



STORTINGET

Innst. 319 S

(2023–2024)

Innstilling til Stortinget
fra kontroll- og konstitusjonskomiteen

Dokument 3:12 (2023–2024)

Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Riksrevisjonens undersøkelse av Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

Gode rehabiliteringstjenester sørger for at mennesker som har fått begrensninger i sin funksjonsevne, gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne. De som har behov for rehabiliteringstjenester, har ulike diagnoser og ulik grad av funksjonsnedsettelse. Rehabilitering kan ha ulike hovedmålgrupper:

- somatikk
- psykisk helse
- rus

En slik inndeling sier noe om hvor hovedtyngden av helseproblemene ligger, selv om pasientene kan ha sammensatte lidelser. I undersøkelsen har Riksrevisjonen avgrenset undersøkelsen til å undersøke somatisk rehabilitering for voksne.

Det er vanlig å dele pasientgruppen med behov for somatisk rehabilitering inn i to hovedgrupper:

- personer som opplever en akutt hendelse, for eksempel en trafikkulykke eller et slag
- personer som har en kronisk lidelse, for eksempel muskel- og skjelettsykdommer, multippel sklerose (MS) eller lungesykdommer

I 2021 mottok nær 48 000 pasienter rehabilitering i sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner, mens ca. 50 000 personer samme år var registrert som mottakere av rehabilitering/habilitering i kommunene. Tallene er usikre, og Helsedirektoratet opplyser at særlig tallene over rehabilitering som blir gitt i kommunene, er usikre. Blant annet fordi omfanget er usikkert, vet Riksrevisjonen heller ikke hvor mye penger som blir brukt på rehabiliteringsfeltet.

Pasientens behov skal være utgangspunktet for hvilke rehabiliteringstjenester som blir gitt.

Pasienten skal være midtpunktet og utgangspunktet for hvilke rehabiliteringstjenester som skal bli gitt. Siden utgangspunktet for vellykket rehabilitering er pasientens ressurser og mål, stilles det høye krav til individuell tilnærming og tilpasning, pasient- og brukermedvirkning og koordinering av de involverte rehabiliteringstjenestene. Mens helsetjenesten tradisjonelt har hatt oppmerksomheten rettet mot behandling og pleie av sykdom, har rehabilitering som mål å styrke pasienten til selv å mestre sine utfordringer på best mulig måte.

Bakgrunnen for undersøkelsen er at rehabilitering, sammen med habilitering, i mange år har vært pekt på som et av helse- og omsorgstjenestenes svakeste områder. Utfordringene har gjennom flere år vært knyttet til blant annet

- manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester
- manglende avklaring av ansvarsforhold mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- svikt i samhandling og koordinering av tjenester
- manglende kapasitet og kvalitet i kommunehelsetjenesten

Riksrevisjonen har også tidligere – i Dokument 3:11 (2011–2012) Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten – pekt på svakheter i rehabiliteringstjenestene.

Målet med undersøkelsen har vært å belyse tjenestetilbudet til pasienter som har behov for rehabiliteringstjenester. Videre har målet vært å peke på sentrale forklaringer på, og konsekvenser av, et mangelfullt rehabiliteringstilbud. Undersøkelsen omfatter hovedsakelig perioden fra 2020 til juni 2023, men enkelte analyser viser utviklingen fra 2017.

Rapporten ble lagt fram for Helse- og omsorgsdepartementet i brev 24. oktober 2023. Departementet har i brev 24. november 2023 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i hovedsak innarbeidet i rapporten og i Riksrevisjonens dokument.

Rapporten, riksrevisorkollegiets oversendelsesbrev til departementet 14. desember 2023 og statsrådens svar 10. januar 2024 følger som vedlegg til Riksrevisjonens dokument.

1.2 Konklusjoner

- Mange pasienter får ikke de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer flere steder ikke til det beste for pasientene.
- Der det er svakheter i rehabiliteringstjenestene, får dette store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.
- Styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer.

1.3 Overordnet vurdering

1.3.1 KRITIKKVERDIG

Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasienter får de rehabiliteringstjenestene de har behov for.

1.4 Utdyping av konklusjoner

1.4.1 MANGE PASIENTER FÅR IKKE DE REHABILITERINGSTJENESTENE DE HAR BEHOV FOR AV KOMMUNEHELSETJENESTEN OG SPESIALISTHELSETJENESTEN

1.4.1.1 Rehabilitering i kommunehelsetjenesten

Over 85 pst. av kommunene mangler lovpålagt kompetanse i rehabiliteringsarbeidet

Helse- og omsorgstjenesteloven stiller krav om at kommunene skal ha knyttet til seg blant annet følgende kompetanse for å oppfylle ansvaret for å gi nødvendige helse- og omsorgstjenester: lege, sykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og psykolog. I tillegg peker Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator på sosionomer og vernepleiere som sentrale profesjoner, og at det er behov for kompetanse fra logoped og audio- og synspedagog. Kompetanse innen ernæring kan også være sentralt for mange brukergrupper.

Andelen kommuner som har hver av de lovpålagte kompetansene tilgjengelig i arbeidet med rehabilitering, varierer fra 18 til 99 pst. Mange kommuner har fysioterapeut, sykepleier og ergoterapeut og lege, men få har psykolog. Nærmere analyser viser at det er 14 pst. (41 kommuner) som har den lovpålagte kompetansen tilgjengelig i rehabiliteringstjenestene.

Når det gjelder anbefalt, men ikke lovpålagt kompetanse, varierer andelen kommuner som har de ulike typene, mellom 5 og 45 pst. Ingen kommuner har all den lovpålagte og anbefalte kompetansen som er listet opp i tabellen i Riksrevisjonens dokument, tilgjengelig for sine innbyggere.

Bare hver fjerde kommune har alle de anbefalte rehabiliteringstjenestene tilgjengelig for sine innbyggere

Personer som har behov for rehabiliteringstjenester, kan ha svært ulike utfordringer og derfor svært ulike behov. Hver kommune må derfor sikre et differensiert tilbud som dekker behovet til kommunens innbyggere.

Det er fra 54 til 93 pst. av kommunene som har de ulike rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler. Det er kun 54 pst. av kommunene som har et tilbud innen læring og mestring. Læring og mestring er pedagogisk virksomhet med mål om å styrke pasientenes helsekompetanse og mestring og gi økt livskvalitet. Et tilbud innen læring og mestring kan være avgjørende for at en pasient skal kunne håndtere og mestre å leve med en eventuell funksjonsnedsettelse og til å jobbe aktivt med å bedre livskvaliteten sin.

Videre analyse viser at færre enn 25 pst. av kommunene svarer at de har alle de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler, tilgjengelig for sine innbyggere.

Undersøkelsen viser at 20 pst. av kommunene er med i et interkommunalt samarbeid om levering av rehabiliteringstjenester. Nesten 60 pst. av kommunene som ikke er med i et interkommunalt samarbeid, svarer at de har kapasitet og kompetanse til å levere rehabiliteringstjenester selv. Riksrevisjonens undersøkelse viser imidlertid at to tredjedeler av disse ikke har de rehabiliteringstjenestene som Helsedirektoratet anbefaler at kommunene bør ha.

Mer enn halvparten av kommunene synes det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester

Om lag 60 pst. av kommunene opplyser at det er vanskelig å gi gode rehabiliteringstjenester. Sentrale forklaringer på dette er manglende prioritering, ledelsesforankring og rehabiliteringskompetanse.

Samtidig viser undersøkelsen at 90 pst. av kommunene har opplevd økt belastning på de andre kommunale tjenestene som følge av mangler i det kommunale rehabiliteringstilbudet. Vellykket rehabilitering kan sette den enkelte i stand til å få et bedre liv og bidra til bedre samfunnsøkonomi gjennom økt arbeidsevne og reduserte behov for andre tjenester. Etter Riksrevisjonens vurdering vil gode rehabiliteringstjenester være viktige bidrag til helsetjenestens og velferdsstatens bærekraft i årene framover.

1.4.1.2 Spesialisert rehabilitering

Det har i flere år vært store forskjeller mellom helseregionene når det gjelder hvor mange pasienter som mottar spesialisert rehabilitering

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til spesialiserte rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted. De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen får nødvendig rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Antallet rehabiliteringspasienter per 1 000 innbyggere som fikk spesialisert rehabilitering, har gått ned fra 10,4 pasienter i 2017 til 8,8 pasienter i 2021. Tendensen er i hovedsak fallende fra 2017 til 2020, og øker deretter i 2021. Nivået er imidlertid fortsatt lavere enn i 2017, bortsett fra i Helse Midt-Norge RHF, som behandlet omtrent like mange rehabiliteringspasienter i 2021 som i 2017.

Det var store forskjeller mellom de regionale foretaksområdene i hvor mange pasienter per 1 000 innbyggere som mottok rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i 2021. Antallet pasienter i forhold til folketallet var høyest i Helse Midt-Norge og lavest i Helse Vest. Grunnlagsdataene fra Helsedirektoratet viser at Nord-Trøndelag i 2021 hadde høyest pasientrate med 14,4 mottakere per 1 000 innbyggere, og dette var mer enn

tre ganger så mye som i Stavanger-området, som var området med lavest rate.

Pasientene har ulik tilgang til spesialisert rehabilitering

De regionale helseforetakene skal sørge for at pasienter som har behov for spesialisert rehabilitering, får det. Dette gjør de i hovedsak ved å

- gi spesialisert rehabilitering i egne helseforetak
- inngå avtaler om spesialisert rehabilitering med private rehabiliteringsinstitusjoner

Undersøkelsen viser at helseforetakenes tilbud innenfor spesialisert rehabilitering er ulike. Det varierer

- om helseforetakene har et spesialisert døgntilbud eller ikke. Blant helseforetakene som har et spesialisert døgntilbudet, varierer det om tilbudet er avgrenset til bestemte diagnoser eller ikke
- om de tilbyr rehabilitering i poliklinikk
- i hvor stor grad de tilbyr ambulante rehabiliteringstjenester

For det andre viser undersøkelsen at de regionale helseforetakene har et ulikt tilbud gitt av private leverandører av rehabiliteringstjenester. Det varierer

- hvor mange kroner som brukes på privat rehabilitering
- om pasientene får et tilbud som er i henhold til oppdatert kunnskapspraksis eller ikke

Totalt i 2022 ble det brukt 2 522 mill. kroner på privat spesialisert rehabilitering. Det fremgår av undersøkelsen at det varierer mellom regionene hvor mange rehabiliteringspasienter som får spesialisert rehabilitering. Hvor mye de regionale helseforetakene brukte på private rehabiliteringstjenester varierte fra 316 kroner per innbygger (Helse Vest RHF) til 589 kroner per innbygger (Helse Midt-Norge RHF).

Undersøkelsen viser videre at de fleste avtalene med private leverandører av rehabiliteringstjenester ble inngått for flere år siden. Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF inngikk avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester i 2015, mens Helse Midt-Norge RHF inngikk avtaler i 2018. Etter at avtalene ble inngått, har det kommet ny kunnskap om hvilke behandlingsmetoder som har best effekt, og ut fra dagens kunnskapsgrunnlag ville rammene for avtalene blitt innrettet annerledes. De regionale helseforetakene trekker blant annet fram at det ville blitt gitt kortere rehabiliteringsopphold til flere pasienter.

Undersøkelsen viser at det er flere eksempler på pasientgrupper som ikke får dekket sitt behov for spesialiserte rehabiliteringstjenester, verken i helseforetakene eller i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Hvilke pasientgrupper som mangler et spesialisert rehabili-

teringstilbud, varierer imidlertid mellom regionene og helseforetakene.

Befolkningen skal ha likeverdig tilgang til spesialiserte rehabiliteringstjenester uavhengig av bosted. Tall fra Helsedirektoratet viser at det gjennom flere år har vært store forskjeller mellom helseregionene når det gjelder hvor mange pasienter som mottar spesialisert rehabilitering, og denne undersøkelsen viser at innholdet i den spesialiserte rehabiliteringen varierer. Selv om man må regne med noe variasjon mellom de regionale helseforetakene, har ikke aktørene selv sannsynliggjort at forskjellene er betinget av ulikheter i befolkningens behov. Etter Riksrevisjonens vurdering ser det heller ut til å være helt tilfeldig om tjenestene samsvarer med behovene til pasientene i opptaksområdet.

1.4.2 SAMHANDLINGEN MELLOM SPESIALISTHELSETJENESTEN OG KOMMUNEHELSETJENESTEN FUNGERER FLERE STEDER IKKE TIL DET BESTE FOR PASIENTENE

En pasient kan ha behov for bistand fra mange ulike yrkesgrupper og tjenester i en rehabiliteringsprosess. Ett av de overordnede prinsippene for rehabilitering er at tjenestene skal tilbys og ytes samordnet, tverrfaglig og planmessig ut fra pasientens behov.

De koordinerende enhetene i helseforetakene fungerer ikke etter intensjonen

Spesialisthelsetjenesteloven slår fast det skal finnes en koordinerende enhet i hvert helseforetak. Undersøkelsen viser at 3 av 20 helseforetak ikke har avsatt noen ressurser til arbeidet med koordinerende enhet, og at bare 4 av de 20 koordinerende enhetene bruker ett årsverk eller mer på denne enheten. Det vil si at det i mange helseforetak ikke, eller i liten grad, er lagt til rette for arbeidet som skal utføres av koordinerende enhet.

Den koordinerende enheten skal ha

- en generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen
- nødvendig kontakt med, habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen
- overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator

Noen helseforetak har mange kommuner i sitt opptaksområde. Når den koordinerende enheten ikke finnes eller har lav bemanning, må den enkelte sykehusavdelingen ha systemer for å ha oversikt over blant annet rehabiliteringstiltakene i kommunene i sitt opptaksområde, eller overlate arbeidet med å holde oversikt til den enkelte ansatte. Antallet kommuner som inngår helseforetakenes opptaksområde, varierer

fra 7 til over 40, og undersøkelsen viser dessuten at det er store forskjeller i kommunenes tjenestetilbud. Undersøkelsen viser at ordningen med koordinerende enhet flere steder ikke fungerer etter intensjonen. Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke betryggende at oppgaven med å holde nødvendig oversikt over rehabiliteringstjenestene ser ut til å være overlatt til ansatte som primært jobber med andre oppgaver enn rehabilitering.

Ordningene med individuell plan og koordinator brukes lite

Individuell plan og koordinator er virkemidler som er etablert for å bidra til helhetlige og koordinerte tjenester for den enkelte pasient. Evalueringen av opptrappingsplanen slår fast at de lovfestede ordningene med individuell plan og koordinator fungerer dårlig. De færreste pasienter har individuell plan, og evalueringen anbefaler at tilnærmingen til individuell plan blir revidert. Revisjonen bekrefter at individuell plan og koordinator er lite brukt.

Uklar arbeidsdeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten

Det er et krav at helseforetak og kommuner skal inngå samarbeidsavtaler, som blant annet skal inneholde retningslinjer for samarbeid i tilknytning til rehabilitering. En gjennomgang gjort av Helsedirektoratet viser at de fleste samarbeidsavtalene er på et overordnet nivå, og at avtalene i liten grad omhandler arbeidet med rehabilitering.

Undersøkelsen viser også at helseforetakene og kommunene ikke har nok kunnskap om hverandres tjenestetilbud, og at de dermed ikke kan gi pasientene god informasjon om hva som skjer videre når en pasient overføres mellom nivåene.

Undersøkelsen viser at nesten 40 pst. av kommunene mener at ansvarsforholdet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er uklart.

Videre viser undersøkelsen at de regionale helseforetakene har ulik praksis for hvordan de forholder seg til et mangelfullt rehabiliteringstilbud i kommunene. I tre av de regionale helseforetakene kan pasienter få tilbud gjennom de private leverandørene selv om de ikke har behov for spesialisert rehabilitering og dermed er kommunenes ansvar. I Helse Vest legges det til grunn at spesialisthelsetjenesten ikke kompenserer for mangelfullt tilbud i kommunene.

Uklart om helsefelleskapene vil bidra til forbedring

Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at helsefelleskapene er det sentrale virkemiddelet for gode rehabiliteringstjenester framover. Undersøkelsen viser at det er for tidlig å konkludere med hvordan hel-

sefellesskapene virker inn på helseforetakenes og kommunenes arbeid med rehabilitering. Riksrevisjonen viser imidlertid til at de regionale helseforetakene og de private leverandørene av rehabiliteringstjenester, som er sentrale aktører på rehabiliteringsfeltet, ikke inngår i helsefellesskapenes faste samarbeidsstrukturer.

1.4.3 DER DET ER SVAKHETER I REHABILITERINGSTJENESTENE FÅR DETTE STORE KONSEKVENSER FOR PASIENTENES HELSE, ARBEIDSEVNE, FAMILIELIV OG FRITID

Undersøkelsen viser at rehabilitering er et felt som er preget av store svakheter. Disse svakheterne får store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

Selv om både helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven skal bidra til at den enkelte får nødvendige helsetjenester, herunder rehabiliteringstjenester, viser undersøkelsen at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for, og at det er for tilfeldig hvem som får rehabilitering. Dette fører til at pasientene ikke får utnyttet sitt potensial. Dette kommer fram både gjennom gruppeintervjuer med pasienter som har erfaring med MS, revmatisme og slag, og i samtaler med ansatte i kommuner og helseforetak.

Av pasientene Riksrevisjonen har snakket med, opplever svært mange at de ikke har fått nok rehabilitering. Pasientene beskriver hvordan mangelfull og manglende rehabilitering setter dem tilbake både fysisk, kognitivt og psykisk.

De merker dette fysisk for eksempel ved at de får rygg- og hofteplager, ved at en arm fortsatt er lite bevegelig, eller ved at de får utfordringer med balansen. De beskriver hvordan det er å leve med smerter og fysiske begrensninger, og forteller om en hverdag med et begrenset energinivå.

Når det gjelder de kognitive og psykiske utfordringene, etterlyser mange av pasientene hjelp. Flere har store utfordringer med hukommelsen og etterlyser teknikker for å håndtere redusert hukommelse. Hos en av pasientgruppene Riksrevisjonen har hatt samtale med, de som har hatt slag, får om lag en tredjedel depresjon. Til tross for dette har ingen av pasientene i gruppen opplevd at hjelpeapparatet tilbyr hjelp rettet mot deres psykiske utfordringer. Det er flere som i samtalen forteller om selvmordstanker.

Pasientene trekker fram at de også savner et tilbud som er rettet mot læring og mestring. Ett formål med læring og mestring er å få informasjon til å håndtere sykdom og helseforandringer, og de Riksrevisjonen har snakket med er enige om at de trenger hjelp til å mestre livet med skade og/eller sykdom bedre.

Det trekkes i samtalen også fram at pasientene må ha nok kunnskap om sin egen helse til å kunne gjennomføre egentrening på en slik måte at den har helsegevinst og skaper overskudd.

Det går fram av gruppeintervjuene at manglende rehabilitering også påvirker arbeidsevnen. De pasientene som har erfaring med å være ute av arbeidslivet i kortere eller lengre perioder på grunn av helsen, mener de kunne kommet seg tilbake tidligere om de fikk mer rehabilitering.

Når det gjelder familieliv og fritid, er mange opptatt av at deres familiemedlemmer må være mer til hjelp enn det som er rimelig å forvente. Noen hadde også hatt samlivsproblemer fordi det er vanskelig å ha en balansert relasjon når den ene blir en hjelper for den andre.

Til tross for at rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkeltes livssituasjon og mål, viser undersøkelsen at det i mange tilfeller ikke er pasientens behov som styrer hvilket tilbud de får. Deltakerne i gruppeintervjuene beskriver for eksempel hvordan de selv må ta ansvar for å få oversikt over rehabiliteringstilbudet som finnes, og at det er vanskelig å vite hvordan de skal gå fram for å få hjelp når fastlegen mangler slik oversikt. Dette oppleves som en stor belastning for pasientene og skaper bekymring.

Samtalene med de ansatte i de tre kommunene Riksrevisjonen har besøkt, bekrefter pasientenes opplevelser med kommunale rehabiliteringstjenester. De ansatte viser til at det er tilfeldigheter og ikke pasientenes behov som styrer hvilket tilbud som blir gitt, og at tilbudet ikke er tverrfaglig. De ansatte uttrykker tydelig at pasientene dermed ikke får den funksjonsforbedringen som de har potensial til, og at de dermed blir mer hjelpetrengende enn de ellers kunne vært. Dette gir mindre livskvalitet for både pasienten og de pårørende.

Også de ansatte i helseforetakene beskriver manglende rehabilitering, rehabilitering i mindre omfang enn behovet tilsier, og rehabilitering som ikke gis til riktig tid. Samtalene med de ansatte i helseforetakene viser at det går ut over pasientene at det ikke er deres behov som styrer om de får rehabilitering. Det som avgjør om en pasient får et tilbud eller ikke, er i stor grad diagnose, bostedskommune og hvor stor kapasitet sykehuset har. De ansatte beskriver at det blir for tilfeldig hvem som får rehabilitering, og at det gir pasientene lite forutsigbarhet. Oppsummert mener de ansatte at mange flere burde fått rehabilitering enn det som er tilfellet i dag.

Etter Riksrevisjonens vurdering får mangler i rehabiliteringstilbudet store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

1.4.4 STYRINGEN AV REHABILITERINGSTJENESTENE ER MANGELFULL PÅ ALLE NIVÅER

Det mangler en overordnet strategi og målsetting for rehabiliteringsfeltet

Helse- og omsorgsdepartementet har satt få mål og gitt få styringssignaler for rehabiliteringstjenestene. Det er heller ikke fastsatt en overordnet strategi eller plan som kan gi retning for arbeidet til og samhandlingen mellom ulike aktører og forvaltningsnivåer. Det er iverksatt få tiltak for å rette opp grunnleggende svakheter som har vært kjent i over ti år.

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Departementet eier de vesentligste delene av spesialisthelsetjenesten gjennom de regionale helseforetakene og har et ansvar for å sette kommunene i stand til å løse oppgavene til beste for innbyggerne.

Det siste overordnede dokumentet om rehabilitering som ble forelagt Stortinget, var Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019), som ble utgitt som særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017). Den skulle bidra til at kommunene kunne gi et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud i samsvar med befolkningens behov. Evalueringen av opptappingsplanen, som kom i 2020, slår imidlertid fast at planen i seg selv framstår som en tilskuddsordning og ikke en plan for å bidra til en systematisk og varig styrking av levering av tjenester for habilitering og rehabilitering.

Evalueringen av opptappingsplanen dokumenterte mange av de samme svakhetene som ble beskrevet i Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering fra 2012. Riksrevisjonen pekte da på at rehabiliteringsområdet er preget av lite data, og denne grunnleggende svakheten gjelder fremdeles. Det mangler data om både omfang, innhold og effekt. Lite data gjør at det er begrenset kunnskap om hva som virker, som i neste omgang fører til usikre beslutninger om hvordan samfunnet får mest igjen for ressursene.

Først gjennom tildelingsbrevet i 2022 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å jobbe videre med å utvikle bedre registrering av rehabilitering for å skaffe kunnskap om tjenestenes omfang, innhold og kvalitet (tiltak 2). Dette er 1 av 13 tiltak som Helsedirektoratet anbefalte for å bedre situasjonen i etterkant av evalueringen av opptappingsplanen i 2020.

Helsedirektoratets forslag til tiltak for videre styrking av rehabiliteringsfeltet:

- Tiltak 1: Nasjonal plan/strategi for videre styrking av habilitering og rehabilitering.

- Tiltak 2: Det utvikles bedre registrering av habilitering og rehabilitering som gir kunnskap om tjenestenes omfang, innhold og kvalitet.
- Tiltak 3: Økt bruk av teknologi i fag- og tjenesteutvikling for styrking av habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 4: Det iverksettes informasjonstiltak mot befolkningen og personell i tjenestene om tilbud om rehabilitering
- Tiltak 5: Det innarbeides bedre systematikk i utredning av pasienter og brukeres behov og potensial for habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 6: Det iverksettes tiltak for tilstrekkelig breddekompetanse og helhetlig tilnærming på tvers av somatikk og psykisk helse for å sikre sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 7: Det tydeliggjøres forventninger om komplementære og sterke fagmiljøer både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene og utvikling av samhandling, kompetanse og helhetlige forløp i helsefelleskapene.
- Tiltak 8: Det utarbeides ny forskrift for styrking av tjenester fra logoped og audiopedagog.
- Tiltak 9: Kommunenes sørge-for-ansvar for logopedtjenester avklares og tydeliggjøres.
- Tiltak 10: Endring i organisering og finansiering for å understøtte tverrfaglig samarbeid i kommunal habilitering og rehabilitering.
- Tiltak 11: Finansiering som understøtter veiledning og ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten til kommunene.
- Tiltak 12: Det gjennomføres tiltak for bedre etterlevelse og operasjonalisering av lovkrav om individuell plan (IP) og koordinator for hele bredden av målgrupper.
- Tiltak 13: Forskning innen habilitering og rehabilitering styrkes.

Helse- og omsorgsdepartementet opplyser i brev at det har prioritert å følge opp tiltak innen forbedring av datakvalitet og informasjon. Departementet opplyser videre at rehabiliteringsområdet blir fulgt opp i nasjonal helse- og samhandlingsplan, og at det i Prop. 1 S (2023–2024) er foreslått at det skal bli bevilget 5 mill. kroner til formål innen habilitering og rehabilitering. Departementet bemerker at det har fulgt opp sentrale tiltak fra evalueringen, men at dette er prosesser som tar tid.

Riksrevisjonen mener det ikke er godt nok samsvar mellom utfordringene på rehabiliteringsfeltet og tiltakene som Helse- og omsorgsdepartementet har iverksatt. Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasienter får de rehabiliteringstjenestene de har behov for.

Det er motstridende styringssignaler når det gjelder hvem som er ansvarlig for å gi tjenestene

Etter Riksrevisjonens vurdering kan motstridende styringssignaler på helseområdet ha fått følger for innretningen av rehabiliteringstjenester i kommuner og helseforetak.

Utgangspunktet for rehabiliteringstjenestene er at helsehjelpen skal utføres på laveste effektive omsorgsnivå. Med andre ord skal rehabilitering som ikke krever tilgang til spesialisthelsetjenestens kompetanse, gis av den kommunale helsetjenesten.

Ved behandlingen av Dokument 8:43 S (2020–2021) 9. mars 2021, jf. Innst. 271 S (2020–2021), fattet Stortinget et anmodningsvedtak om rehabilitering. Regjeringen bes sørge for at rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten ikke legges ned før man har sikret at kommunene er i stand til å overta ansvaret for de aktuelle pasientgruppene.

Sett fra helseforetakenes ståsted gir dette kommunene få insentiver til å bygge opp eget rehabiliteringstilbud. Undersøkelsen viser at mange kommuner har lite kompetanse tilgjengelig og et begrenset rehabiliteringstilbud, og at spesialisthelsetjenesten i ulik grad forsøker å kompensere for manglende tilbud i kommunene. Noen gir rett til behandling i spesialisthelsetjenesten, mens andre gir avslag. Konsekvensen for pasientene blir dermed et tilbud som ikke er likeverdig.

De regionale helseforetakene og kommunene arbeider for lite systematisk med rehabilitering

De regionale helseforetakene arbeider for lite systematisk med spesialisert rehabilitering

Det er de regionale helseforetakene som skal sikre at tilbudet totalt sett tilfredsstillende behovet for spesialisert rehabilitering som innbyggerne i helseregionen har. For at de regionale helseforetakene skal kunne sørge for det spesialiserte rehabiliteringstilbudet, må de vite hva behovet for rehabiliteringstjenester er. Kunnskap om behovet er nødvendig for å kunne dimensjonere tilbudet så riktig som mulig og fatte beslutninger om hvilke rehabiliteringstjenester som helseforetakene og de private rehabiliteringsaktørene skal tilby.

Alle de regionale helseforetakene uttaler at det er krevende å definere behovet for rehabiliteringstjenester, og at det begrensede datagrunnlaget er en viktig forklaring på det.

De regionale helseforetakene skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Undersøkelsen viser at to av de fire regionale helseforetakene ikke har utarbeidet regionale planer for rehabiliteringstjenesten i sine helseregioner. Videre varierer det om de regionale helseforetakene har gitt egne helseforetak styringssignaler om rehabilite-

ring eller ikke, og hvilke styringssignaler de eventuelt har gitt.

Etter Riksrevisjonens vurdering bidrar manglende kunnskap og systematikk i arbeidet til at pasientene ikke får et likeverdig spesialisert rehabiliteringstilbud.

Mange kommuner arbeider ikke systematisk med sin rehabiliteringsvirksomhet

Flere lover og forskrifter på helseområdet skal bidra til at den enkelte får de tjenestene hen har behov for. Alle som yter helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk med blant annet kvalitetsforbedring.

Kommunen skal planlegge sin rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behovet for rehabilitering i kommunen. Undersøkelsen viser at nesten 30 pst. av kommunene mangler en plan som inkluderer rehabilitering, og at over 20 pst. av kommunene opplyser at de ikke har en generell oversikt over behovet for rehabilitering.

Siden utgangspunktet for vellykket rehabilitering er pasientens ressurser og mål, stilles det høye krav til blant annet pasient- og brukermedvirkning. Til tross for dette oppgir over 40 pst. av kommunene at de ikke innhenter noen form for tilbakemeldinger fra pasientene om hvordan de opplever rehabiliteringstjenestene.

Etter Riksrevisjonens vurdering er det dermed mange kommuner som ikke har nødvendig oversikt og informasjon til å yte tilstrekkelige rehabiliteringstjenester.

1.5 Anbefalinger

Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere om rehabiliteringsfeltet kan innrettes på en mer hensiktsmessig måte enn i dag. Riksrevisjonen anbefaler at departementet

- bidrar til å legge bedre til rette for samhandling mellom aktørene slik at pasientene med behov for rehabilitering får helhetlige pasientforløp
- tydeliggjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og avklarer hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt rehabiliteringstilbud hvis kommunene ikke har den nødvendige kompetansen og kapasiteten de skal ha
- setter tydeligere krav til hvordan og når det skal foreligge nødvendige data til hjelp i tjenestenes arbeid med å planlegge og forbedre sine rehabiliteringstjenester

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med rehabilitering. Dette innebærer blant annet å

- vurdere hvordan staten bedre kan understøtte kommunenes arbeid med å sikre lovpålagt kompetanse

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør overfor de regionale helseforetakene at de skal sørge for at

- alle pasienter som har rett til spesialisert rehabilitering, får det
- bruken av de private rehabiliteringsinstitusjoner tar høyde for at ny og bedre praksis tas i bruk
- de koordinerende enhetene i helseforetakene styrkes på en slik måte at de fungerer etter hensikten

1.6 Statsrådets svar

Dokument 3:12 (2023–2024) Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene ble oversendt statsråden i Helse- og omsorgsdepartementet til uttalelse. Statsrådets svar følger som vedlegg til Riksrevisjonens dokument.

1.7 Riksrevisjonens uttalelse til statsrådets svar

Riksrevisjonen har ingen ytterligere merknader.

2. Komiteens merknader

Komiteen, medlemmene fra Arbeiderpartiet, Kari Henriksen, Frode Jacobsen og Kirsti Leirtrø, fra Høyre, lederen Peter Frølich og Svein Harberg, fra Senterpartiet, Nils T. Bjørke, fra Fremskrittspartiet, Carl I. Hagen, fra Sosialistisk Venstreparti, Audun Lysbakken, fra Rødt, Seher Aydar, fra Venstre, Grunde Almeland, og fra Miljøpartiet De Grønne, Lan Marie Nguyen Berg, viser til Dokument 3:12 (2023–2024) Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene.

Komiteen viser til Riksrevisjonens konklusjoner:

«Mange pasienter får ikke de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten fungerer flere steder ikke til det beste for pasientene.

Der det er svakheter i rehabiliteringstjenestene får dette store konsekvenser for pasientenes helse, arbeidsevne, familieliv og fritid.

Styringen av rehabiliteringstjenestene er mangelfull på alle nivåer.»

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens konklusjoner.

Komiteen viser til Riksrevisjonens overordnede vurdering:

«Det er kritikkverdig at Helse- og omsorgsdepartementet ikke har iverksatt tilstrekkelige tiltak for å sørge for at pasienter får de rehabiliteringstjenestene de har behov for.»

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens kritikk.

Komiteen viser til Riksrevisjonens anbefalinger:

«Riksrevisjonen mener at Helse- og omsorgsdepartementet bør vurdere om rehabiliteringsfeltet kan innrettes på en mer hensiktsmessig måte enn i dag.

- Riksrevisjonene anbefaler at departementet bidrar til å legge bedre til rette for samhandling mellom aktørene slik at pasientene med behov for rehabilitering får helhetlige pasientforløp
- tydeliggjør oppgave- og ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten og avklarer hvordan spesialisthelsetjenesten skal innrette sitt rehabiliteringstilbud hvis kommunene ikke har den nødvendige kompetansen og kapasiteten de skal ha
- setter tydeligere krav til hvordan og når det skal foreligge nødvendige data til hjelp i tjenestenes arbeid med å planlegge og forbedre sine rehabiliteringstjenester

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet bidrar til å styrke kommunenes arbeid med rehabilitering. Dette innebærer blant annet å

- vurdere hvordan staten bedre kan understøtte kommunenes arbeid med å sikre lovpålagt kompetanse

Riksrevisjonen anbefaler at Helse- og omsorgsdepartementet tydeliggjør overfor de regionale helseforetakene at de skal sørge for at

- alle pasienter som har rett til spesialisert rehabilitering, får det
- bruken av de private rehabiliteringsinstitusjoner tar høyde for at ny og bedre praksis tas i bruk
- de koordinerende enhetene i helseforetakene styrkes på en slik måte at de fungerer etter hensikten»

Komiteen slutter seg til Riksrevisjonens anbefalinger.

Komiteen registrerer videre at statsråden mener Riksrevisjonen gjennom sin undersøkelse peker på kjente forhold innen rehabiliteringsområdet, men at rapporten også har tilført ny og nyttig kunnskap i det videre arbeidet.

Komiteen viser videre til nylig fremlagt stortingsmelding, Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse og samhandlingsplan 2023–2027 – Vår felles helsetjeneste, hvor nettopp tematikken samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er belyst og forbedret.

Komiteen viser til at rapporten avdekker langvarige problemer og at nesten ingenting har blitt bedre siden Riksrevisjonen undersøkte rehabiliteringstilbudet i 2012. Komiteen ber derfor Riksrevisjonen gjennomføre en ny undersøkelse av om iverksatte tiltak gir resultater.

Komiteens medlem fra Fremskrittspartiet viser til at 60 pst. av rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten tilbys gjennom avtaler med ideelle og private rehabiliteringsvirksomheter. Dette er uvurderlig spisskompetanse som dette medlem frykter blir redusert eller borte, etter de regionale helseforetakenes dreining til at rehabiliteringstjenestene i større grad skal gis i kommunene. Dette medlem påpeker at kommunene ikke har økonomi eller fagkompetanse til å overta disse tjenestene.

Dette medlem viser til Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene, Dokument 3:12 (2023–2024), hvor det blant annet slås fast at:

- Både kommunene og de regionale helseforetakene jobber for lite systematisk med rehabilitering.
- Rehabilitering er ett av helsevesenets svakeste områder. Det har vært kjent i mange år, men helsemyndighetene har ikke gjort nok. En satsing ble satt i gang i 2017, men tiltakene har ikke gitt resultater.
- Helse- og omsorgsdepartementet tar ikke et helhetlig ansvar. En overordnet strategi og klare målsettinger mangler.
- Mange pasienter får ikke rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Også innholdet i tjenestene fra spesialisthelsetjenesten varierer. Hvor du bor, avgjør hvilken type hjelp du får. Pasienter med samme diagnose får svært ulik hjelp.
- Det er store nasjonale forskjeller. Flaks og tilfeldigheter avgjør om og hvilken hjelp du får.
- Over 60 pst. av kommunene mener at det er vanskelig å gi innbyggerne gode rehabiliteringstjenester.

Dette medlem mener at den planlagte nedbyggingen av nevrorehabilitering er bekymringsfull, spesielt med tanke på den økende erkjennelsen av behovet for tværfaglig spesialisert rehabilitering for personer med multipel sklerose (MS). Riksrevisjonens rapport om rehabilitering har tydelig påpekt mangler i oppfyllelsen av brukernes behov, og samhandling er nevnt som et spesielt kritikkverdig område. Dette medlem

mener derfor dreiningen helseforetakene foretar ved at kommunene får et større ansvar for rehabilitering, må stoppes. Dette medlem viser til behandling av Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027, hvor Fremskrittspartiet kommer til å være tydelig på denne tematikken. Dette medlem mener Nasjonal helse- og samhandlingsplan som er lagt frem, er svak og skuffende, spesielt for rehabiliteringsområde hvor Riksrevisjonen har vært så tydelig.

Dette medlem viser til at de samme tema for tiden behandles i Meld. St. 9 (2023–2024) Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027. Fremskrittspartiet vil i helse- og omsorgskomiteens innstilling gå nærmere inn på Fremskrittspartiets politikk på området og veien videre.

Komiteens medlemmer fra Sosialistisk Venstreparti og Rødt er alvorlig bekymret over at rehabiliteringsfeltet altfor lenge har vært et nedprioritert felt. Dette får store konsekvenser for folks livskvalitet og deltakelse i arbeidslivet.

Disse medlemmer viser til at det er foreslått en større omlegging av rehabiliteringsbehandling i helseforetakene, som for eksempel omlegging av tilbud fra døgn til dag. Disse medlemmer vil understreke at rehabilitering er viktig for å kunne fungere i hverdagen og for å kunne stå i arbeid eller komme tilbake til arbeidslivet. Disse medlemmer påpeker at det er mange med behov for rehabilitering som bør få muligheten til å stå i jobb, selv med begrensa kapasitet. Det er både samfunnsnyttig og verdifullt for de det gjelder. Disse medlemmer støtter styrking og satsing på dette området.

3. Komiteens tilråding

Komiteen har for øvrig ingen merknader, viser til dokumentet og rå Stortinget til å gjøre følgende

vedtak:

Dokument 3:12 (2023–2024) – Rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene – vedlegges protokollen.

Oslo, i kontroll- og konstitusjonskomiteen, den 14. mai 2024

Peter Frølich

leder

Kirsti Leirtrø

ordfører

