



Habilitering og rehabilitering



Politisk
plattform

Innhold

Politisk plattform habilitering og rehabilitering	3
Hva er habilitering og rehabilitering?	3
Etymologi	3
Prosess	4
Målgruppe	4
Formål	4
Hvem som deltar	4
Offisiell definisjon	4
Er definisjonen viktig?	4
Utfordringsbildet – Habilitering og rehabilitering: essensielt for verdighet og selvstendighet	5
1. Helsetjenesten må styres	6
2. Finansiering og økonomiske incentiv	7
3. Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må ledes	8
4. Kompetanse for kvalitet	9
5. Samhandling, tverrfaglighet og fysioterapeutens viktige rolle	11

Politisk plattform habilitering og rehabilitering

Det skal godt gjøres å gå gjennom livet uten å ha behov for rehabilitering av et eller annet slag. Alle kan trenge det og mange etterspør det, men ikke alle får det. Kanskje fordi habilitering og rehabilitering ikke handler om liv eller død? Det handler om verdighet og selvstendighet. Ikke om å miste livet, men å få livet tilbake.

Alle har vi en lovfestet rett til forsvarlig helsehjelp når vi trenger det, også habilitering og rehabilitering. Men hva er verdien av lovhjemling når velfungerende habiliterings- og rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten bygges ned, uten at tilsvarende tilbud i kommunene bygges opp?

Til tross for bred enighet om at habilitering og rehabilitering er viktig, har vi over tid sett at flere kommuner har trappet ned og fragmentert habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Spesialisthelsetjenesten har kortet ned liggetiden og antall plasser i rehabiliteringsavdelinger. Det har dermed blitt store variasjoner i tilbudet både når det gjelder kvalitet, kapasitet og tilgjengelighet. Nå venter både vi og befolkningen på et styrket habiliterings- og rehabiliteringstilbud i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Et tilbud bemannet med høyt kvalifisert og engasjert helsepersonell med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse, slik som fysioterapeuter har.

For de som trenger rehabilitering er det ikke alltid snakk om å gjenvinne all tapt funksjon, men det er alltid snakk om å gjenvinne livskvalitet og verdighet. Å komme dit kan være en møysommelig prosess. Det samme gjelder personer med behov for habiliteringstjenester.

Habilitering og rehabilitering er svært god samfunnsøkonomi i form av færre reinnleggelser, økt selvstendighet og økt samfunnsdeltakelse. God habilitering og rehabilitering til alle som trenger det er en investering i bedre helse og livskvalitet, og i den enkeltes mulighet til å mestre hverdagen. Fysioterapeuter har viktig kompetanse når det gjelder å kartlegge og vurdere menneskers funksjonsnivå og habiliterings- og rehabiliteringspotensiale.

Habilitering og rehabilitering virker. Det er en mangelvare, men er helt nødvendig.

For å gi et rett bilde av habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i Norge har vi i våren 2019 vært på besøk på mange arbeidsplasser. Vi har vært i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og private institusjoner og vi har snakket med prosjektledere, enhetsledere, fysioterapeuter og forskere. Dette er deres fortelling om deres hverdag. Vi opplever at alle ønsker de personens beste. Frustrasjonene oppstår når organiseringen og systemene ikke gjør det mulig.

Hva er habilitering og rehabilitering?

Det er flere tilnærminger til å forstå begrepene habilitering og rehabilitering.

Etymologi

Habilitere kommer fra det latinske «habilis» som betyr dugelig eller verdig. Habilitering kan derfor forstås som å sette en person i stand til å føle seg dugelig eller verdig. Rehabilitering kan forstås som å gjeninnsette i tidligere verdighet eller å sette i funksjonsdyktig stand igjen, altså å på nytt sette en person i stand til å føle seg dugelig eller verdig.

Prosess

Habilitering og rehabilitering er prosessen som fører en person fra et utgangspunkt til et bedre funksjonsnivå, både fysisk, psykisk og sosialt. For noen innebærer prosessen å utsette eller hindre ytterligere funksjonstap.

Målgruppe

Målgruppen for habiliteringstjenestene er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervet skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse. Rehabiliteringstjenestene er vanligvis rettet mot mennesker som har tilstander som er ervervet eller har oppstått senere i livet.

Formål

Habiliterings- og rehabiliteringsprosessens formål er å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Gode habiliterings- og rehabiliteringstiltak bygger på den enkeltes ressurser og ønsker, og kan gi funksjons-forbedringer og funksjonsoppretholdelse som utgjør viktige forskjeller i hverdagen, selv om personen fortsatt vil være avhengig av hjelp på andre områder.

Hvem som deltar

Personen er den viktigste agenten i habiliterings- eller rehabiliteringsprosessen. Habiliterings- og rehabiliteringsprosesser er ofte tverrfaglige. Flere sektorer, etater, enheter og profesjoner vil være involvert i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten.

Offisiell definisjon

«Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasient og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjons- evne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

Er definisjonen viktig?

Hvordan habilitering og rehabilitering defineres får konsekvenser.

Jo videre definisjonen er, jo flere tjenester blir inkludert. Til dels store bevilgninger monner lite når de skal deles på mange områder. Resultatet er en tilsynelatende satsing ved at tjenester som ikke tidligere var rehabilitering blir regnet med i statistikk og regnskap.

Jo smalere definisjonen er, jo lettere er det å bevilge målrettede midler og fatte forpliktende vedtak for effektiv styring av tjenesten. På den andre siden kan for smale definisjoner føre til at store brukergrupper blir utelatt og det kan være vanskelig å se helheten.

NFF mener at hvordan vi definerer begrepene ikke bidrar til å løse de virkelige habiliterings- og rehabiliteringsutfordringene. Utfordringene og befolkningens behov kan utelukkende løses ved mere kompetanse og et mer ekstensivt tjenestetilbud. En diskusjon av definisjonen bidrar til å tåkelegge sakens egentlige kjerne. Vi kan ikke definere eller organisere oss ut av behovet for habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Befolkningen fortjener gode tjenester uavhengig av definisjonen, og uavhengig av om ansvaret legges til primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Utfordringsbildet – Habilitering og rehabilitering: essensielt for verdighet og selvstendighet

Et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud kan begrense den eksponentielle veksten i ressurser som benyttes til kompenserende bistand og pleie i kommunene. Et rett dimensjonert habiliterings- og rehabiliteringstilbud som er godt organisert med god kompetanse er viktig for den enkeltes livskvalitet, men er også god samfunnsøkonomi. Bedret funksjonsevne leder til høyere deltakelse i utdanning og arbeid, færre innleggelser og reinnleggelser i sykehus og redusert press på hjemmetjenester og sykehjem. For å få et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud må tjenesten styres, ha en hensiktsmessig organisering og finansiering. I tillegg må tjenesten ledes, og ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

Samhandlingsreformen har ikke nådd målsettingene, og spesielt ikke på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Spesialisthelsetjenesten har redusert antall habiliterings- og rehabiliteringsplasser og gitt ansvaret for disse tjenestene til kommunene. Mange kommuner er for små til at det er mulig å ha tilstrekkelig kompetanse på alle nødvendige områder. Resultatet av utviklingen er store geografiske variasjoner i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet når det gjelder kvalitet og tilgjengelighet i både primær- og spesialisthelsetjenesten. NFF mener at det ikke gir likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted.

Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må finansieres på en slik måte at vi unngår at pasientene stadig flyttes mellom avdelinger og mellom forvaltningsnivå. Kvalitet og pasientens beste må komme foran økonomiske hensyn og budsjettposter. Det er helt nødvendig med en opptrapingsplan og økonomiske insentiver som monner for å sikre økt kapasitet og kvalitet for pasientene. Det er også nødvendig med en gjennomgang av takstene og finansieringssystemene i helsetjenesten for å lykkes med gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester preget av god samhandling, med pasientens beste for øyet.

En forutsetning for et godt habiliterings- og rehabiliteringstilbud er koordinering og samarbeid mellom involverte instanser på tvers av tjenestenivå og organisatoriske enheter. Det er et lederansvar, på alle ledernivå. Ikke alle som trenger det får individuell plan og koordinator hverken i kommunen eller på sykehuset. Videre har de koordinerende enhetene flere steder mangelfull tverrfaglig kompetanse, og er lite kjent.

Samhandlingen og koordineringen mellom de mange aktørene på tvers av forvaltningsnivåene må styrkes, og vi trenger en styrking av faglig kvalitet og status på dette feltet. Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må ledes.

Kunnskapsutviklingen går fort, flere overlever med stadig mer komplekse sykdommer og skader. Det stiller høye krav til kompetansen blant de som skal tilby habiliterings- og rehabiliteringstjenestene. Det stiller høye krav til kompetansen blant de som skal vurdere behov og innvilge behandling. Det stiller også høye krav til kompetanse og evner blant de som skal lede habiliterings- og rehabiliteringstjenesten og som skal sikre rett kapasitet på rett sted.

NFF mener at fokuset på befolkningens helsetjeneste må styrkes. Habilitering og rehabilitering må prioriteres opp fordi det er tjenester som bidrar til verdighet og selvstendighet. Personens behov må settes i sentrum, og helsetjenestens organisering, finansiering, kapasitet og kompetanse må tilpasses og støtte opp om personens målsetting. Det krever fokus på samhandling mellom forvaltningsnivåer, etater og enheter. Det krever tverrfaglig tilnærming mellom samarbeidende profesjoner og det krever en målrettet innsats mot svaret vi får når vi stiller spørsmålet «hva er viktig for deg?».

NFF mener:

1. Myndighetene må styrke styringen av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene for å sikre likeverdige helsetjenester med god kvalitet uavhengig av bosted.
2. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må finansieres på en slik måte at vi unngår at pasientene stadig flyttes mellom avdelinger og mellom forvaltningsnivå.
3. Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene må få en hensiktsmessig organisering og må ledes som en sammenhengende tjeneste.
4. Kompetansen på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet må styrkes, og det må stilles krav til habiliterings- og rehabiliteringskompetanse på alle nivå i beslutningskjeden.
5. Helsetjenestens organisering, finansiering, kapasitet og kompetanse må tilpasses og støtte opp under innbyggernes behov for rehabilitering.

I. Helsetjenesten må styres

Innen helsetjenesten er målsettingene i samhandlingsreformen fortsatt styrende, også når det gjelder habilitering og rehabilitering. Spesialisthelsetjenesten skal konsentrere seg om oppgaver som krever spesialisert kompetanse, mens alle andre oppgaver skal løses i kommunene. NFF oppfatter at det fortsatt er uklarheter rundt ansvarsfordelingen mellom forvaltningsnivåene når det gjelder habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Resultatet er at flere mennesker ikke får det tilbudet de trenger og har krav på.

Det er i dag alt for liten helhetlig overordnet styring av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. I spesialisthelsetjenesten er det store forskjeller i hvor mange rehabiliteringspasienter sykehusområdene har i egne avdelinger eller i private institusjoner. I kommunene er det store forskjeller i om de har en rehabiliteringsenhet eller ikke og om de har et vurderende rehabiliteringsteam eller ikke. Tilbudene er som regel ikke dimensjonert i forhold til folketall.¹

Det er alt for store regionale og kommunale forskjeller i rehabiliterings- og habiliteringstilbudet til at det er rimelig å si at vi har likeverdige helsetjenester på dette området. Ulik tilgang på tjenester, svært ulik innretning på tjenestene og ulike kompetansenivå landet over fører til at det ikke er mulig å oppnå et likeverdig resultat for alle. Mennesker går glipp av sitt potensiale fordi ventetiden mange steder er for lang.² Barn med behov for habiliteringstjenester får svært ulike forutsetninger for å bli så selvhjulpne som mulig senere i livet.

Det er nødvendig å vurdere i hvilken grad alle kommuner skal tilby spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Liten befolkning i kommunen tilsier at vanlige sykdommer er sjeldent forekommende. Liten befolkning tilsier også få årsverk i helsetjenesten. En tredel av landets kommuner har tre eller færre fysioterapeutårsverk.³ Få årsverk og få tilfeller, også av ofte

¹ spørreundersøkelse 2015 om rehabilitering i kommuner og bydeler i Helse Sør-Øst- regionen utført av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) i Helse Sør-Øst.

² Pasient- og brukerombudets årsmelding 2018.

³ SSB tabell 11995.

forekommende tilstander, gjør at kapasiteten til å ha og opprettholde spesialisert kompetanse på et bredt felt er mindre. Få årsverk gjør også tjenesten svært sårbar ved ferieavvikling og sykdom.

NFF mener det er nødvendig med nye styringssignaler på habiliterings- og rehabiliteringsområdet. Det er på høy tid at vi øker bevisstheten rundt avveiningen mellom nærhet til lokalmiljøet og behovet for spesialisert kompetanse. Pasientenes behov må settes i sentrum. NFF mener at en forutsetning for å lykkes med sømløse pasientforløp og gode pakkeforløp er å løse de egentlige utfordringene i helsetjenesten; en hensiktsmessig ansvarsdeling mellom forvaltningsnivåene basert på kommunenes faktiske mulighet til å kunne tilby tjenestene befolkningen trenger.

NFF mener at det må nedsettes et partssammensatt offentlig utvalg som kartlegger og vurderer kunnskap omdagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

Utvalget må bestå av profesjoner med spesifikk habiliterings- og rehabiliteringskompetanse slik som fysioterapeuter, ergoterapeuter og leger. Utvalget må utarbeide forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling som er tilpasset ulike kommunetyper. Bare slik kan organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet dekke befolkningens behov for slike tjenester. NFF mener at anbefalingene fra et slikt utvalg må kunne ut i en NOU og ligge til grunn for nye styringssignaler på habiliterings- og rehabiliteringsområdet.

NFF mener:

- Alle må sikres et likeverdig helsetjenestetilbud, også når det gjelder habilitering og rehabilitering.
- Alle må ha tilgang til tilstrekkelig og spesialisert habiliterings- og rehabiliteringskompetanse uavhengig av hvor de bor.
- Det må nedsettes et offentlig utvalg som kartlegger og vurderer kunnskap om dagens habiliterings- og rehabiliteringstilbud.
- Anbefalingene fra utvalget må ligge til grunn for nye styringssignaler på habiliterings- og rehabiliteringsområdet.
- Utvalget må utarbeide forslag til ulike modeller for ansvarsfordeling som er tilpasset ulike kommunetyper.
- For å sikre lik tilgang til habilitering og rehabilitering må spesialisthelsetjenesten beholde en større del av ansvaret for disse tjenestene

2. Finansiering og økonomiske insentiv

Hvem som mottar habiliterings- og rehabiliteringstjenester og hvor de mottar tjenestene påvirkes i dag i alt for stor grad av finansieringsordninger, økonomiske insentiv og budsjettmessige hensyn. Når mennesker stadig flyttes mellom forvaltningsnivåene, får vi ikke gode pasientforløp eller kontinuitet i habiliterings- og rehabiliteringsprosessene.

Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene er i dag rammefinansiert, innsatsfinansiert, aktivitetsbasert og anbudsbasert. Disse finansieringsordningene trekker i ulike retninger og fører til et svarteperspill tjenestenivåene imellom. Rehabiliteringspasientene skrives ut tidlig av spesialisthelsetjenesten da de gir lav uttelling i DRG-systemet. Dette gir press på en underdimensjonert primærhelsetjeneste der rehabiliteringspasientene prioriteres ned til fordel for pleie- og omsorgstjenestene. Resultatet er reinnleggelser og et enda større behov for pleie- og omsorgstjenester. Dette er ikke en god løsning – verken for pasientene eller helseøkonomien.

NFF mener det er nødvendig å gjennomgå finansieringssystemene for hele helse-tjenesten. Habilitering og rehabilitering må prioriteres og løftes frem slik at ressursene ikke brukes opp til

akuttmedisin eller til pleie og omsorg. For å stimulere til økt habilitering og rehabilitering må takster som begrenser samhandling identifiseres, slik at nye takster som støtter opp om samhandling mellom nivåene utvikles.

En hensiktsmessig finansiering av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene må følges av en opptrappingsplan med økonomiske insentiver som fremmer feltet. Vi trenger en faktisk prioritering og styrking av tjenesten. Vi kan ikke planlegge og organisere oss ut av manglende kapasitet

NFF ser tydelige tegn på at tilgang på helt nødvendige habiliterings- og rehabiliteringstjenester er svært avhengig av personlig økonomi og bosted. De som har penger kan kjøpe tjenester og dermed bedre sin helse og funksjonsevne. NFF mener at dette er uholdbart, og etter vår mening brudd på den kommunale helse- og omsorgstjenesteloven og pasient- og brukerrettighetsloven. Mangelen på pålitelig statistikk om bruk av habiliterings- og rehabiliteringstjenester og påstander om udokumentert virkning av tiltak brukes som en årsak til å ikke diskutere kapasitets- og kvalitetsutfordringene på dette feltet. NFF vet at det er store kapasitets- og kvalitetsutfordringer i helsetjenesten generelt og rehabilitering og rehabilitering spesielt. Vi ser også at finansieringsordningene bidrar til fragmentering i fagmiljøene.

Det er mye forskning som viser at det fysioterapeuter gjør, å trene fysisk funksjon, gir gevinster i form av økt mestring, selvstendighet og sosial deltakelse. Fysisk aktivitet har også en positiv innvirkning på psykisk helse. Det gir mindre behov for andre helse- og omsorgstjenester. NFF forstår derfor ikke hvorfor det er manglede finansiering og økonomiske insentiv for å satse på habiliterings- og rehabiliterings-tjenestene. Analysene til SSB viser at det vil bli stor mangel på helsepersonell i årene som kommer. Jobben fysioterapeuter gjør kan avhjelpe denne mangelen.

NFF mener at finansieringssystemene må legge til rette for utviklingen av robuste fagmiljø og kunnskapsutvikling. For private rehabiliteringsinstitusjoner gjelder at korte anbudsperioder kan føre til usikkerhet slik at kvalifisert personell forsvinner. Det tar tid å bygge opp kompetanse og dette må anbudslengdene ta hensyn til.

NFF mener:

- Finansieringssystemene må prioritere og løfte frem rehabilitering og rehabilitering slik at vi kan ta ut de samfunnsmessige gevinstene og øke funksjon og mestring hos personene.
- Nye takster som støtter opp om samhandling mellom nivåene må utvikles.
- Det må innføres en ny opptrappingsplan som fører til en faktisk prioritering og styrking av tjenesten.
- Kapasitet innen rehabilitering og rehabilitering må økes for å motvirke en todeling av helsetjenesten.
- Mangelen på pålitelig statistikk om bruk av habiliterings- og rehabiliteringstjenester og påstander om udokumentert virkning av tiltak kan ikke være en unnskyldning for å ikke diskutere kapasitets- og kvalitetsutfordringene på dette feltet.
- Finansieringssystemene må legge til rette for utviklingen av robuste fagmiljø og kunnskapsutvikling.

3. Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må ledes

Samhandlingen er fortsatt mangelfull i helsetjenesten, generelt sett. Samhandling, koordinering og prioritering er et lederansvar. Personer med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse må være representert på alle nivå i helsefelleskapene og andre samhandlingsfora.

NFF mener at samarbeidsavtalene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten må oppdateres og konkretiseres slik at de på habiliterings- og rehabiliteringsområdet er realistiske, hensiktsmessige, tilpasset ressursituasjonen i kommunene og lokale forutsetninger. Systemene og samarbeidsavtalene må legge til rette for utstrakt og forpliktende informasjonsutveksling, samhandling og likebehandling. Eksisterende avtaler må gjøres kjent i organisasjonene for å sikre likeverdighet.

Det er et lederansvar å prioritere. For å gjøre gode faglige prioriteringer må ledelsen ha rett fagkompetanse. Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må derfor ledes av fagpersoner med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse. I kommunene må disse tjenestene forankres i planarbeidet, både på overordnet nivå og som del av en helhetlig plan for alle helse- og omsorgstjenestene. Bare slik kan habiliterings- og rehabiliteringstiltak bli integrert i hele pasientforløpet og habiliterings- og rehabiliteringstanken bli et tankesett som gjennomsyrrer hele helse- og omsorgstjenesten. NFF mener derfor at habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må organiseres under helsetjenesten, ikke under pleie- og omsorgstjenesten. En tjeneste blir ikke prioritert dersom den er lagt inn under andre tjenester.

Det er et lederansvar å sørge for at tjenestene er bemannet med rett og tilstrekkelig kompetanse. Dette ansvaret innebærer å foreta kompetansekartlegginger for å rekruttere rett personell og legge til rette for kompetanseheving blant de ansatte. Det følger også av dette at fysioterapitjenesten i kommunen, ansatte fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter, må styres som en enhetlig tjeneste.

Det er et lederansvar å øke samhandlingen, herunder å organisere koordinerende enheter og få disse til å fungere etter intensjonen, være kjent i organisasjonene og synlige for innbyggerne. NFF mener at koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten må få en større rolle når det gjelder å henvise mennesker til habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Disse enhetene må ha oversikt over tilbudet til rehabiliteringsinstitusjonene og enkeltkommunenes kompetanse og kapasitet. Koordinerende enhet i kommunen må være en faktisk enhet.

NFF mener at de koordinerende enhetene på begge forvaltningsnivå må ha et utstrakt samarbeid og felles kontaktflater for å sikre innbyggernes behov for helsetjenester på tvers av forvaltningsnivå. Uavhengig av organisering må koordinerende enheter bemannes av personell med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse.

Samhandling og kunnskapsbasert praksis fordrer en felles digital plattform. NFF mener det er på tide at det tas grep fra nasjonalt nivå for å få fortløpende utviklingen av en nasjonal IKT-grunnmur som fremmer samhandling, meldingsutveksling og sømløse pasientforløp. Dette ansvaret må ligge på nasjonalt nivå, men åpne for lokale tilpasninger.

NFF mener:

- Personer med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse må være representert på alle nivå i helsefelleskapene og andre samhandlingsfora.
- Samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene må oppdateres og konkretiseres slik at de er realistiske og hensiktsmessige.
- Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene må ledes av personer med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse.
- Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må forankres i kommunens planarbeid, både på overordnet nivå og som del av en helhetlig plan for alle helse- og omsorgstjenestene.
- Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må ha en tydelig, helhetlig ledelse.
- Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten må organiseres under helsetjenesten, ikke under pleie- og omsorgstjenesten.

- Ledere må foreta kompetansekartlegginger som et grunnlag for kompetanseheving.
- Fysioterapitjenesten i kommunen må styres som en enhetlig tjeneste.
- Koordinerende enheters rolle må styrkes, og ansatte må ha habiliterings- og rehabiliteringskompetanse.
- Koordinerende enheter på begge forvaltningsnivå må ha et utstrakt samarbeid og felles kontaktflater.
- Nasjonalt nivå må ta grep for å utvikle nasjonal IKT-grunnmur som fremmer samhandling, meldingsutveksling og sømløse pasientforløp.

4. Kompetanse for kvalitet

Kvalitet i tjenestene forutsetter rett kompetanse, tilstrekkelig kapasitet og hensiktsmessig organisering. Habiliterings- og rehabiliteringstiltak har best effekt når den utøves av helsepersonell med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse. Fysioterapeuter har slik kompetanse og er en av de viktigste yrkesgruppene når det gjelder å iverksette habiliterings- og rehabiliteringstiltak av høy kvalitet.

For å kunne øke funksjon og mestring hos personene og ta ut de samfunnsmessige gevinstene av innsatsen, må den habiliterings- og rehabiliteringsfaglige kompetansen styrkes, i hele tjenesten. NFF mener derfor at det må stilles minimumskrav til hvilke faggrupper som skal finnes i habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger og -team både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Personer med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse vil i mye større grad iverksette habiliterings- og rehabiliteringstiltak enn kompensierende tiltak, en endring som er nødvendig for å sikre bærekraft i pleie- og omsorgstjenesten. På samme måte kan personer med habiliterings- og rehabiliteringskompetanse bidra til å begrense bruken av kirurgiske inngrep og medisinerbruk da konservativ behandling er å foretrekke gitt tilsvarende forventede resultat. NFF mener derfor at det er helt nødvendig at helsepersonell som tar beslutninger om behandlingsform og tjenester har habiliterings- og rehabiliteringskompetanse.

For å opprettholde kvaliteten på habiliterings- og rehabiliteringstjenestene må begge forvaltningsnivå sikre at de har nødvendig kompetanse og kapasitet til å gjennomføre tiltak med tilstrekkelig intensitet. Kompetanse er noe man må bygge over tid. For å arbeide langsiktig mener NFF derfor at både kommunene og spesialisthelsetjenesten må forpliktes til å utarbeide kompetanseplaner som en del av en helhetlig helse- og omsorgsplan.

Det er kompetanse som gir innbyggerne bedre helsetjenester. NFF mener derfor at vi trenger et kompetanseløft innen habilitering og rehabilitering. Både kommunene og spesialisthelsetjenesten må legge til rette for kontinuerlig læring og kompetanseheving. Innen helse går kunnskapsutviklingen fort. Arbeidsgiver må derfor legge til rette for at ansatte og fysioterapeuter med driftsavtaler kontinuerlig kan holde seg faglig oppdatert. Det må stimuleres til mer forskningsbasert kunnskap på feltet og det må satses på etter- og videreutdanning, masterstudier og spesialisering.

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt er ikke tilstrekkelig for å møte kompetansebehovene i kommunehelsetjenesten. Dersom helsetjenesten ikke legger til rette for kunnskapsbaserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester vil vi ikke benytte de mest effektive metodene som gir mest helse for pengene.

Det er begrenset i hvor stor grad spesialisthelsetjenesten kan redusere sitt habiliterings- og reha-

biliteringstilbud og samtidig opprettholde en fagkompetanse som gir grunnlag for forskningsarbeid.

Private institusjoner har ikke ansvar for FoU-arbeid og forskning på samme måte som den offentlige helsetjenesten, og det er hevdet at det store innslaget av private institusjoner er til hinder for å sikre sterke fagmiljø som driver faget fremover. Private institusjoner har på sin side store datagrunnlag som kan benyttes til forskning. Finansieringsordningene må legges til rette for samhandling slik at habilitering og rehabilitering som fag kan drives fremover, det er god samfunnsøkonomi.

NFF mener:

- Det må stilles minimumskrav til hvilke faggrupper som skal finnes i habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger og team både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Personer som tar imot og vurderer søknader om pleie- og omsorgstjenester må ha habiliterings- og rehabiliteringskompetanse for å redusere omfanget av kompenserende tiltak.
- Personer som tar beslutninger om behandlingsform må ha habiliterings- og rehabiliteringskompetanse for å begrense bruken av unødvendige kirurgiske inngrep og medisinbruk.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må forpliktes til å utarbeide kompetanseplaner som en del av en helhetlig helse- og omsorgsplan.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må legge til rette for kontinuerlig læring og kompetanseheving i helsetjenesten.
- Kommunene og spesialisthelsetjenesten må legge til rette for kontinuerlig læring og kompetanseheving innen habilitering og rehabilitering, og det må satses på etter- og videreutdanning, masterstudier og spesialisering.
- Robuste fagmiljø må bygges og opprettholdes for å fremme forskning om habilitering og rehabilitering, for å sikre en kunnskapsbasert helsetjeneste med god kvalitet på alle nivå.

5. Samhandling, tverrfaglighet og fysioterapeutens viktige rolle

Rehabiliteringen starter samtidig med medisinsk behandling, men fortsetter når den medisinske behandlingen og pleien avsluttes. Habilitering og rehabilitering er først og fremst personens egen prosess som handler om å leve et fullverdig liv med en funksjonshemming eller et funksjonstap.

Personen er den viktigste agenten i habiliterings- og rehabiliteringsprosessen. For å nå hans eller hennes målsetting må det utarbeides en plan for den videre prosessen. Pasienter som skrives ut av spesialisthelsetjenesten med en skriftlig plan lykkes i større grad enn de som ikke har det. Å legge en plan er et viktig skritt i å utvikle personens helsekompetanse, det myndiggjør personen og det ansvarliggjør helsetjenesten. Helsetjenestens organisering, finansiering, kapasitet og kompetanse betinger befolkningens mulighet for god helse.

Samhandling forutsetter en viss grad av gjensidighet mellom aktørene. NFF mener at forståelsen av samhandling må omfatte samarbeid om å nå personens målsetting. Det fordrer god kommunikasjon mellom forvaltningsnivå, mellom profesjoner, avdelinger og etater, og det fordrer dialog med pårørende.

Tverrfaglig samarbeid der flere profesjoner får benytte sin kompetanse og sine innfallsvinkler gir en merverdi som en yrkesgruppe alene ikke ville kunne yte. Tverrfaglig samarbeid gir læring og økt kompetanse. Samtidig er det viktig å tilrettelegge for at profesjonene får utvikle sin særfaglige kompetanse og profesjonsidentitet, noe som først og fremst skjer i homogene fagmiljø. Det er et lederansvar å organisere tjenesten slik at det legges til rette for både tverrfaglig samarbeid, og for fagutvikling.

NFF mener at tverrfaglighet må fremmes i hele helsetjenesten. I en habiliterings- og rehabiliteringsprosess er det viktig å se hele mennesket. Mange vil derfor trenge tiltak fra flere profesjoner, som hver og en vil gjøre det de kan best. Dette er profesjoner i helsetjenesten, sosialtjenesten og andre relevante aktører for eksempel innen utdanning og arbeid.

NFF mener at fysioterapeuter er en viktig del av tverrfaglige tjenester med sin kunnskap om aktivitet – fysisk, mentalt og sosialt.

I nasjonal retningslinje står det at fysioterapeututdanningen skal utdanne kandidater med særskilt kompetanse i å undersøke kropp, bevegelse og funksjon, stille kliniske diagnoser, vurdere indikasjon for tiltak og gjennomføre og evaluere disse. Kandidaten skal ha bred kompetanse i å gjenopprette, vedlikeholde og utvikle bevegelsesutfoldelse og funksjon, for å fremme mestring, livskvalitet og deltakelse.

Følgelig har fysioterapeuter kompetanse til å vurdere og iverksette habiliterings- og rehabiliteringstiltak av høy kvalitet og bidrar til å forebygge forverring av sykdom og å unngå kroniske tilstander. Vi mener derfor fysioterapeuter må være en skal-tjeneste i helsetjenestene for barn og unge.

NFF mener også at det må innføres en offentlig spesialistgodkjenning av fysio-terapeuter med mastergradsutdanning som en del av et spesialiseringsløp. Dette vil være et tydelig signal fra helsemyndighetene om at fysioterapeutene er en viktig ressurs som innehar kompetanse som er nødvendig i kommunale helse- og omsorgstjenester. Samtidig er det et signal om nødvendigheten av å styrke fokuset på habilitering og rehabilitering.

NFF mener:

- Habilitering og rehabilitering er først og fremst personens egen prosess som handler om å leve et fullverdig liv med en funksjonshemming eller et funksjonstap.
- Å legge en plan for prosessen utvikler helsekompetanse og myndiggjør personen i tillegg til å ansvarliggjøre helsetjenesten.
- Samhandling fordrer god kommunikasjon mellom forvaltningsnivå, profesjoner, avdelinger, etater og pårørende.
- Tverrfaglig samarbeid gir en merverdi som en yrkesgruppe alene ikke ville kunne yte.
- Fysioterapeuter er en viktig del av tverrfaglige tjenester med sin kunnskap om aktivitet – fysisk, mentalt og sosialt.
- Fysioterapeuter må være en skal-tjeneste i helsetjenestene for barn og unge.
- Det må innføres en offentlig spesialistgodkjenning av fysioterapeuter med mastergradsutdanning som en del av et spesialiseringsløp.