

## Byrådets sak

Vår ref. (saksnr.):  
26/617 - 11

Byrådets sak nr.:  
22/26

Vedtaksdato:  
12.05.2026

### Byrådets sak nr.: 22/26 - Høringssvar - Nasjonale handlingsplaner for habilitering og rehabilitering

#### Saksfremstilling:

Helsedirektoratet (Hdir) har skrevet utkast til nasjonale handlingsplaner for rehabilitering og habilitering for perioden 2026-2035, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Planene skal gi strategisk retning for en bærekraftig styrkning og videreutvikling av rehabiliterings- og habiliteringstjenestene. Direktoratet har utarbeidet utkastene med tanke på demografiutvikling, og hva som er mulig å få til.

Nasjonale planer for habilitering og rehabilitering legger betydelige føringer for kommunesektoren og omhandler ansvarsfordeling, kompetansekrav, teknologi, datadeling, brukermedvirkning og struktur for samhandling. Planene bygger på Riksrevisjonens funn fra 2021 og 2024, som viser manglende kapasitet, uønsket geografisk variasjon, svikt i samhandling og utilstrekkelig kvalitet i deler av tjenestene.

Sørge-for-ansvaret for tjenestene ligger fast hos kommuner og regionale helseforetak, og gjeldende styringslinjer består.

Hdir vil innrette planarbeidene i lys av bærekraftsutfordringene i helse- og velferdstjenestene som omhandler mangel på ressurser og personell med riktig kompetanse. Hdir vil bidra til at beslutninger om utvikling eller iverksetting av tiltak baseres på en samlet vurdering av prioriteringskriteriene som gjelder på tvers av nivåene i helsetjenesten. Hdir vil lede og understøtte det nasjonale utviklingsarbeidet knyttet til planene, og bidra til at nasjonale virkemidler, kunnskap og støtte treffer behovene i tjenestene.

Byrådsavdeling for helse har innhentet høringsinnspill fra Det sentrale eldreråd, Byrådsavdeling for sosiale tjenester, Byrådsavdeling for utdanning og Helseetaten, samt lest høringssvaret til Rådet for personer med funksjonsnedsettelse.

#### Vedtakskompetanse:

Byrådet er gitt myndighet til å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne ved bystyrets vedtak av 30.05.2001, sak 218, Delegasjon av myndighet til å avgi høringsuttalelser på kommunens vegne. Myndigheten er videredelegert til de respektive fagbyråder i saker som ikke er av prinsipiell betydning ved byrådets vedtak av 03.07.2001, sak 1360.

Vedtak:Nasjonal handlingsplan for rehabilitering:**Kapittel 1 Overordnede mål og avklaring av roller**

1. *Hvordan bør Helsedirektoratet gjennom sin rolle, sette retning og gi kraft til nasjonalt og lokalt utviklingsarbeid i tjenestene gjennom handlingsplan for rehabilitering?*

Helsedirektoratet bør etablere en nasjonal felles forståelse av hva rehabilitering er, utvikle normative produkter og minstestandarder for arbeidsmetode, kartlegging og kvalitet, og støtte kommunene i implementering og sikre nasjonale digitale løsninger for data og styring.

Barns opplevelse av rehabilitering bør hensyntas, herunder ved barnevennlig informasjon og inkludering av relevante aktører i barnets liv. Barnevernet bør tydeliggjøres som aktør innen rehabilitering, for å kunne sikre tidlig innsats og godt tverrfaglig samarbeid.

**Kapittel 2 Gjennomgående prinsipper om likeverdige og bærekraftige tjenester**

2. *Hvordan kan handlingsplanen for rehabilitering bidra til en dreining med mer vekt på tidlig innsats og forebygging i tjenestene?*

Handlingsplanen kan bidra til tidlig innsats gjennom retningslinjer for systematisk vurdering av rehabiliteringsbehov før kompenserende tjenester gis, integrering av lærings- og mestringstilbud i alle forløp, og ved å støtte bruk av standardiserte kartleggingsverktøy som fanger opp funksjonsendringer tidlig.

I handlingsplanen står det: «*Rehabiliteringstjenester skal gi like muligheter for måloppnåelse, uavhengig av funksjonsnivå, alder, bakgrunn og forutsetninger. Tiltak i handlingsplanene må utformes slik at de møter behov hos alle grupper i befolkningen*».

Vi mener det er urealistisk at alle grupper i befolkningen vil kunne ha like muligheter for måloppnåelse, uavhengig av funksjonsnivå. Oslo kommune er enige i at rehabilitering bør være tilgjengelig for alle grupper som behøver rehabilitering, uavhengig av alder, bakgrunn og forutsetninger. Samtidig er rehabiliteringspersonell og kompetanse knappe ressurser, som bør prioriteres dit det kan gjøre mest nytte. I tråd med det som beskrives i handlingsplanen: «*For å underbygge bærekraftig tjenesteutvikling vil Helsedirektoratet bidra til at beslutninger om utvikling eller iverksetting av rehabiliteringstiltak baseres på en samlet vurdering av prioriteringskriteriene som gjelder på tvers av nivåene i helsetjenesten (regjeringen.no). Det innebærer å vurdere om nytten tjenestemottakere har av tiltaket og alvorligheten av tilstanden står i rimelig forhold til ressursinnsatsen*».

Handlingsplanen bør bistå med hvordan rehabilitering bør prioriteres, og hvordan kommunene bør vurdere nytte hos individ. Dette kan for eksempel ta utgangspunkt i pasientens tilstand, rehabiliteringspotensiale eller andre indikatorer som vurderes hensiktsmessige.

Rehabilitering bør ha mål om å bidra til deltakelse. Handlingsplanen bør ta sikte på å veilede i hvordan rehabilitering kan planlegges og gjennomføres, for at personer med tilretteleggingsbehov i arbeidslivet/skole skal oppnå økt deltakelse.

*3. Hvordan kan handlingsplanen bidra til mer likeverdige tjenester og redusert uønsket variasjon?*

Likeverdige tjenester sikres gjennom tydelig definisjon for ulike typer rehabilitering, felles kartleggingsverktøy (Forslag: PSFS, Barthel Index, EQ5D5L), kvalitetsindikatorer (Forslag: MUSS kvalitetsindikatorsett), tydelige kompetansekrav og enhetlige digitale løsninger som standardiserer vurderinger og dokumentasjon.

### **Kapittel 3. Innsatsområder**

#### **Kapittel 3.1 Helhetlige og sammenhengende forløp med avklarte ansvarsforhold**

*4. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringsbildet er godt beskrevet; Uforutsigbarhet i forløp, manglende koordinering og rehabiliteringsplan, lite systematikk i vurderinger av behov og potensial, og varierende informasjonstilgang. Samtidig bør utfordringsbildet ta innover seg de pårørendes rolle og belastning, ved blant annet manglende støtte til koordinering.

Målene bør tydeliggjøre krav til tidlig innsats, tverrfaglighet og bruk av minstestandarder for kartlegging. Tilstrekkelig koordinering krever tydelige rolleavklaringer og at ansatte har kompetanse om koordinering og individuell plan.

Vi støtter intensjonen med målene 1, 4 og 5 og siste setning i mål 3, men stiller spørsmål ved målbarheten til mål 1.

Når det gjelder mål 2 støtter vi det meste av det som står der, men mener at det er nødvendig med en tydeligere ansvarsavklaring på nasjonalt nivå mellom nivåene i helsetjenestene. Dersom målet er likeverdighet i tjenestetilbudet, bør ikke ansvarsavklaringen overlates til det enkelte helsefelleskap.

Når det gjelder første setning i mål 3 «Rehabiliteringstilbud til hele bredden av målgrupper er tilgjengelig uavhengig av livsfase, funksjonsnivå og bosted», stiller vi spørsmål til prioritering. Det fremstår uhensiktsmessig å skulle tilgjengeliggjøre rehabiliteringsressurser for pasienter som er i livets siste fase, uten funksjonsnivå til å gjennomføre rehabilitering. Det utelukker ikke at det i enkelte tilfeller kan være nyttig, men formuleringen av målet bør ta inn over seg at livsfase og funksjonsnivå er aktuelle kriterier i en prioritering av rehabiliteringstjenester.

*5. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Tiltakene vurderes som egnet; Tilgang til informasjon, implementeringsstøtte og utvikling av modeller for arbeidsrettet rehabilitering. Effekten forutsetter at tiltakene kombineres med nasjonale krav til lokal implementering.

Ad tiltak kulepunkt 1 «Helsedirektoratet utreder hvordan nasjonale myndigheter kan understøtte og styrke helsefelleskapenes rolle i planlegging, samarbeid og avklaring av ansvar og oppgaver innen rehabilitering». Helsedirektoratet bør oppdatere kapittel 10 i Nasjonal veileder

Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator med tydeligere føringer. Øvrige tiltak støttes.

6. *Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Viktige forutsetninger er: felles definisjon av rehabilitering, nødvendig kompetanse og forankring i ledelsen, velfungerende tverrfaglige team, digital infrastruktur, systematisk bruk av kartleggingsverktøy, koordinator og rehabiliteringsplan, samt forutsigbar finansiering.

### **Kapittel 3.2 Kompetanse og kapasitet i samsvar med behov**

7. *Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringsbeskrivelsen treffer godt. Vi mener det er for stor variasjon i kompetanse hos helsepersonell og enkelte relevante faggrupper mangler helt i rehabiliteringstilbudet mange steder. Det er også utfordringer med mangel på prosesskompetanse og svak systematikk i kompetanseplanlegging.

Målene bør suppleres med utvikling av en nasjonal grunnkompetansepakke og en anbefaling av kompetansesammensetning i tverrfaglige team. For øvrig støttes innholdet.

8. *Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Tiltakene er i hovedsak egnet, men bør styrkes med nasjonal sertifisering eller felles kompetansestandard, og strukturer for regionale kompetanse- og fagutviklingsmiljøer.

9. *Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Forutsetninger for gjennomføring er tydelig ledelsesforankring, tid til opplæring, strukturert kompetanseplanlegging, karriereløp for rehabiliteringskompetanse og tilrettelegging for tverrfaglige team med riktig kapasitet.

### **Kapittel 3.3 Helsekompetanse, mestring og medvirkning**

10. *Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringsbildet stemmer; Lav helsekompetanse, fragmentert informasjon, manglende systematikk i brukarmedvirkning og varierende kvalitet i saksbehandling. Det oppleves som en utfordring at det er en diskrepans mellom pasienter og pårørendes opplevde behov og forventninger og nytte av rehabilitering eller reell tilgang på tjenester.

Målene bør fremheve standardiserte metoder for målsetting og systematisk bruk av bruker- og pårørendedata.

I tillegg ønsker vi et mål som handler om å gi befolkningen økt kunnskap om helse og evne til å vurdere informasjon.

11. *Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Tiltakene er delvis relevante.

I stedet for tiltaket i første kulepunkt der Helsedirektoratet «ser på muligheten for å gjennomføre nasjonale brukerundersøkelser om rehabilitering som både inkluderer spesialisthelsetjenesten og kommunen», ønsker vi økonomiske insentiver til kommuner som gjennomfører brukerundersøkelser. Det bør også tilgjengeliggjøres verktøy og veileder for gjennomføring av brukerundersøkelser og en lokal brukerundersøkelse kan evt. være basert på

en sentral mal. Data fra undersøkelser bør kunne sammenstilles og publiseres gjennom SSB eller helsedirektoratet.

Tiltakene bør utvides med krav til implementering av målsettingsmetodikk, bruk av standardiserte kartleggingsverktøy og strukturer for reell pasient- og pårørendemedvirkning.

#### *12. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Forutsetninger er universelt utformet og språklig tilgjengelig informasjon, kompetanse i målsettingsarbeid og motivasjonsmetodikk, samt digital struktur som muliggjør aktiv medvirkning og trygg datadeling.

### **Kapittel 3.4 Bruk av teknologi i tjenesteutvikling**

#### *13. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringsbeskrivelsen er treffende; Teknologi brukes lite systematisk, implementering er ressurskrevende og digital kompetanse varierer.

Målene er gode, men det er også viktig at man bruker riktig teknologi, til riktig person, til rett tid.

Målene bør også speile helsepersonellens og saksbehandleres behov for å tilby mer behovsrettede og effektive tjenester av bedre kvalitet. Teknologien må ha mulighet til å dele data med andre relevante systemer, slik at disse kan sees i sammenheng. Det bør være en målsetning at relevant teknologi kan integreres med EPJ.

#### *14. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Kulepunkt 3: Punktet foreslås endret til «Gir støtte gjennom veilednings- og godkjenningsordning til kommuner og spesialisthelsetjenesten som skal anskaffe og drifte teknologiske løsninger til bruk på rehabiliteringsområdet».

Kulepunkt 6: «Helsedirektoratet bidrar til å implementere nye digitale løsninger og teknologiske verktøy i sykefraværsoppfølging mellom allmennlegetjenesten og Nav, som understøtter helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp» støttes, men et minst like viktig tiltak er datadeling mellom NAV og kommunen når det gjelder tekniske hjelpemidler og hjelpemiddelformidling. NAV og kommunen er begge sentrale aktører i hjelpemiddelformidlingen, man mangelen på datadeling gjør samarbeidet tungvint og medfører store kostnader i kommunen og lange ventetider for innbyggere som er i behov av hjelpemidler.

Øvrige tiltak har vi ingen kommentarer til.

Planen bør også sikre nasjonale krav til datagrunnlag, støtte digitalisering av kartleggingsverktøy og systematisk bruk av teknologi.

#### *15. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Det er svært sentralt at strukturelle og juridiske barrierer fjernes.

Forutsetninger for øvrig er digital kompetanse og kompetanse om implementering, robuste tekniske løsninger, mulighet for integrasjoner og datadeling, ressurser til anskaffelse, implementering og drift, og klare krav til dokumentasjon og datakvalitet.

### **Kapittel 3.5 Styringsdata og analyse**

*16. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringene er korrekt beskrevet; Manglende styringsdata, fravær av sammenlignbar registrering og svak implementering av kodeverk. Målene bør tydeliggjøre integrasjon mellom kodeverk, indikatorer og kliniske verktøy.

*17. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Tiltakene er godt innrettet – særlig nasjonalt kodeverk, kvalitetsindikatorer og dashbord. For å være tilstrekkelig må tiltakene kobles til bruk av standardiserte kartleggingsverktøy og digital registrering på tvers av nivåer.

Tiltakene i kulepunkt 1, 2 og 4 støttes fullt.

Tiltak i kulepunkt 3 er viktig, men vi mener formuleringen «utreder muligheten for utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) for rehabilitering» er for vag.

Tiltaket i kulepunkt 5 er vi usikre på. Vi ønsker primært egne brukerundersøkelser i kommunen, som gjør det lettere å følge opp resultatene av egne rehabiliteringstilbud og gjennomføre forbedringstiltak. Se spørsmål 11.

*18. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Forutsetninger er teknisk og kompetansemessig kapasitet i kommuner, felles bruk av definert sett med kartleggingsverktøy, god datakvalitet og tydelig nasjonal veiledning for implementering av kodeverk og indikatorer.

### **Kapittel 4 Gjennomføring av handlingsplanen**

*19. Har du innspill til møtearenaer og samarbeidsformer i gjennomføringen av handlingsplanene – eksisterende eller om det er behov for nye.*

Det bør vurderes hvorvidt eksisterende strukturer kan benyttes før det evt. opprettes nye.

*20. Har du innspill til hvordan Helsedirektoratet kan følge med på måloppnåelse og justere tiltak gjennom planperioden fra 2026-2035?*

Helsedirektoratet bør tilstrebe å minimere rapporteringskrav fra kommunen. Rapportering på bruk av kvalitetsindikatorer og data fra kartleggingsverktøy til bruk i et nasjonalt kartleggingsverktøy bør ses i sammenheng med øvrig innhenting av data på området, som for eksempel SSB – KOSTRA. Der det er mulig bør data innhentes automatisk, slik det jobbes med for blant annet KPR-KTT.

I perioden før det eventuelt er mulig å automatisere uttrekk, bør rapportering fremdeles sees i sammenheng med total rapporteringsbyrde og fortrinnsvis rapporteres på i eksisterende datainnhentinger.

### **Andre innspill til handlingsplanen**

*21. Har du generelle innspill til handlingsplanen?*

Planen bør styrkes ved å tydeliggjøre at forskriftens definisjon er styrende for hva rehabilitering er, etablere nasjonale minstestandarder for arbeidsmetode, kartlegging og kvalitet, sikre tydelige prioriteringskriterier og støtte utviklingen av kompetansemiljøer og digitale løsninger som understøtter likeverdige tjenester.

Vi er i tillegg usikre på målbarheten av flere av målsetningene. Det fremkommer ikke tydelig hvordan målene kan evalueres.

Utover dette har vi to konkrete tilbakemeldinger:

#### *Pasient vs. Bruker*

Bruker-begrepet anvendes om en person som ber om eller mottar tjenester som faller inn under helse- og omsorgstjenesteloven, og der tjenestene ikke er å anse som helsehjelp slik det er definert i Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 c: Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som utføres av helsepersonell (Rundskriv Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer).

Pasient-begrepet brukes om personer som gis eller tilbys hjelp fra helsetjenesten eller som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp Pasient- og brukerrettighetsloven §1-3 a (Rundskriv Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer).

På bakgrunn av dette mener vi det er riktigst å omtale personer som mottar rehabiliteringstjenester som pasienter.

#### *Fastleger er også helsepersonell*

I siste setning under Målbeskrivelsen på side 6. står det: «Fastleger, helsepersonell, pasienter og pårørende trenger enkel tilgang til oversikt og informasjon om tilbud.» Vi foreslår å skrive «Helsepersonell inkludert fastleger, pasienter...».

## Nasjonal handlingsplan for habilitering

### Kapittel 1 Overordnede mål og avklaring av roller

*Spørsmål 1. Hvordan bør Helsedirektoratet gjennom sin rolle, sette retning og gi kraft til nasjonalt og lokalt utviklingsarbeid i tjenestene gjennom handlingsplan for habilitering?*

Det vises til at direktoratet skal legge til rette for koordinering og samarbeid på tvers av aktører. Et av tiltakene for å oppnå målet om at *pasienter og brukere med habiliteringsbehov opplever individuelt tilpassede og koordinerte tjenester av god kvalitet i alle livsfaser* (Mål 1) er at Helsedirektoratet skal utrede hvordan nasjonale myndigheter kan understøtte og styrke helsefelleskapenes rolle i planlegging, samarbeid og avklaring av ansvar og oppgaver innen habilitering. Helsefelleskapet utpekes også, i mål 2, som ansvarlig for etablering og videreutvikling av arenaer for ansvars- og oppgavedeling, samhandling og felles planlegging rundt pasientgrupper med habiliteringsbehov.

Helsefelleskapet er etablert som en struktur for samhandling innen helse- og omsorgstjenestene. Samarbeidet er avgrenset til helsefeltet, og omfatter ikke velferdsordninger som skole, utdanning og arbeidsmarkedstiltak, som ligger utenfor helsefelleskapets mandat, men er viktige arenaer og samarbeidspartnere i et helhetlig forebyggende og habiliteringsperspektiv. Det tverrsektorielle perspektivet i koordinerende enhet innebærer å se helse- og omsorgstjenester i sammenheng med andre kommunale og statlige tjenester, som skole, NAV og barnevern, for å sikre et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Tverrfaglig samarbeid er sentralt i enhetens arbeid og forutsetter samhandling mellom ulike profesjoner og tjenestenivåer for å koordinere innsatsen rundt personer med behov for langvarige og sammensatte tjenester, i tråd med Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 7 og Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator. Overordnede mål og tiltak under innsatsområdet «Helhetlige og sammenhengende forløp med avklarte ansvarsforhold» bør fremheve og styrke koordinerende enhet og andre koordineringsordningers rolle i habiliteringsarbeidet.

Det anbefales at planen i større grad forankres i gjennomgående prinsipper om likeverdige og bærekraftige tjenester. Det bør legges særlig vekt på betydningen av deltakelse i tilrettelagte aktiviteter og arbeid som et sentralt virkemiddel for å fremme helse og mestring, forebygge psykisk uhelse og funksjonstap, samt redusere presset på helse- og omsorgstjenestene. På denne bakgrunn anbefaler Oslo kommune økt prioritering av VTA-plasser.

### Kapittel 2 Gjennomgående prinsipper om likeverdige og bærekraftige tjenester

*Spørsmål 2. Hvordan kan handlingsplanen for habilitering bidra til å styrke habiliteringstjenestene over tid innenfor tilgjengelige ressurser i helse- og omsorgstjenesten?*

Mange habiliteringstjenester står allerede i betydelige utfordringer knyttet til kapasitet og ressurstilgang, eventuelle nye føringer som relevante normerende produkter og læringsressurser til bruk for tjenestene bør være gjennomførbare innenfor gjeldende rammevilkår og utformes slik at pasientsikkerheten fortsatt ivaretas på en forsvarlig og bærekraftig måte.



I høringsdokumentet pekes det på behovet for økt tverrsektorielt samarbeid for å kunne møte fremtidige utfordringer på flere samfunnsområder. Implementeringen av prioriteringsveilederen og gjeldende lovverk gir opphav til både praktiske og etiske dilemmaer i førstelinjetjenesten. Dette gjelder særlig i saker som omhandler barnefamilier med sammensatte behov, hvor utøvelse av faglig skjønn er avgjørende, men samtidig fører til ulik praksis og hyppige opphevinger av kommunale vedtak fra Statsforvalteren. Oslo kommune mener derfor at planen i større grad bør anerkjenne disse dilemmaene og gi tydeligere råd. Det bør utarbeides veiledere for hvordan kommunene kan ivareta hensynet til likeverdige tjenester, helhetlige løsninger og samtidig rom for lokalt faglig skjønn.

*Spørsmål 3. Hvordan kan handlingsplanen bidra til likeverdige habiliteringstjenester og redusert sosial ulikhet i helse?*

Handlingsplanen bør tydeliggjøre de betydelige variasjonene i helsekompetanse, språkferdigheter og digital kompetanse i befolkningen og hvordan det på nasjonalt nivå kan legges til rette for styrket arbeid med helsekompetanse i minoritetsbefolkningen, herav tydeliggjøre behovet for tilpasset kommunikasjon og systematisk brukeropplæring. Beskrivelse av utfordringsbildet bør også synliggjøre de økonomiske konsekvensene langvarige funksjonsnedsettelse medfører for den enkelte og hvordan dette igjen kan påvirke habiliteringsforløp.

### Kapittel 3. Innsatsområder

#### Delkapittel 3.1 Helhetlige og sammenhengende forløp med avklarte ansvarsforhold.

*Spørsmål 4. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringsbildet kan med fordel i større grad få frem forskningsbasert beskrivelse av konsekvensene manglende koordinering og samhandling i habiliteringsforløp har for pårørende - og særskilt for mødre til barn med funksjonsnedsettelse.

*Spørsmål 5. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Tiltaket «Helsedirektoratet bruker evalueringen av endringer i velferdslovgivningen og barnekoordinator til å vurdere nye tiltak» må ikke medføre nye koordineringsordninger. Funn i pågående følgeforskning og evaluering av endringer i velferdslovgivningen og barnekoordinatorordningen bør benyttes til å fjerne eller redusere barrierer i regelverk og praksis, fremfor å utvikle nye tiltak.

*Spørsmål 6. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Normerende produkter og læringsressurser til bruk for tjenestene i implementering av god praksis (tiltak 1) må være fleksible løsninger tilpasset kommunenes rammer og faktiske behov. Helsedirektoratet bør vurdere et tiltak som omhandler samarbeid med utdanningsinstitusjoner om integrering av relevant opplæring og kompetanse i aktuelle utdanningsløp samt samarbeid om kompetanseheving av ufaglært personell i de kommunale habiliteringstjenestene.

#### Kapittel 3.2 Kompetanse og kapasitet i samsvar med behov

*7. Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringsbeskrivelsen bør gi en mer helhetlig bilde av en habiliteringstjeneste i utvikling. Tjenesten står overfor betydelige endringer, blant annet som følge av at tjenestemottakere lever lengre og dermed i større grad får aldersrelaterte sykdomsutfordringer. Dette medfører behov for bistand over lengre tidsperioder, samt behov for både mer og annen kompetanse enn tidligere. Det observeres også en økning i antallet personer med nevroutviklingsforstyrrelser som har sammensatte behov. Dette krever tett samarbeid på tvers av seksjoner og fagområder, samt systematisk kompetanseheving innen nye kunnskapsfelt. Videre ser kommunen en markant økning i antall barn som får slike diagnoser, og som derfor har behov for koordinerte og langvarige tjenester. Parallelt med at kravene til kompetanseheving, kvalitetsarbeid og faglig styrking hos den enkelte ansatte øker, opplever tjenesten utfordringer knyttet til både ressurstilgang og rekruttering. Samtidig oppleves et økende forventnings gap mellom tjenestens faktiske kapasitet og innbyggernes forventninger. Dette forventningsgapet bør adresseres i nasjonale føringer og målene bør stå i samsvar med forventede utviklingstrekk.

*Spørsmål 8. Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Det bør være et tiltak som omhandler utredning av behovet for gjensidig systematisk kompetanseoverføring mellom spesialist-, og kommunehelsetjenesten.

*Spørsmål 9. Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?* Helsepersonellplan 2040 bør ha en tverrsektoriell tilnærming til fremtidig behov for personell og kompetanse innen habilitering – særskilt knyttet til økende andel personer med nevroutviklingsmangfold.

Samhandlingskompetanse er en viktig forutsetning for koordinerte habiliteringstjenester og bør inngå i mål og tiltak.

### Kapittel 3.3 Helsekompetanse, mestring og medvirkning

*Spørsmål 10: Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Utfordringsbildet kan med fordel i større grad få frem forskningsbasert beskrivelse av konsekvensene manglende koordinering og samhandling i habiliteringsforløp har for pårørende - og særskilt for mødre til barn med funksjonsnedsettelse.

*Spørsmål 11: Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Det finnes allerede mye relevant forskning om familier med barn og unge som har behov for sammensatte tjenester som det bør sees til i forbindelse med vurdering av en pilot. Systematiske bruker- og pårørendeundersøkelser som kan bidra til evaluering, utvikling, og forbedring av tjenestene i tråd med brukere og pårørendes tilbakemeldinger og erfaringer støttes. Tiltaksoversikten bør inneholde forslag til hvordan funn i det fremhevede utviklingsprosjektet som skal utvikle et system for innhenting av brukererfaringer (NTNU) kan benyttes til å utvikle pårørende ordninger som prioriterer handlingskompetanse og mestringsstøtte, fremfor ensidig fokus på informasjon.

*Spørsmål 12: Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Det anbefales å legge til rette for systematisk likepersonsarbeid med mangfoldsperspektiv, i tett samarbeid mellom tjenesteytere og pasient- og brukerorganisasjoner. Dette vil styrke habiliteringstjenestene ved å sikre at både brukere og pårørende mottar helhetlig, erfaringsbasert og praktisk relevant støtte.

### Kapittel 3.4 Bruk av teknologi i tjenesteutvikling

*Spørsmål 13: Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?*

Setningen «Digitalisering og helseteknologi kan gi bedre kvalitet, samhandling og tilgjengelighet for personer med habiliteringsbehov, men løsninger er ikke alltid tilpasset målgruppen eller godt implementert i tjenestene» kan med fordel tydeliggjøre hvem som menes med «målgruppen» - om det er innbyggere, tjenesteytere eller begge det siktes til. Det kan med fordel tydeliggjøres at manglende felles digitale dokumentasjons- og samhandlingsverktøy og lav samhandlingskompetanse er til hinder for samarbeid på tvers.

Utforming av mål og tiltak innen må utgangspunkt i sentrale utfordringer, herunder manglende digital selvhjelpenhet hos mange brukere samt personvern- og juridiske barrierer knyttet til digital samhandling.

Mål 1 «Helse- og velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging brukes der det er hensiktsmessig for å styrke trygghet, mestring og kontinuitet for pasienter og pårørende» kan med fordel spises med hentydning til at helse- og velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging systematisk skal inngå i vurderingen av tjenester og verktøy som kan styrke mestring og selvstendighet.

*Spørsmål 14: Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

*Spørsmål 15: Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Fagsystemer og teknologi må støtte opp om arbeidet med helhetlige og koordinerte tjenester og forløp. Tilpassede digitale løsninger kan legge bedre til rette for effektiv samhandling på tvers av tjenester og bidra til å redusere dobbeltarbeid, kvalitetssikre informasjon og styrke informasjonsflyten. Slik støtte vurderes som en viktig forutsetning for å kunne gjennomføre tiltakene på en hensiktsmessig og bærekraftig måte. Gevinstrealisering bør inngå i støtten til helseforetak og kommuner for å utvikle og ta i bruk helseteknologi med særlig vekt på digital hjemmeoppfølging og bedre digital samhandling rundt pasienter og brukere med habiliteringsbehov.

### Kapittel 3.5 Styringsdata og analyse

*Spørsmål 16: Har du innspill til beskrivelse av utfordringer og mål for dette innsatsområdet?* Utfordringene er korrekt beskrevet.

*Spørsmål 17: Har du innspill til hvorvidt de foreslåtte tiltakene er egnet til å bidra til å nå de målene som er satt innen dette innsatsområdet?*

Tiltakene støttes. Oppdatering av analyserapporter og dashbord skal synliggjøre utviklingen i ulike brukergrupper innen habiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten og kommunene. Analysene skal legge til rette for sammenstilling og kobling mot andre relevante helse- og velferdsordninger.

*Spørsmål 18: Hva mener du er viktige forutsetninger for vellykket gjennomføring?*

Forutsetninger er teknisk og kompetansemessig kapasitet i kommuner, felles bruk av definert sett med kartleggingsverktøy, god datakvalitet og tydelig nasjonal veiledning for implementering av kodeverk og indikatorer. Datagrunnlag både fra kommunale tjenester og fra spesialisthelsetjenesten.

#### Kapittel 4 Gjennomføring av handlingsplanen

*Spørsmål 19: Har du innspill til møtearenaer og samarbeidsformer i gjennomføringen av handlingsplanene – eksisterende eller om det er behov for nye.*

Implementeringen bør i størst mulig grad bygge på allerede etablerte fora. Dette vil bidra til effektiv ressursutnyttelse og samtidig styrke eksisterende kompetansemiljøer, samhandlingsstrukturer og relasjoner. En slik tilnærming legger til rette for felles forståelse på tvers av aktører og understøtter utviklingen av helhetlige, tverrgående løsninger til beste for innbyggerne. Koordinerende enhet i kommunen bør inngå som en sentral målgruppe i arbeidet med planen.

*Spørsmål 20: Har du innspill til hvordan Helsedirektoratet kan følge med på måloppnåelse og justere tiltak gjennom planperioden fra 2026-2035?*

Helsedirektoratet bør tilstrebe å minimere rapporteringskrav fra kommunen. Rapportering på bruk av kvalitetsindikatorer og data fra kartleggingsverktøy til bruk i et nasjonalt kartleggingsverktøy bør ses i sammenheng med øvrig innhenting av data på området. Der det er mulig bør data innhentes automatisk.

I perioden før det eventuelt er mulig å automatisere uttrekk, bør rapportering fremdeles sees i sammenheng med den totale rapporteringsbyrden, og fortrinnsvis rapporteres på i eksisterende datainnhentinger.

#### Andre innspill til handlingsplanen

*Spørsmål 21. Har du generelle innspill til handlingsplanen?*

Utfordringer knyttet til skjønn, forsvarlighet og tjenestetilbud: Prioriteringsveilederen er et nyttig verktøy, men gir i praksis utfordringer når den settes opp mot forventningen om likeverdige og helhetlige tjenester. Eksempler som bruk av helse- og omsorgstjenester fordi barn ikke ønsker (eller kan nyttiggjøre seg) skolefritidstilbudet (SFO/AKS), illustrerer hvordan ansvarsgrenser blir uklare og skønnsutøvelsen blir styrende. Tilsvarende gjelder ordninger som omsorgsstønad for å kompensere for ferie og fritid, som utfordrer virksomhetenes prioriteringer og grensedragningen mellom normalomsorg og tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven. Handlingsplanen bør tydeliggjøre hva som er rimelig å forvente at kommunene løser innen eksisterende rammer, og hva som må avklares nasjonalt – både juridisk og faglig.

Finansiering, kompetanse og kapasitet: Planen bør ta høyde for at kommunene vil oppleve økende gap mellom behov og tilgjengelig kompetanse, selv med økt finansiering. Det er nødvendig at handlingsplanen vektlegger:

- teknologiske løsninger som kan avlaste eller supplere arbeidskraft
- nye arbeidsformer og mer tverrprofesjonelle team
- kompetansebygging som er realistisk innen dagens ressursrammer

Et ensidig fokus på økt finansiering vil ikke løse utfordringene når arbeidskraft blir knappere.

Saliba Andreas Korkunc

byråd