

Dato 7. september 2017

Høringsnotat

Forslag om endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3. *Definisjon av habilitering og rehabilitering*

Innhold

1	Innledning.....	3
1.1	Bakgrunn – hvorfor endre gjeldende definisjon?	3
1.2	Begrepsbruk og kjennetegn	4
1.3	Helsedirektoratets forslag til ny definisjon.....	5
1.4	Innspill fra brukerne	6
2.	Gjeldende rett.....	7
3.	Departementets vurderinger og forslag.....	9
4.	Økonomiske og administrative konsekvenser	10
5.	Forslag til forskriftsendring	11

1 Innledning

Helse og omsorgsdepartementet sender med dette på høring forslag om endring av forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (forskrift om habilitering og rehabilitering) § 3. Denne bestemmelsen inneholder definisjonen av habilitering og rehabilitering.

Det vises til Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 hvor regjeringen varslet at det vil bli igangsatt et arbeid for å revidere definisjonen for habilitering og rehabilitering i forskriften. Det heter i opptrappingsplanen at:

"I denne opptrappingsplanen legger regjeringen til grunn en bred forståelse av habilitering og rehabilitering som inkluderer alle brukere av helse- og omsorgstjenesten som har behov for en målrettet innsats for å opprette, gjenopprette, vedlikeholde og bedre funksjon, forebygge funksjonsfall og lære å mestre livet med sykdom og funksjonsnedsettelse".

Dagens definisjon er innarbeidet og godt kjent i fag- og brukermiljø, men møter kritikk på noen sentrale punkter. Formålet med å endre definisjonen er først og fremst å forsterke brukerperspektivet i tråd med målet om pasientens helsetjeneste, ved å tydeliggjøre i definisjonen at det er pasienten og brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn ved utforming av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. I tillegg skal definisjonen fange opp at habilitering og rehabilitering er prosesser som både kan være tidsavgrenset og av livslang varighet og at behovet for tverrfaglig samarbeid og koordinering kan variere over tid i et forløp.

1.1 Bakgrunn – hvorfor endre gjeldende definisjon?

I Stortingsmelding nr. 21 (1998-1999) Ansvar og meistring – mot ein heilskapeleg rehabiliteringspolitikk, ga Stortinget sin tilslutning til følgende definisjon som senere ble tatt inn i gjeldende forskrift:

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

En mangel ved dagens definisjon er at brukerperspektivet ikke fremgår. Pasientens og brukerens rett til å medvirke fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3, jf. særlig § 3-1. Kommunen og det regionale helseforetaket skal i henhold til gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering i § 4 "*sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud*" (vår understreking). Det er blant annet derfor varslet i Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 at definisjonen skal revideres og at dette arbeidet skal skje i tett dialog med brukerne.

Det er kommet innspill fra brukere med kroniske sykdommer om at de opplever det problematisk at habilitering og rehabilitering defineres som tidsavgrensede prosesser. Formuleringen i gjeldende definisjon, "*tidsavgrensede, planlagte prosesser*", samsvarer dårlig med de utfordringer mange brukere med kroniske sykdommer står overfor med

gradvis og kontinuerlig eller gjentatte fall i funksjon, som medfører behov for kontinuerlig innsats for å motvirke dette og/eller gjentatt behov for intensiv innsats i perioder.

En annen utfordring som blir påpekt, er at flere tiltak som har habilitering og rehabilitering som mål kan falle utenfor dagens definisjon. En innskrenket tolkning av ordlyden "*hvor flere aktører samarbeider*", kan ekskludere tiltak i et pasientforløp. Ordlyden har i flere tilfeller vært tolket som at flere aktører må samarbeide om samme tiltak, dvs. at tiltak som ytes av en enkelt fagperson eller faggruppe ikke er å forstå som rehabilitering fordi det enkelte tiltak ytes "monofaglig" eller ikke er en del av en formalisert tverrfaglig plan. For eksempel vil det i oppfølging etter en kneoperasjon være flere faggrupper som hver for seg gir oppfølging som til sammen bidrar til at pasienten gjenvinner funksjonsnivå og arbeidsevne. Mens trening foregår hos fysioterapeuten, følger fastlegen opp det medisinske og arbeidsgiver legger til rette arbeidsoppgaver for å utnytte restarbeidsevne i opptreningsperioden. Et tverrfaglig samarbeid kan også være indirekte, f.eks. gjennom at fysioterapeuten gir råd om arbeidsstilling eller arbeidsgiver legger til rette for trening i arbeidstiden. Flere aktører er sentrale i prosessen, ikke minst pasienten selv, selv om tiltakene ikke er ledd i en formalisert individuell plan, og selv om tiltakene ytes hver for seg. I andre tilfeller er det tverrfaglige samarbeidet mer åpenbart og formalisert i form av samarbeid gjennom ansvarsgrupper eller andre møtefora og individuelle planer. Behovet for tverrfaglig samarbeid og koordinering kan variere over tid i et forløp, hvor det ved oppstart eller ved forverringer av funksjon kan være større behov for tverrfaglighet. Ulik forståelse av begrepet kan ha medført at tjenester som enkelte brukere mottar ikke defineres og heller ikke registreres som habilitering og rehabilitering.

1.2 Begrepsbruk og kjennetegn

Habilitering kan forstås som tiltak som har som mål å utvikle funksjons- og mestringssevne for å nå størst mulig grad av selvstendighet, deltakelse og livskvalitet. Habilitering omfatter tiltak spesielt rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- og/ eller funksjonsproblemer. Med tidlig ervervet menes at tilstanden er ervervet før 18 år jf. prioriteringsveileder for habilitering av voksne i spesialisthelsetjeneste. Pasienter med medfødt eller tidlig ervervet kognitiv funksjonsnedsettelse og/eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse utgjør den dominerende andelen av pasienter som i dag henvises til habiliteringstjenestene for barn og voksne i spesialisthelsetjenesten.

Målgruppen innen habilitering trenger bistand for å etablere og oppøve funksjoner og ferdigheter som de i utgangspunktet ikke har hatt. For mange innebærer dette at de ikke følger et forventet utviklingsløp. Behovet for habilitering varer som oftest livet ut. Tidlig innsats og forebyggende tiltak er viktig for å bevare eksisterende funksjoner og bremse utvikling av funksjonstap. Habiliteringstilbudet inneholder planlagte og ofte sammensatte og samordnede tjenester for å hjelpe brukeren å nå sine egne mål.

Rehabilitering kan forstås som tiltak som har som formål å bidra til at en person gjenvinner eller bevarer fysisk, mental eller sosial funksjonsevne som er tapt, eller står i fare for å tapes, på grunn av sykdom, skade eller inaktivitet. Målet er å bidra til at den enkelte bruker blir i stand til å fungere så godt som mulig i dagliglivet ut fra sine mål, ønsker og

forutsetninger, mestrer eget liv, og får mulighet til å delta i samfunnet. Rehabilitering er tjenester og støtte til bruker/pasient i form av strukturerte tiltak. Brukeren er hovedaktør i prosessen og gjør oftest selv mye av innsatsen som inngår i tiltakene.

Rehabilitering omfatter både medisinsk, sosial og psykososial rehabilitering. Tradisjonelt har begrepet rehabilitering i stor grad vært knyttet til somatisk sykdom. En slik forståelse innebærer en kunstig avgrensning av brukerens totale situasjon og hjelpebehov.

1.3 Helsedirektoratets forslag til ny definisjon

For å skape pasientens helsetjeneste er det nødvendig å revidere definisjonen av habilitering og rehabilitering, og presisere at brukerens egne mål og behov skal være det viktigste i habiliterings- og rehabiliteringsprosessene. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet et forslag til endret definisjon. Definisjonen skal bidra til å klargjøre forståelsen av habilitering og rehabilitering slik dette er ment å skulle utøves i både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Samtidig skal definisjonen være tydelig på hvilke forventninger brukerne kan ha til tjenestene. Helsedirektoratet har forsøkt å ta hensyn til tidligere innspill som har kommet fra fagfeltet og brukerorganisasjoner. Det er hentet elementer fra blant annet den danske definisjonen. Forståelsen av rehabilitering har utviklet seg nokså likt i de to landene ved at tidligere vekt på fysisk trening nå er utvidet til å omfatte tiltak relatert til brukerens hele livssituasjon, og inkluderer både den fysiske, psykiske og sosiale funksjonsevnen. Vektlegging av at tiltakene både skal bidra til å løfte funksjonsnivået og samtidig øve opp evnen til mestring er også felles.

Forslag fra Helsedirektoratet:

"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene.

Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."

Internasjonale definisjoner:

Verdens helseorganisasjon definerer rehabilitering på denne måten:

"Rehabilitation of people with disabilities is a process aimed at enabling them to reach and maintain their optimal physical, sensory, intellectual, psychological and social functional levels. Rehabilitation provides disabled people with the tools they need to attain independence and self-determination." (WHO, 2014).

FN-konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne slår fast at de alminnelige menneskerettigheter skal gjelde også for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Norge ratifiserte konvensjonen i 2013. I Artikkel 26; Habilitering og rehabilitering, står det i nummer 1:

"Partene skal treffe effektive og hensiktsmessige tiltak, herunder gjennom likemannsarbeid, slik at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan oppnå og beholde størst mulig selvstendighet, utnytte sitt fysiske, mentale, sosiale og yrkesmessige potensial fullt ut, og oppnå full inkludering og deltakelse på alle livets områder. For det formål skal partene opprette, styrke og videreutvikle tverrfaglige habiliterings- og rehabiliteringstjenester og – programmer, særlig på områdene helse, sysselsetting, utdanning og sosiale tjenester, på en slik måte at disse tjenester og programmer

- a) begynner på et så tidlig stadium som mulig, og er basert på en tverrfaglig vurdering av den enkeltes behov og ressurser,
- b) støtter deltakelse og inkludering i lokalsamfunnet og på alle samfunnsområder, er frivillige, og tilbys mennesker med nedsatt funksjonsevne så nær lokalmiljøet som mulig, også i distriktene."

I Danmark brukes følgende definisjon (2004):

"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsprosess mellom en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrensninger i sin fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsevne, oppnår et selvstendig og meningsfullt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituasjon og beslutninger består av en koordinert, sammenhengende og videnbasert innsats."

1.4 Innspill fra brukerne

For å få synspunkter fra brukere og fagmiljøene inviterte Helse- og omsorgsdepartementet til et innspillsmøte 5. januar 2017. Brukerorganisasjoner fra et bredt felt var tilstede. I tillegg var representanter fra fagprofesjoner og forskningsmiljøene representert. Et utvalg bruker- og profesjonsorganisasjoner var invitert til å presentere viktige elementer for dem ved en endring av forskriftens definisjon. Innspillet fra Helsedirektoratet, brukerorganisasjoner og profesjonsorganisasjoner ble så diskutert i plenum.

Følgende er innspill til utfordringsbildet fra innspillsmøtet:

Brukermedvirkning:

Flere uttrykte at brukermedvirkning må være tydelig i definisjonen. Begrepet må skilles fra brukerstyring. Brukerstyring er å gi brukeren en rolle ikke alle brukere kan ha. Ikke alle brukere kan medvirke like godt i en prosess da de av ulike årsaker ikke er i stand til dette. Enkelte vil være avhengig av en nærpå person som kan representere deres interesser. Rehabilitering må spisses mot brukernes egen innsats. Unge funksjonshemmede uttalte at mestring, deltagelse og selvstendighet står sentralt for medlemmene i deres organisasjon:

"En ny definisjon av rehabiliteringsbegrepet må likevel fortsatt ha selvstendighet, mestring og deltagelse sentralt. For unge pasienter betyr det tilpasning til deres livssituasjon."

Det kom frem at habiliteringsområdet og rehabiliteringsområdet har mange likheter, men samtidig oppfattes som ulike områder. Brukerne av habiliteringstjenester har oftest et livsvarig behov for tjenester. Mange har komplekse utfordringer med påvirkning av psykiske og kognitive funksjoner, motorisk funksjon, kommunikasjon og adferd. Brukere i et habiliteringsforløp har ofte initialt ingen diagnose. Derfor innebærer habilitering en så presis utredning av grunntilstanden som mulig for så å bistå til å oppøve nye funksjoner og ferdigheter som vedkommende i utgangspunktet ikke har hatt.

Tidsavgrensede prosesser

Flere av brukerorganisasjonene var opptatt av at mange av deres medlemmer har kroniske sykdommer som gjør at behovet for oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten varer livet ut. Mens et habiliterings- eller rehabiliteringstiltak kan være tidsbegrenset for fagfolk, vil det ikke alltid være tilfelle for brukeren.

Tverrfaglighet

Habilitering og rehabilitering retter seg mot en stor gruppe mennesker. Det er behov for å se hele mennesket i et livsløpsperspektiv, hver dag, hele året og hele livet. Brukerne er opptatt å leve aktive liv hvor det å mestre hverdagen er viktig. Det ble påpekt at rehabilitering kan sammenliknes med et prosjektarbeid som kan skje på ulike livsområder og derfor kan mange aktører være involvert ikke bare innenfor helse, men nærpersoner, transport, skole, kultur og fritidsarenaer.

Begrepene habilitering og rehabilitering

Mange begreper som habilitering, rehabilitering, behandling, helsehjelp og omsorg er nå i endring og utfordrer tjenestene, brukerne og organiseringen av tilbud. Internasjonalt har habiliteringsbegrepet vært lite benyttet, men brukes i dag i økende grad. For å sikre brukerne av habiliteringstjenester et godt faglig tilbud, mener både fag- og brukermiljø at det er behov for at dette er et selvstendig fagområde. Noen mener det vil være hensiktsmessig med to definisjoner: en for habilitering og en for rehabilitering. Fagmiljøet er redd habiliteringsfeltets særtrekk gjøres mindre tydelig og derved svekkes hvis habiliteringsbegrepet utgår.

2. Gjeldende rett

Pasienten og brukernes rettigheter

Pasientenes og brukernes rett til helse- og omsorgstjenester er regulert i lov 2. juli 199 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven).

Pasient og bruker har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a andre ledd rett til nødvendig helse- og omsorgstjenester fra *kommunen*. "Nødvendige helse- og omsorgstjenester" gir krav på nødvendig hjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell helsefaglig og/eller sosialfaglig vurdering av behov. Omfang og nivå på hjelpen må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være brukerens behov ut fra en helse- og sosialfaglig vurdering. Det er en minstestandard som kommunene ikke kan gå under med henvisning til dårlig økonomi, se Rt. 1990 s. 874. Rettighetsbestemmelsen vil i utgangspunktet omfatte alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med behov for tjenester på grunn av somatisk sykdom eller skade, psykiske problemer eller lidelser, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Rettigheten vil vedkommende ha overfor den kommunen vedkommende oppholder seg i, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 første og andre ledd.

Pasienten har etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b andre ledd rett til nødvendig helsehjelp fra *spesialisthelsetjenesten*. Helsehjelp er i § 1-3 bokstav c definert som handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell. Begrepet "nødvendig helsehjelp"

tilsier at pasienter har krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er vanskelig å angi presist hva som er nødvendig helsehjelp. Omfang og nivå må derfor vurderes konkret. Det avgjørende må være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering. Vilkårene for rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten er nærmere presisert i forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften).

Kommunens ansvar

Kommunens ansvar for habilitering og rehabilitering er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven. Kommunen har etter loven § 3-1 ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter som nevnt alle pasient- og brukergrupper, jf. bestemmelsens andre ledd. Kommunen skal etter bestemmelsens tredje ledd planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

For å oppfylle ansvaret i § 3-1 skal kommunen etter § 3-2 første ledd nr. 5 blant annet tilby sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Spesialisthelsetjenestens ansvar

Spesialisthelsetjenestens ansvar er regulert i spesialisthelsetjenesteloven. Spesialisthelsetjenesten skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a første ledd skal det regionale helseforetaket "sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon". Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 9 og § 10, sammenholdt med forskriften § 1 og § 3, utdyper spesialisthelsetjenestens ansvar for habilitering og rehabilitering. Oppgavene er mer konkret beskrevet for spesialisthelsetjenesten enn for kommunene. Det innebærer at det som ikke er definert som spesialisthelsetjeneste, er et kommunalt ansvar.

De spesialiserte rehabiliteringstjenestene ytes i sykehusenes sengeavdelinger, poliklinikker og som ambulant virksomhet, eller ved private rehabiliteringsinstitusjoner. De regionale helseforetakene har inngått avtale om levering av rehabiliteringstjenester fra rundt 50 private rehabiliteringsinstitusjoner.

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven. I forskriftens § 3 er habilitering og rehabilitering definert som:

"(...) tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet."

Formål med gjeldende forskrift om habilitering og rehabilitering er etter § 1 å sikre at personer som har behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestringsevne, likeverdighet og deltakelse. Formålet er også å styrke samhandlingen mellom tjenesteytere, brukere, pårørende og eventuelle nærpå personer og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene. Forskriften skal sikre at tjenestene tilbys og ytes

- ut fra et pasient- og brukerperspektiv
- i eller nærmest mulig pasientens og brukers vante miljø
- samordnet, tverrfaglig og planmessig
- i en for pasientens og brukers meningsfylt sammenheng

Kommunen og det regionale helseforetaket skal etter forskriftens § 4 sørge for at den enkelte pasient og bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering.

Kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at pasient- og brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av re-/habiliteringsinnsatsen.

3. Departementets vurderinger og forslag

Departementet legger Helsedirektoratets forslag til ny definisjon til grunn. Denne har fått tilslutning fra brukere og fagmiljøer:

"Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukers livssituasjon og mål".

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste og i denne har brukeren den sentrale rollen. Det er brukers behov og mål for eget liv som skal være styrende for om personen får habilitering eller rehabilitering og i hvilken form. Dette bør etter departementets vurdering gå klart frem også av definisjonen i forskriften. Enkelte brukere kan i noen situasjoner ha vansker med selv å sette klare mål for en habiliterings/rehabiliteringsprosess. Alder, kognitiv funksjon og mental kapasitet vil for noen kunne være begrensende. Det kan være relevant også å vektlegge innspill fra likepersoner, pårørende eller andre nærpå personer som kjenner personen godt og som kan medvirke til å definere mål. Det vises til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 om medvirkning og informasjon og kapittel 4 om samtykke til helsehjelp.

I forslag til definisjon åpnes det for at de målrettede samarbeidsprosessene er mellom bruker og en eller flere aktører:

"Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende, tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene."

I mange sammenhenger kan det være tilstrekkelig at *en* aktør arbeider sammen med brukeren, for at denne oppnår funksjonsbedring eller opprettholder sin livskvalitet eller mestrer livet med sykdom. Eksempelvis er det nær 3500 avtalefysioterapeuter som gjennom sin praksis bidrar til å opprettholde og forbedre pasientenes funksjonsevne. I gjeldende definisjon defineres rehabilitering som en prosess hvor flere aktører

samarbeider. I en snever fortolkning av denne vil tiltak utført hos fysioterapeut ikke omfattes, fordi det i mange tilfeller ikke er flere faglige aktører som samarbeider.

Det kan også være et vidt spekter av fag, nivåer og sektorer som inngår i brukerens habiliterings- og rehabiliteringsprosess. Behovet til den enkelte bruker er avgjørende. Fra fagprofesjonene er det viktig at tiltakene som ytes er kunnskapsbaserte. Det er nødvendig at fagpersoner har kunnskap om den aktuelle målgruppen sine behov. Dette kreves for å kunne se personens behov i et langtidsperspektiv og ikke bare her og nå.

I innspillmøtet med brukerorganisasjoner var det flere som mente at et tidsperspektiv er en naturlig del av en prosessforståelse av habilitering/rehabilitering. Når mål settes vil det være naturlig å samtidig definere når tiltak og samlet innsats skal evalueres for å se om man når målet eller er på riktig vei. I mange situasjoner vil imidlertid dette etter departementets vurdering ikke fremstå som hensiktsmessig. Mange brukere lever i dag med kroniske sykdommer og må selv gjøre en innsats daglig for å mestre egen sykdom og forebygge funksjonsfall og eventuelt i tillegg ha hjelp fra helse- og omsorgstjenesten og andre instanser for å opprettholde funksjon. For disse vil det etter departementets vurdering ikke være riktig å definere habilitering og rehabilitering som en tidsavgrenset prosess, man må snarere se på habilitering og rehabilitering i et livsløpsperspektiv. For andre vil en funksjonsnedsettelse på bakgrunn av en skade eller hendelse føre til en forbigående reduksjon av funksjon hvor brukeren etter intensiv innsats med bistand fra helse- og omsorgspersonell og andre aktører vil kunne bli helt restituert og gjenoppta sin normale funksjon. Det er brukerens mål og behov som må være styrende for den innsatsen kommuner og spesialisthelsetjenesten bistår brukeren med.

I forslaget til definisjon er begrepene fysiske, psykiske, kognitive eller sosial funksjonsevne og deltagelse i utdanning og arbeidsliv tatt inn:

"Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet."

Departementet mener det er viktig å tydeliggjøre at habilitering og rehabilitering ikke er begrenset til brukerens fysiske funksjonsevne, men også inkluderer andre funksjonsnedsettelser forårsaket av psykisk helseplager, rusproblemer eller kognitiv svikt.

Helse- og omsorgsdepartementet finner at Helsedirektoratets forslag til definisjon på en god måte imøtekommer de elementer som er nødvendig og dekkende for å gi en god forståelse av hva habilitering og rehabilitering er.

Det presiseres at definisjonen ikke innebærer en utvidelse at det totale ansvaret for hhv kommunen og spesialisthelsetjenesten. Jf nærmere om dette i kap 4 om økonomiske administrative konsekvenser.

4. Økonomiske og administrative konsekvenser

Målet med habilitering/rehabilitering er å styrke brukernes muligheter for å opprettholde eller få tilbake tapt funksjonsevne, bidra til egenmestring og å opprettholde et best mulig

funksjonsnivå. Kommunene yter i dag en rekke ulike helse- og omsorgstjenester med samme formål som habilitering og rehabilitering som ytes i henhold til gjeldende forskrift. Dette er tjenester som kommunen er pålagt å yte etter helse- og omsorgstjenesteloven. Tilsvarende vil den enkelte pasient og brukers rettigheter følge av pasient- og brukerrettighetsloven, hvor det blant annet fremgår at hjelpen skal være tilpasset pasientens/brukerens behov og ønske, jf. pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 om medvirkning og informasjon og kapittel 4 om samtykke til helsehjelp.

Definisjonen av habilitering og rehabilitering i gjeldende forskrift vil etter sin ordlyd ikke omfatte alle typer tjenester som naturlig er å anse som en del av et behandlingsforløp. Endringsforslaget har til hensikt å fastsette en definisjon av habilitering/rehabilitering som på en bedre måte beskriver og avgrenser hva som er å anse for en naturlig del av et behandlingsforløp knyttet til habilitering/rehabilitering, samtidig som det gis en bedre beskrivelse av formål med behandlingen og pasientens/brukerens ønsker og medvirkning.

Som nevnt fremgår kommunens totale plikt til å tilby helse- og omsorgstjenester til sine innbyggere, herunder habilitering og rehabilitering, av helse- og omsorgstjenesteloven. Det presiseres at en revisjon av forskriftsdefinisjonen ikke vil endre kommunens plikter. Revisjon av definisjonen vil heller ikke endre pasienten eller brukerens rettigheter etter pasient- og brukerrettighetsloven. På denne bakgrunn har revisjonen ingen økonomiske eller administrative konsekvenser for kommunen.

Tilsvarende vil gjelde for spesialisthelsetjenestens samlede plikt til å sørge for habilitering og rehabilitering og endret definisjon vil derfor heller ikke her ha noen økonomiske administrative konsekvenser for spes helsetjenesten.

5. Forslag til forskriftsendring

Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3 skal lyde:

Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon og mål.

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser mellom bruker, pårørende og tjenesteytere og på relevante arenaer. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak fra aktørene.

Formålet er at brukeren, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.