuell plan vil bli kartlagt gjennom registrering av relevante data i NPR, KOSTRA og IPLOS.»

### 1.6 Riksrevisjonens uttalelse

Gjennom budsjettproposisjonene og den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering er det fra Stortinget stilt krav om at fagfeltet skal styrkes. Det er gjennom disse dokumentene formidlet at rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsetjenesten. Riksrevisjonen mener at informasjon om sengeplasser, ventetider, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid er viktige mål å vurdere for utvikling i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering. Disse indikatorene viser at det ikke kan måles en styrking av rehabiliteringsfeltet i perioden 2005–2010 på nasjonalt nivå. Departementet viser til at det har skjedd store strukturelle endringer i organiseringen av rehabiliteringstilbudet, og mener at det er vanskelig å måle utviklingen i rehabiliteringstilbudet med de indikatorene som er lagt til grunn. Etter Riksrevisjonens mening er det behov for forbedrede rapporteringssystemer som synliggjør kapasiteten for rehabilitering.

De store variasjonene mellom helseforetak når det gjelder andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen fysikalsk medisin og rehabilitering, er etter Riksrevisjonens vurdering i en slik størrelsesorden at de ikke kan forklares med forskjell i medisinsk skjønn og ulik pasientsammensetning alene. Konsekvensene av de store variasjonene kan være at enkelte pasienter som skulle hatt rett til nødvendig helsehjelp, ikke blir prioritert.

Godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for at rehabiliteringspasienter skal kunne motta individuelt tilrettede og helhetlige tjenester. Å sikre god rehabiliteringskompetanse på begge nivå er nødvendig for å fremme godt samarbeid.

Kommunene opplever bedre veiledning og tettere samarbeid med avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten enn med ordinære avdelinger som i mindre grad har oppmerk-

somhet rettet mot rehabilitering. Etter Riksrevisjonens oppfatning er det Helse- og omsorgsdepartementets ansvar å påse at de regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene har god samhandling med kommunene slik at rehabiliteringspasienter får det helhetlige helsetilbudet de har behov for.

Koordinerende enhet i kommunene har en viktig funksjon for å koordinere tjenestetilbudet mellom brukere og samarbeidspartnere. Enheten skal ha oversikt over kommunens og spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud, ha systemansvar for individuell plan og være kontaktpunkt for pasienten, pårørende, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. I mange kommuner er det en utfordring at koordinerende enhet blir etablert uten at enheten blir gitt egne ressurser. En femtedel av kommunene har ennå ikke etablert koordinerende enhet. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at Helsedirektoratet over tid har arbeidet intensivt med å følge opp bestemmelsen om etablering av koordinerende enhet, og at det nå er et lovbestemt krav. Riksrevisjonen mener at det er viktig at Helse- og omsorgsdepartementet fortsatt følger opp arbeidet for å sikre at koordinerende enhet blir et effektivt samarbeidsverktøy.

Individuell plan er en pasientrettighet og et godt verktøy for samhandling om de helsetjenestene den enkelte pasient skal motta, inklusive rehabiliteringstjenester. Undersøkelsen viser at bare 17 pst. av rehabiliteringspasientene har individuell plan. Over halvparten av pasientene som ikke har individuell plan, er heller ikke blitt tilbudt en slik plan. Riksrevisjonen har merket seg at departementet har lagt opp til en rekke aktiviteter for å styrke bruken av individuell plan. Riksrevisjonen mener at arbeidet med økt bruk av individuell plan må styrkes ytterligere for at pasientene bedre skal kunne oppnå et helhetlig pasientforløp.

Helse- og omsorgsdepartementets konkrete merknader til rapporten er tatt hensyn til i endelig rapport.

## 2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Jette F. Christensen, Martin Kolberg og Marit Nybakk, fra Fremskrittspartiet, lederen Anders Anundsen, Ulf Erik Knudsen og Øyvind Vaksdal, fra Høyre, Per-Kristian Foss, fra Sosialistisk Venstreparti, Hallgeir H. Langeland, fra Senterpartiet, Per Olaf Lundteigen, fra Kristelig Folkeparti, Geir Jørgen Bekkevold, og fra Venstre, Trine Skei Grande, viser til at det er et overordnet mål for Stortinget at alle pasienter med behov for rehabilitering skal motta likeverdige tilbud som er til-

passet den enkeltes behov for behandlingstid og livssituasjon. Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011, samt i budsjettproposisjoner, stilt krav til at fagfeltet rehabilitering skal styrkes. Komiteen anser det derfor som viktig at Riksrevisjonen nå har lagt frem en undersøkelse om hvorvidt myndighetene ivaretar sitt overordnede ansvar for å sikre prioritering av rehabilitering i helsetjenesten i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Det har skjedd store strukturelle endringer i organiseringen av rehabiliteringstilbudet. Departementet viser i sine kommentarer til undersøkelsen at det legges større vekt på dagopphold og polikliniske tjenester og at rehabilitering nå starter tidligere i pasientforløpet. Riksrevisjonen legger frem at det har vært en reduksjon i antall liggedøgn og dagopphold knyttet til rehabilitering, samtidig som det har vært en økning i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering i ordnære avdelinger. Komiteen merker seg at Riksrevisjonen oppgir at en betydelig del av økningen skyldes at eksisterende tilbud har blitt styrket og at nye slagenheter har blitt opprettet i helseforetakene. Departementet sier i sine kommentarer at faglige krav til institusjonene har blitt strengere og at antall fagpersonell har økt. Komiteen forventer at endringen av organiseringen av rehabiliteringstjenestene departementet har igangsatt, vil virke i tråd med Stortingets mål om en styrking av tilbudet.

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter skal det vurderes om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp. Retten gjelder dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og kostnadene står rimelig i forhold til tiltakets effekt. Pasienter som faller utenfor bestemmelsens kriterier skal også tilbys helsetjenester, med prioritet etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. I de tilfeller rehabiliteringstilbudet er en integrert del av sykehusoppholdet, vil rehabiliteringen starte parallelt med behandlingstilbudet og være en del av vurderingen om rett til nødvendig helsehjelp som er gjort i forbindelse med behandling av det aktuelle helseproblemet. Undersøkelsen viser også at det er store ulikheter mellom regionene når det gjelder ventetid og antall pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp. Komiteen deler Riksrevisjonens syn på at det er behov for forbedrede rapporteringssystemer som synliggjør kapasiteten for rehabilitering.

Komiteen vil bemerke at det må settes i gang ytterligere tiltak for å redusere ventetiden og utjevne ulikhetene mellom helseforetakene på dette området. Lange ventetider og manglende oppfyllelse av retten til nødvendig helsehjelp kan ikke forsvares når det kan få konsekvenser for den enkeltes helse.

Komiteen merker seg at departementet i sine kommentarer uttaler at sengeplasser, ventetider, lig-

gedøgn og gjennomsnittlig liggetid i liten grad måler kapasitet og omfang av rehabilitering dersom disse ikke kobles med andre opplysninger. Riksrevisjonen bemerker også selv at reduksjon i DRG-poeng kan skyldes flere forhold enn redusert aktivitet, og må tolkes med forsiktighet. Departementet svarer Riksrevisjonen med at grunnet omleggingen og de tiltak som er satt inn for å øke kvaliteten på tjenestene, er det vanskelig å beskrive utviklingen i rehabiliteringstilbudet med det utvalget av indikatorer som Riksrevisjonen har lagt til grunn i sin rapport.

Ettersom Stortinget og regjeringen har et uttalt mål om å styrke disse tjenestene, vil komiteen understreke viktigheten av at effekten av tiltakene regjeringen iverksetter på dette området er mulig å måle. Komiteen mener derfor det er viktig at Helsedirektoratets lovpålagte ansvar for å videreutvikle kvalitetsindikatorer prioriteres, slik at det er mulig for Stortinget å tilse at regjeringens tiltak fungerer slik at målet om bedre rehabiliteringstjenester oppnås.

Godt samarbeid mellom kommunene, helseforetakene og spesialisthelsetjenesten er ofte viktig for pasientens rehabiliteringsforløp. Komiteen registrerer at Riksrevisjonens undersøkelse viser at det er et potensial for å forbedre og gi et mer helhetlig pasientforløp ved at kommunikasjon og kunnskap mellom nivåene økes. Kommunene har gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering siden 2001 vært pålagt å ha en koordinerende enhet. Komiteen ser derfor ikke positivt på at en femtedel av kommunene ikke har opprettet en slik enhet. Komiteen mener at det er alvorlig at undersøkelsen viser at det er stor variasjon i hvor synlig og tilgjengelig enheten er der den er etablert, ettersom det kan føre til at det kan være vanskeligere for pasienter og pårørende å ta kontakt for bistand eller informasjon om mulige rehabiliteringstjenester. Det er ikke heldig at det er ulik oppfatning av oppgavefordeling mellom tjenestenivå. Komiteen er av den oppfatning, ut fra Riksrevisjonens funn, at bedre kompetanse, økt samarbeid og mer avklarte ansvarsforhold kan gi bedre rehabilitering. Komiteen ser derfor positivt på at Helsedirektoratet over tid har arbeidet med oppfølging av bestemmelsen om etablering av koordinerende enhet i kommunene. Komiteen mener også at krav til funksjon og rolle for de koordinerende enhetene har blitt tydeliggjort i forbindelse med oppfølging av nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

Komiteen anser det som en tydeliggjøring av kommunenes plikt til å opprette slike enheter at pålegget fra 2012 er forankret i lov, fremfor den tidligere forskriften. Komiteen forventer at dette, samt departementets arbeid med større oppfølging

som de har redegjort for i sitt svar til Riksrevisjonen, vil bedre samarbeidet i kommunene.

Individuell plan er en rettighet og et godt verktøy for samhandling om de helsetjenestene en pasient skal motta, inklusive rehabiliteringstjenester. Komiteen ser med bekymring på at bare 17 pst. av rehabiliteringspasientene har en slik plan. Departementet bemerker i sine kommentarer at de deler synet på viktigheten av økt bruk av individuell plan. Komiteen mener det er positivt at departementet har satt i gang et arbeid med informasjon og ansvarsplassering og at det vil bli etablert gode systemer for arbeidet med individuell plan i kommunene i henhold til bestemmelser i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Komiteen forventer at dette arbeidet vil medføre en drastisk økning i antall

pasienter som har en individuell plan og at registreringen i NPR, KOSTRA og IPLOS gjør det mulig å fortløpende undersøke at utviklingen skjer.

### **3. Komiteens tilråding**

Komiteen har ellers ingen merknader, viser til dokumentet og rår Stortinget til å gjøre slikt

vedtak:

Dokument 3:11 (2011–2012) – Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 15. mai 2012

**Anders Anundsen**

leder

**Jette F. Christensen**

ordfører

