

Helsedirektoratet IS-0429

Rapport

September 2014

# HELSEDIREKTORATET

## UNDERSØKELSE OM BEHOV OG TILBUD INNEN HABILITERING OG REHABILITERING



RAMBOLL



## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.</b>	<b>Sammendrag</b>	<b>3</b>
1.1	Samhandling innen habilitering og rehabilitering	3
1.2	Kapasitet	4
1.3	Kompetanse	5
1.4	Grupper som mangler tilbud	6
<b>2.</b>	<b>Innledning</b>	<b>7</b>
2.1	Formål med undersøkelsen	7
2.2	Undersøkelsestemaer	7
2.3	Habilitering og rehabilitering	7
2.4	Metodiske gjennomføring	8
2.5	Leserveiledning	9
<b>3.</b>	<b>Samhandling om habilitering og rehabilitering</b>	<b>10</b>
3.1	Kartlegging av behov	10
3.2	Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen rundt utskrivningsklare pasienter	12
3.3	Mangler knyttet til samhandlingen	13
<b>4.</b>	<b>Kapasitet</b>	<b>16</b>
4.1	Kapasitet i kommunen	16
4.2	Manglende tilbud	19
4.3	Kapasitet i spesialisthelsetjenesten	20
<b>5.</b>	<b>Kompetanse</b>	<b>23</b>
5.1	Kommunale tjenester	23
5.2	Interkommunale samarbeid	26
5.3	Spesialisthelsetjenesten	27
<b>6.</b>	<b>Grupper som får et mangelfullt tilbud</b>	<b>29</b>
6.1	Mennesker med sansetap	29
6.2	Mennesker med utviklingshemming	29
6.3	Mennesker med kognitive skader og utfall	30
6.4	Mennesker med langvarige behov for habilitering og rehabilitering	30
6.5	Ungdom	30
6.6	Andre grupper	31
<b>7.</b>	<b>Regionale vurderingsenheter innen rehabilitering</b>	<b>32</b>
7.1	Antall pasienter	32
7.2	Avslagsårsak	32
7.3	Diagnose	33
7.4	Alder	34
<b>8.</b>	<b>Metoder og datakilder</b>	<b>36</b>
8.1	Brukerorganisasjoner	36
8.2	Primær- og spesialisthelsetjenesten	37
8.3	Tall fra regionale vurderingsenheter	37
8.4	Metodiske begrensninger	38

# 1. SAMMENDRAG

Rambøll har gjennomført en undersøkelse av behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering på oppdrag for Helsedirektoratet. Undersøkelsen er gjennomført i perioden juni til september 2014. Hovedformålet med undersøkelsen har vært å avdekke mangler i tilbudet til personer med behov for habilitering og rehabilitering. Fokuset har vært på å avdekke mangler i tilbudene til enkelte grupper knyttet til kapasitet/intensitet i tilbudene som gis, mangler på kompetanse, samt hvorvidt enkelte brukergrupper har behov for tilbud som per i dag ikke finnes.

Undersøkelsen er gjennomført i form av kvalitative intervjuer med både brukerorganisasjoner og tjenesteytere fra både kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. ettersom undersøkelsen kun er basert på kvalitativ metode, gir ikke datagrunnlaget mulighet for å trekke noen konklusjoner om i hvilket omfang disse manglene er gjeldende på nasjonalt nivå. Resultatene gir imidlertid en viktig pekepinn på hvilke områder det kan være nødvendig å undersøke nærmere, og på hvilke områder det ser ut til å være behov for å styrke innsatsen.

I dette sammendraget presenteres hovedfunn og konklusjoner fra undersøkelsen.

## 1.1 Samhandling innen habilitering og rehabilitering

Samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten, og internt i de to ulike tjenestenivåene, synes fortsatt å være en stor utfordring mange steder.

Tverrfaglig kartlegging er sentralt i oppstart av et hvert rehabiliteringsforløp. Det synes å være noe tilfeldig hvilke instanser som deltar i kartleggingen av brukeres behov for habilitering og rehabilitering. Hvilke tjenester som inviteres med i kartleggingsprosessen synes å bestemmes av den tjenesten/avdelingen som brukeren først kommer i kontakt med. Dette vil påvirke utforming av den enkelte brukers tilbud.

Samhandlingsavtaler ser ut til å være på plass mellom helseforetakene og kommunene i deres opptaksområde. Disse avtalene legger føringer for kommunikasjon og samhandling rundt pasienter. Tjenesteytere oppfatter dem imidlertid som for lite konkrete i enkeltsaker. I kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen utgjør koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i de fleste kommuner det sentrale kontaktpunktet i kommunen, både når det gjelder personer med habiliteringsbehov og i forbindelse med utskrivningsklare pasienter med rehabiliteringsbehov. Det tyder imidlertid på at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ikke er med i kommunikasjonen i alle kommuner, men at PLO-meldinger sendes direkte til tjenestene, som pleie og omsorgstjenesten eller fysioterapitjenesten.

I tillegg til via PLO-meldinger kommuniserer tjenesteytere i spesialist- og primærhelsetjenesten direkte med hverandre i enkeltsaker, for å legge til rette for god lokal ivaretagelse av brukeren etter utskrivning. Det forekommer imidlertid i økende grad at personer skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn før, uten at kommunen har opprettet tilbud som ivaretar brukernes behov på en god nok måte. Dette medfører at enkelte brukere får et tilbud som ikke dekker deres behov. Kommunene etterlyser mer veiledning av spesialisthelsetjenesten i form av ambulant virksomhet.

Gjennom undersøkelsen har det også kommet frem at det ved ordinære sykehusavdelinger kan være for lite fokus på rehabilitering. Det kan medføre at rehabiliteringstilbud, som fysioterapi, blir nedprioritert eller at rehabiliteringsprosessen starter på et sent tidspunkt i forhold til optimal rehabilitering. Brukerorganisasjonene trekker frem samhandling mellom helsesektoren og opplæringssektoren som en utfordring, samt samhandling med fastleger og NAV.

Brukerorganisasjonene trekker frem at det er svært varierende i hvilken grad arbeidet med individuell plan resulterer i et helhetlig og koordinert habiliterings- eller rehabiliteringsforløp for bru-

keren. Videre fremkommer det at tjenesteytere opplever koordinatorrollen som krevende, og at de har behov for kompetanse knyttet til blant annet møteledelse.

## 1.2 Kapasitet

Undersøkelsen har avdekket kapasitetsutfordringer innen både habiliterings- og rehabiliterings-tjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten. I kommunene ser det ut til å være størst kapasitetsmangel knyttet følgende tjenester:

- Ergoterapi
- Logoped
- Fysioterapi
- Rehabiliteringsavdelinger

Kapasitetsmangelen kommer til uttrykk på flere måter:

- Ventetid
- Lengre mellomrom mellom behandling/oppfølging (lavere intensitet)
- Kortere konsultasjonstid/oppholdstid
- Det prioriteres mellom brukere

Når det gjelder logoped, er det mange kommuner som ikke har tilgang på denne tjenesten. I de kommunene hvor det er tilgang på logoped, er det begrenset kapasitet, som i de fleste tilfeller at man må prioritere mellom brukere med behov for tjenesten. Det ser ut til at barn og unge prioriteres foran voksne.

Når det gjelder ergoterapi, ser tilbudet ut til å være tilgjengelig i de fleste kommuner. Det ser ut til å være begrenset kapasitet i mange kommuner på grunn av for få årsverk. Enkelte små kommuner har ikke tilgang på denne kompetansen. I små kommuner er ergoterapitjenesten ofte slått sammen med fysioterapitjenesten. På grunn av liten kapasitet må ergoterapeutene prioritere mellom oppgaver. Det ser ut til at arbeid med hjelpemidler prioriteres foran for eksempel oppgaver som kognitiv rehabilitering.

Fysioterapitjenesten er vel etablert i kommunene som deltok i undersøkelsen, og en svært sentral tjeneste personer med behov for habilitering og rehabilitering. I flere kommuner ser det ut til å være manglende kapasitet i fysioterapitjenesten, noe som blant annet medfører prioritering mellom brukere, ventelister og begrenset intensitet i tilbudet.

Kapasitetsutfordringene i kommunene ser ut til å ha sammenheng med at kommunene gradvis får et større ansvar på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og at personer dermed skrives raskere ut fra behandling i spesialisthelsetjenesten. I mange kommuner er ikke tilbudet bygget opp for å imøtekomme den økte etterspørselen. Som eksempel kan nevnes kommunale rehabiliteringsavdelinger. Disse er vanligvis tilsluttet pleie- og omsorgssektoren, og flere steder lokalisert ved et kommunalt sykehjem som betjenes av personell i pleie- og omsorgssektoren. Ettersom personer med rehabiliteringsbehov skrives raskere ut av spesialisthelsetjenesten enn tidligere, har flere behov for et kommunalt institusjonsopphold før de har høyt nok funksjonsnivå til bo i eget hjem. Med begrenset antall korttids- og langtids plasser, fylles plassene opp, slik at det må gjøres prioriteringer med hensyn til hvem som skal direkte hjem og hvem som får institusjonsplass. Tilbud om rehabilitering i hjemmet er i ferd med å bygges opp i mange kommuner, for å forsøke å imøtekomme disse utfordringene. Foreløpig har relativt få kommuner etablert et slikt tilbud.

Generelt ser det ut til at kommunene har tilstrekkelig kapasitet til å ivareta brukernes behov i perioder med «normal» etterspørsel etter tjenester. Flere kommuner får imidlertid kapasitetsproblemer i de tilfeller en bruker har store sammensatte behov for langvarige tjenester. Dette krever mye ressurser fra ulike tjenester. Generelt tyder undersøkelsen på at personer med akutte behov

prioriteres foran personer med kroniske/langvarige behov, og at barn og unge generelt prioriteres foran voksne.

Det er også enkelte tilbud innen habilitering og rehabilitering som ser ut til å mangle i mange kommuner. Dette gjelder blant annet tilbud om dagtilbud, arbeids- og aktivitetstilbud, avlastning, støttekontakt.

Undersøkelsen har også avdekket enkelte eksempler på manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Det tyder imidlertid på at dette er mer begrenset i omfang enn kapasitetsutfordringene i kommunene. I spesialisthelsetjenesten medfører kapasitetsutfordringene i hovedsak begrensede muligheter for å yte ambulant virksomhet. Dette gjelder både habiliteringsavdelinger for barn og voksne og avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering. Det ser ikke ut til å være lange ventelister i habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Ved enkelte medisinske avdelinger, innen for eksempel ortopedi eller kirurgi, kan det tyde på at rehabilitering nedprioriteres mens pasienten ligger inne, på grunn av manglende ressurser blant fysioterapeuter og andre sentrale fagpersoner, som logoped, nevropsykolog og ergoterapeut.

### 1.3 Kompetanse

Gjennom undersøkelsen fremkommer det store variasjoner i tilgangen på kompetanse mellom kommunene. I spesialisthelsetjenesten ser det ut til at nødvendig kompetanse er tilstede på de fleste enheter/klinikker.

Når det gjelder kompetanse i kommunene, besitter de fleste kommunene tverrfaglig kompetanse innen habilitering og rehabilitering. Likevel er det gjennomgående noen typer fagkompetanse som det er mangel på i flere kommuner. Dette gjelder følgende faggrupper:

- Logoped
- Ergoterapi
- Psykolog
- Syns- og hørselspedagog

Når det gjelder logoped og ergoterapeut, har mange kommuner som nevnt tilgang på dette, men for få ressurser i forhold til behovet. Flere steder mangler denne kompetansen helt, på grunn av rekrutteringsutfordringer. Når det gjelder psykolog og syns- og hørselspedagog, mangler mange kommuner tilgang på denne kompetansen. Mangelen på kompetanse kan medføre at brukere ikke får dekket sine behov godt nok. Særlig nevnes manglende kompetanse knyttet til kognitiv rehabilitering. Innen habilitering trekkes det frem manglende kompetanse på psykiske helseproblemer hos personer med utviklingshemming.

Det fremkommer også mangler på kompetanse om habilitering- og rehabilitering blant fagpersoner som arbeider på feltet. Som eksempel kan nevnes pleie- og omsorgstjenesten, hvor flertallet av medarbeiderne har fagbakgrunn som sykepleiere, helsefagarbeidere eller er ufaglærte. Gjennom intervjuene har det fremkommet behov for å styrke den generelle kompetansen om habiliterings- og rehabilitering, med fokus på mestring og brukermedvirkning, fremfor det tradisjonelle fokuset på pleie og omsorg. Det ser også ut til å være mangler knyttet kompetanse blant personell som arbeider i botilbud til personer med utviklingshemming. I slike tjenester er det mye ufaglært personell, og mangel på kompetanse som for eksempel vernepleiere.

I spesialisthelsetjenesten ser det ut til at nødvendig kompetanse er tilgjengelig i de fleste enheter/klinikker. Habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger er tverrfaglig sammensatt, og har i stor grad tilgang på nødvendig kompetanse. Noen typer kompetanse, som logoped og fysioterapeut, betjener ulike medisinske enheter/klinikker i helseforetaket. Det har likevel fremkommet kompetansemangler også i spesialisthelsetjenesten. Nevropsykologer, logopeder og ernæringsfysiologer er bestemte faggrupper som det ser ut til å være mangel på ved flere helseforetak. Disse faggruppene betjener ulike enheter ved behov, slik at det rammer tilbud innen både habilitering og

rehabilitering. Innen voksenhabilitering kom det også frem mangel på medisinskfaglig kompetanse på habilitering.

Både når det gjelder barn og voksne viser undersøkelsen at det er manglende kompetanse på både utredning og behandling av pasienter med psykisk utviklingshemming og psykiske lidelser. Kompetansen finnes verken i psykisk helsevern eller i habiliteringstjenestene. Dette ser også ut til å henge sammen med manglende avklaring rundt hvilken av de nevnte tjenestene disse brukerne skal tilhøre.

#### **1.4 Grupper som mangler tilbud**

Undersøkelsen har vist at både spesialisthelsetjenesten og kommunene har utfordringer knyttet til både kompetanse og kapasitet når det gjelder å gi et godt tilbud innen habilitering og rehabilitering. I tillegg har intervjuene med tjenesteapparatet og brukerorganisasjonene vist at disse manglene rammer enkelte grupper hardere enn andre.

Følgende grupper ser ut til å få et særlig mangelfullt tilbud om habilitering og rehabilitering:

- Mennesker med sansetap
- Mennesker med utviklingshemming
- Mennesker med kognitive skader og utfall
- Mennesker med langvarige behov for habilitering eller rehabilitering
- Ungdom
- Enkelte andre grupper
- 

I spesialisthelsetjenesten har det også kommet frem at følgende grupper får et mangelfullt tilbud ved noen helseforetak:

- Nevrologiske sykdommer
- Kroniske smerter
- Ervervet hjerneskade
- ME
- Rehabilitering ved amputasjon
- Alvorlige atferdsvansker
- Kreft
- Hjerte og lungerehabilitering

## 2. INNLEDNING

Rambøll Management Consulting (heretter Rambøll) har gjennomført *Undersøkelse av behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering* på oppdrag for Helsedirektoratet, avdeling for rehabilitering og minoritetshelse. Undersøkelsen er gjennomført i perioden juni – september 2014.

### 2.1 Formål med undersøkelsen

Formålet med undersøkelsen har vært å fremskaffe kunnskap om behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering. Det har vært et særlig fokus på å avdekke mangler i tilbudet knyttet til kapasitet og kompetanse. En målsetning har også vært å avdekke spesifikke brukergrupper som har et udekket behov for habilitering og rehabilitering. Undersøkelsen har en bred målgruppe, og favner alle brukergrupper som har behov for habilitering og rehabilitering.

Undersøkelsen inngår som en del av kunnskapsgrunnlaget i forbindelse med arbeidet med nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

### 2.2 Undersøkelsestemaer

Undersøkelsen har primært tre hovedtemaer:

- Samhandling
- Kapasitet
- Kompetanse

Hovedfokuset innenfor de ulike temaene har vært på å avdekke mangler i tilbudet til bestemte brukergrupper. Det har dreid seg om å identifisere pasient- og brukergrupper som mangler tilbud, og mangler ved det eksisterende tilbudet til ulike pasient- og brukergrupper. Dette er nært knyttet opp mot de overordnede temaene. Når det gjelder samhandling, har fokuset vært på kartlegging og kommunikasjon rundt pasienter som skrives ut fra spesialisthelsetjeneste til kommune.

Det er likevel nødvendig å understreke at det gjøres mye godt arbeid både i kommuner og spesialisthelsetjenesten. I denne undersøkelsen legges det imidlertid vekt på å avdekke mangler, nettopp for å kunne rette innsatsen på tjenestene og brukergruppene hvor det er størst behov for opptrapping.

Undersøkelsen har blitt gjennomført innenfor en kort tidsramme. Grunnet bredden i undersøkelsens tematikk, stor målgruppe og komplekst tjenesteapparat, presenteres det i denne rapporten i hovedsak resultater som er direkte relatert til oppdragets hovedproblemstillinger.

### 2.3 Habilitering og rehabilitering

Habilitering og rehabilitering defineres i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 2 som «tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet»<sup>1</sup>.

Ettersom målgruppene for habiliterings- og rehabiliteringstjenester er stor, er det nødvendig å foreta noen avgrensninger. En tydelig avgrensning, er at habilitering og rehabilitering innebærer at flere tjenester settes sammen til et helhetlig tilbud. En enkelt tjeneste, selv om denne har som mål å gjenvinne funksjon, er dermed ikke å anse som rehabilitering. Opptrening, forstått som enkeltstående treningstiltak, er funksjonstrening som ikke nødvendigvis fordrer koordinert oppfølging over en antatt tidsperiode. Måltrettede treningstiltak inngår imidlertid ofte som en del av et rehabiliteringsforløp.

---

<sup>1</sup> Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 2



Både kommuner og spesialisthelsetjenesten har ansvarsområder innen habilitering og rehabilitering. Tilbudene er ulikt organisert i både kommuner og i helseforetakene. I kommunene gis tilbud primært av helse- og omsorgssektoren, som fysioterapitjenesten, ergoterapitjenesten og rehabiliteringstilbud tilknyttet pleie- og omsorgstjenestene. Andre sektorer som NAV, barnevern og oppvekst er også sentrale, og kommunene bør ha tilgang på fagkompetanse som allmenlege, logoped, samt kompetanse innen psykisk helse, sosialfag og spesialpedagogikk. I spesialisthelsetjenesten gis tilbudet i kliniske avdelinger, habiliteringsavdelinger for barn og voksne, avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering, samt private rehabiliteringsinstitusjoner.

Habilitering og rehabilitering er ett av de områdene som det skal legges økt vekt på i samhandlingsreformen. Det er en målsetting at kommunene skal ha et tydeligere ansvar for dette tjenesteområdet. Det omhandler både tilstrekkelige ressurser, faglig bredde og kvalitet. Lokalmedisinske sentre og interkommunalt samarbeid er eksempler på sentrale tiltak. Videre skal den avtalebaserte fysioterapitjenesten bli en mer integrert del av den kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.<sup>2</sup>

## 2.4 Metodiske gjennomføring

Denne undersøkelsen er gjennomført i form av kvalitative intervjuer med representanter for brukerorganisasjoner og tjenesteapparat i både kommune og spesialisthelsetjeneste.

Som representanter for tjenestemottakere har vi gjennomført intervjuer med 30 brukerorganisasjoner. Det har vært en målsetning å inkludere organisasjoner som representerer et bredt spekter av de ulike brukergruppene som har behov for tjenester innen habilitering og rehabilitering, på tvers av diagnose og alder.

Som representanter for tjenesteapparatet har vi med utgangspunkt i ti kommuner gjennomført totalt 56 intervjuer. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har blitt intervjuet i alle kommuner. De øvrige informantene varierer, men inkluderer følgende tjenester:

- Pleie- og omsorgstjeneste, herunder rehabiliteringsavdeling
- Fysioterapitjeneste
- Ergoterapitjenesten
- Barne- og familietjeneste
- Oppveksttjeneste
- NAV
- PP-tjeneste
- Kommunelege (evt fastlege)
- Kommunal rehabiliteringsinstitusjon

Det er også gjennomført intervjuer med 20 informanter fra spesialisthelsetjenesten i opptaksområdet som kommunen er en del av. Informantene har representert følgende avdelinger:

- Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Barnehabilitering
- Voksenhabilitering
- Ulike medisinske avdelinger:
  - Kirurgisk klinikk
  - Nevrologisk rehabiliteringsavdeling
  - Avdeling for hjerte og lunge

Vi viser for øvrig til kapittel 8 for en nærmere beskrivelse av den metodiske gjennomføringen.

---

<sup>2</sup> Meld. St. 16 (2010–2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015)

## 2.5 Leserveiledning

Rapporten er inndelt i åtte kapitler. Kapittel 3 til 6 omhandler resultatene fra undersøkelsen. Resultatene er basert på intervjuer med både brukerorganisasjoner og tjenesteapparat. Gjennomgående i rapporten presenteres konkrete eksempler blå bokser.

**Kapittel 1** inneholder en oppsummering av hovedfunn fra undersøkelsen

**Kapittel 2** inneholder innledning, begrepsavklaring og beskrivelse av metodisk gjennomføring

I **kapittel 3** presenteres resultater fra undersøkelsen knyttet til samhandling om brukere. Det legges særlig vekt på kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse- og omsorgstjeneste, samt prosesser rundt kartlegging av brukernes behov for habilitering og rehabilitering.

**Kapittel 4** omhandler kommunale tjenester, og presenterer resultater knyttet mangler i kapasitet på tjenestene og kompetanse.

**Kapittel 5** omhandler spesialisthelsetjenesten, og presenterer resultater knyttet mangler i kapasitet på tjenestene og kompetanse.

I **kapittel 6** redegjøres det for de brukergruppene som i størst grad ser ut til å motta et manglende eller mangelfullt tilbud per i dag.

I **kapittel 7** gis en mer inngående beskrivelse av den metodiske gjennomføringen av undersøkelsen.

I **kapittel 8** fremkommer tall fra regionale vurderingsenheter knyttet til personer som har fått avslag på sin søknad til private rehabiliteringsinstitusjoner.

### 3. SAMHANDLING OM HABILITERING OG REHABILITERING

Samhandling mellom ulike tjenester og nivåer er sentralt i enhver habiliterings- og rehabiliteringsprosess, ettersom habilitering og rehabilitering per definisjon omfatter at flere tjenester inngår i tilbudet. Kommunene har hovedansvaret for at innbyggerne i sin kommune får et forsvarlig tilbud om habilitering og rehabilitering, gjennom sitt «sørge for» ansvar. Mange brukere har i tillegg behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten, som en del av sitt habiliterings- og rehabiliteringstilbud, ved både medisinske avdelinger og habiliterings- eller rehabiliteringsavdelinger. Samhandling er et bredt tema. I denne undersøkelsen er fokus rettet mot samhandling knyttet til kartlegging av brukernes behov for habilitering og rehabilitering og kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene rundt felles brukere.

Hovedfunn knyttet til dette temaet oppsummeres nedenfor:

- Det synes å være noe tilfeldig hvilke instanser som deltar i kartleggingen av brukeres behov for habilitering og rehabilitering. Hvilke tjenester som inviteres med i kartleggingsprosessen synes å bestemmes av den tjenesten/avdelingen som brukeren først kommer i kontakt med.
- Arbeidet med individuell plan ser ut til å være av varierende verdi for brukerne med hensyn til å bidra til et koordinert tjenestetilbud.
- Kommunenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering utgjør i de fleste kommuner det sentrale kontaktpunktet i kommunen i forbindelse med utskrivningsklare pasienter.
- Det forekommer i økende grad at personer skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn før, uten at kommunen har opprettet gode nok tilbud. Dette medfører at noen brukere får et tilbud som ikke dekker deres behov.
- Både kommunene og spesialisthelsetjenesten ser nytten av å drive ambulant virksomhet. Flere kommuner etterlyser mer ambulant virksomhet i enkeltsaker.
- Samhandlingsavtaler ser ut til å være på plass mellom HFene og kommunene i deres opptaksområde. De legger føringer for kommunikasjon og samhandling rundt pasienter. De kan imidlertid oppfattes som for lite konkrete i enkeltsaker.
- I enkelte medisinske sykehusavdelinger kan det være for lite fokus på rehabilitering. Det kan medføre at rehabiliteringsprosessen i enkelte tilfeller starter på et sent tidspunkt i forhold til optimal rehabilitering.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på disse hovedfunnene. Kapittelet omhandler i hovedsak samhandling mellom tjenester knyttet til kartlegging av brukernes behov for habilitering og rehabilitering, og samhandling mellom tjenester i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser.

#### 3.1 Kartlegging av behov

Habilitering- og rehabiliteringsforløp starter som oftest med kartlegging av brukerens behov for habilitering eller rehabilitering. Kartlegging av funksjonsnivå er en sentral del av dette. Kartleggingen er avgjørende for det videre arbeidet, herunder samhandlingen som er sentralt for å få tjenester fra ulike fag og sektor til å sammen bidra til realisering av brukers mål.

Det synes å være slik at den første kartleggingen/utredningen av brukeren gjøres i regi av den tjenesten som brukeren har sitt første møte med. Det varierer ut ifra brukerens helseproblematikk hvorvidt dette dreier seg om en avdeling i spesialisthelsetjenesten, fastlege eller kommunenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Når det gjelder barn, har også helse-

stasjonen en viktig rolle i å kartlegge funksjonsnivå og utvikling, og henviser videre til fysioterapeut eller utredning i spesialisthelsetjenesten ved behov.

Ved en kirurgisk avdeling foregår kartlegging av behov og samarbeid med kommunen på følgende måte:

«Vi starter planlegging av utreisen i det pasienten kommer inn, så vi prøver å være litt i forkant. Fra innkomst, så opprettes et kartleggingsnotat. Vi gjør en Barthel index vurdering. Vi kartlegger behov og bruker informasjon som følger pasienten fra kommunen, og informasjon fra pasient og pårørende. Deretter vurderes pasientens tilstand her under oppholdet og vi formidler det til kommunen. Til det bruker vi PLO-meldinger. Alle sykepleiere må kunne PLO. Her må vi få frem brukerens behov, for eksempel ved fallrisiko».

I noen kommuner samarbeides det godt om å avdekke brukerens behov. Det er eksempler på at koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering samarbeider med utførernivå om å kartlegge behov og gjennomføre hjemmebesøk. Aktuelle tjenester kan være hjemmetjenesten, konsulent for funksjonshemmede, fysioterapitjeneste, ergoterapitjeneste, Nav og fastlege. Kommunene har stort sett rutiner for å kartlegge behov og bruker blant annet IPLOS som kartleggingsverktøy.

Det å få til et tverrfaglig samarbeid om habilitering og rehabilitering blir fremhevet som en særlig utfordring i kommunene. Det pekes på at tjenestene i seg selv kan være gode, men at det oppstår forsinkelser og brudd i behandlingsforløpet på grunn av sviktende samhandling. Særlig trekkes kontakten mellom helsetjenestene og Nav frem som et svakt ledd. Ulike dataprogrammer og ulike verktøy gjør samarbeidet ekstra utfordrende.

Mange brukere med behov for habilitering og rehabilitering vil også ha rett til å få utarbeidet individuell plan. Det gjelder alle som har behov for langvarige og koordinerte tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og psykisk. I forbindelse med individuell plan opprettes det ofte ansvarsgrupper. I disse gruppene synes det generelt å være gode rutiner for å kartlegge brukers behov, hvor også bruker/pårørende får medvirke. Det er imidlertid varierende hvor godt arbeidet med individuell plan fungerer, som tidligere dokumentert<sup>3</sup>.

Mange kommuner opplever at det er vanskelig å få ansatte til å ta på seg rollen som koordinator for individuell plan. Koordinatorrollen oppgis å oppleves som utfordrende og belastende, da den kommer i tillegg til ansvarsområdene i den ordinære stillingen. Dette fremheves som utfordrende når det gjelder å samhandle om å gi et koordinert tilbud. Det oppleves også som utfordrende at personell i barnehage/skole, som har mest daglig kontakt med brukeren, ikke er pålagt å ta koordinatorrollen. Ifølge andre tjenester, gjør dette det ekstra ressurskrevende når andre tjenesteytere må sette seg inn i situasjonen til den aktuelle brukeren.

Gjennom denne undersøkelsen, tyder det på at det generelt er bedre samhandling rundt barn med habiliteringsbehov, sammenlignet med voksne. Flere kommuner opplyser om at arbeidet med individuell plan rundt barn med habiliteringsbehov stort sett fungerer godt, og at man har gode rutiner for å avdekke barnas behov for tjenester. Videre kan det virke som at barn med synlige/tydelige skader og behov, får bedre hjelp enn barn med mindre synlige behov.

Det benyttes ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge funksjonsnivå i ulike tjenester. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bruker i hovedsak IPLOS og evt annet kartleggings- og vurderingsskjema i tillegg. De ulike tjenestene, som fysioterapitjenesten og ergoterapitjenesten, benytter egne kartleggingsverktøy.

<sup>3</sup> Rambøll, 2012, Helsetilbud til ungdom og unge voksne, oppdrag for Helsedirektoratet

Rambøll, 2011, Kartlegging av situasjonen til barn og unge med sansetap, oppdrag for Helsedirektoratet

Barn med habiliteringsbehov henvises til spesialisthelsetjenesten for utredning. I forbindelse med dette foretas det også kartlegging av brukerens behov for tjenester i kommunen. Det ser imidlertid ut til at det varierer hvilke avdelinger en bruker med samme diagnose/problematikk blir utredet i. Særlig ser dette ut til å være knyttet til barnehabilitering versus barne- og ungdomspsykiatri (BUP), og gjelder personer med diagnoser som Tourettes syndrom, asperger syndrom, ADHD, Autisme. Dette ser ut til å påvirke den videre oppfølgingen som disse personene får i sin hjemkommune. Barnehabiliteringsavdelingene synes jevnt over å ha god og tett dialog med kommunen. Det ser likevel ut til at det er utfordrende å drive ambulant virksomhet i små distriktskommuner som ligger langt unna foretaket, og at dette kan gå ut over brukerens lokale tilbud.

### **3.2 Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen rundt utskrivningsklare pasienter**

Samhandlingen mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten i habiliterings- og rehabiliteringsforløp blir stort sett karakterisert som velfungerende. Etter spesialisthelsetjenesteloven, skal helseforetakene inngå samarbeidsavtale med kommunene om utskrivningsklare pasienter. Slike avtaler ser ut til å være på plass, men de oppgis å være for lite konkrete til å fungere som et verktøy i enkeltsaker. Det ser også ut til å være rutiner for kommunikasjon om brukere som er til behandling/utredning i spesialisthelsetjenesten. Det synes imidlertid å være varierende hvor tidlig i forløpet kommunikasjonsprosessen starter. Dette skal vi se nærmere på.

I enkelte avdelinger ved helseforetak begynner man allerede ved innkomst med å planlegge utreise, og involverer brukerens hjemkommune i planleggingen av videre rehabiliteringsforløp. Både habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger ser ut til å trekke inn kommunens hjelpeapparat tidlig i forløpet. Flere avdelinger gjør både hjemmebesøk og innkaller til ulike former for samarbeidsmøter med bruker, pårørende og aktuelle fagpersoner fra både spesialisthelsetjenesten og kommune. Det pekes på at i samarbeidet ofte fungerer godt i de tilfeller dialogen rundt pasienten starter tidlig i forløpet.

Det ser ut til at kommunenes koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering utgjør det sentrale kontaktpunktet i kommunen i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. Kommunikasjon mellom sykehus og koordinerende enhet ser ut til å foregå i form av flere kanaler:

- **PLO-meldinger:** De fleste sykehusene sender elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) til kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.
- **Telefon:** Mange sykehusavdelinger tar i tillegg direkte kontakt per telefon med kommunen, og dette er en kontakt som mange av informantene, både i spesialist- og i kommunehelsetjenesten, fremhever som betydningsfull for den videre planleggingen og samhandlingen. Telefonkontakt synes å være forholdsvis utbredt, men er om mulig enda mer utbredt i saker som gjelder barn og når det gjelder brukere med sammensatte problemstillinger og behov.

En informant i kommunen trekker frem at kravet om at PLO-meldinger skal sendes innen 24 timer har forbedret samhandlingen mellom HF og kommune. Dette gjør at kommunen blir tidlig varslet om at en bruker er innlagt på HF og at vedkommende kan komme til å trenge tjenester fra kommunen.

Det fremkom imidlertid at funksjonen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering ikke er sentralt kontaktpunkt i alle kommuner.

I en kommune som deltok i undersøkelsen lå funksjonen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering til én person som var ansatt som konsulent for funksjonshemmede. Her ble PLO-meldinger sendt direkte til pleie- og omsorgstjenesten eller fysioterapitjenesten. I denne kommunen har lederne i de ulike tjenestene ansvar for å ivareta kartlegging av brukerens behov for tjenester. Kun i tilfeller hvor spesialisthelsetjenesten vurderte at brukeren hadde rett til individuell plan, fikk koordinerende enhet informasjon.

Det foreligger ikke data som belyser hvorvidt dette medfører manglende tverrfaglig oppfølging og koordinering rundt brukere.

Det er også vanlig at fysioterapeuter/ergoterapeuter ved den enkelte sykehusavdeling tar direkte kontakt med fysioterapeutene i kommunen, både per telefon og med egne rapporter. Dette ser imidlertid ut til å foregå dersom det er behov for veiledning og kompetanseoverføring for at pasienten skal få tilstrekkelig behandling i kommunen, for eksempel når det fødes barn med habiliteringsbehov. I enkelte kommuner prøver man ut egne elektroniske rapporter for disse faggruppene. Andre steder kommer rapporten til kommunens koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det har imidlertid kommet frem at rapporten kan komme til utførertjenesten senere enn nødvendig, når kommunikasjonen går via koordinerende enhet.

Ett lokalsykehus sender papirene med brukeren ved utskrivning. Sykehuset er i gang med å forbedre rutinene på dette området.

Det er også eksempler på at kommunikasjon rundt utskrivningsklare pasienter representerer enveiskommunikasjon, fra sykehus til koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, og at kommunikasjonen primært omhandler hjelpemidler og hjemreise. Det har vært beskrevet eksempler på at spesialisthelsetjenesten har for lite ressurser til å kartlegge brukerens behov.

### 3.2.1 Private rehabiliteringsinstitusjoner

Kommunene er stort sett fornøyde med kommunikasjonen vedrørende brukere som kommer fra de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det trekkes frem at de private rehabiliteringsinstitusjonene både har bedre tid på seg til å planlegge utreise, og at brukerne har mindre komplekse behov. Flere peker imidlertid på at de private rehabiliteringsinstitusjonene kan tilby tiltak og oppfølging som kommunene ikke har ressurser til å videreføre og at enkelte institusjoner kan bidra til å skape for store forventninger hos bruker med hensyn til hva kommunen skal stille opp med videre.

Det kom imidlertid også frem eksempler på at kommuner ikke har fått informasjon om at en av deres innbyggere får behandling ved privat rehabiliteringsinstitusjon, før brukeren skal skrives ut. Dette gjelder sannsynligvis i tilfeller hvor brukeren er henvist til privat institusjon fra spesialisthelsetjenesten. Dette er et eksempel på svikt i kommunikasjonsrutinene, og medfører at kommunene kommer sent i gang med det lokale tilbudet til brukeren.

## 3.3 Mangler knyttet til samhandlingen

Til tross for at det er utarbeidet samhandlingsavtaler mellom spesialisthelsetjenester og kommunene, og at det er utarbeidet rutiner for kommunikasjon vedrørende enkeltpasienter, fremkommer det likevel noen utfordringer i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Følgende utfordringer ser ut til å være gjeldende flere steder:

- Pasienter skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere etter samhandlingsreformen, uten at kommunene har bygd opp tilstrekkelig kapasitet
- Brukerne forventer et mer omfattende tilbud i kommunen enn hva kommunen har kapasitet og kompetanse til å tilby

- Spesialisthelsetjenesten har begrenset kapasitet til å drive ambulant virksomhet med veiledning og kompetanseoverføring til kommunen
- Livsløpsoverganger

### 3.3.1 Tidligere utskrivning av pasienter

Som tidligere nevnt er sykehus og kommune i jevnlig dialog rundt utskrivningsklare pasienter. En utfordring som ble trukket frem i flere kommuner, er at det i økende grad forekommer at personer skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn før, uten at kommunen har opprettet tilbud som kan regnes som forsvarlige. En målgruppe som særlig trekkes frem her er eldre med fallrisiko, som etter utskrivning flytter hjem i egen bolig med oppfølging av kommunen. Dette bekreftes også av en informant ved en kirurgisk avdeling.

«Pasientene reiser ikke lenger på opphold slik de gjorde før. For eksempel etter en hoftепrotese. Nå reiser de i mye større grad rett hjem [...] Noen pasienter burde hatt et sykehjemsopphold, men så har ikke kommunen anledning til det. Vi planlegger da heller hjemreise med hjemmesykepleie. Hvis det er fallrisiko, ser vi at det er et problem. Og pårørende blir bekymret. Det kan medføre passivitet i hjemmet, kontra rehabilitering et annet sted. Man kan spørre seg om det er riktig behandlingsnivå».

Denne problematikken omhandles også nærmere i kapittel 4 om kapasitet.

### 3.3.2 Forventninger til tilbudet

Enkelte kommuner opplever det som særlig utfordrende når de får brukere som er forespeilet et annet eller mer intensivt tilbud enn kommunen har anledning til å gi.

Rambøll vurderer, basert på denne og tidligere undersøkelser vi har gjennomført på habilitering og rehabiliteringsfeltet<sup>4</sup>, at dette er mindre utbredt enn tidligere. Dette tolker vi som at spesialisthelsetjenesten er blitt bedre til å gi realistiske forventninger om kommunetilbudet. Vi oppfatter at endringen har skjedd med bakgrunn i god dialog om tilbudsutformingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Det ser imidlertid ikke ut til å være slik at spesialisthelsetjenesten tilpasser sine behovsvurderinger til det eksisterende tilbudet i kommunen, men at de gir sin vurdering av brukerens tjenestebehov.

### 3.3.3 Ambulant virksomhet

Spesialisthelsetjenesten er pålagt å drive veiledning og opplæring av ansatte i kommunale tjenester<sup>5</sup>. Ambulante team har fire hovedoppgaver:

1. Yte spesialistbistand til kommuner der rehabiliteringen med fordel kan forgå i kommunen.
2. Følge pasienter ut i kommuner der det er behov for å overføre kompetanse for den enkelte pasient.
3. Foreta hjemmebesøk til liggende pasienter for å vurdere behov for endringer i hjemmet og planlegge utskrivninger fra sykehus.
4. Tilby kurs og overføring av kompetanse til kommunene.

Ambulant virksomhet kan særlig være aktuelt i forbindelse med samordning av tiltak til enkeltpasienter ved mer komplekse og sjeldne tilstander. Tilsvarende gjelder der pasientens hjemkommune trenger tilført kompetanse, og der bistanden av praktiske grunner bør forgå i pasientens

<sup>4</sup> Blant annet Kartlegging av habiliteringstilbudet til barn og unge med sansetap (2010 - 2011), Undersøkelse om rehabilitering i kommunene (2011), Undersøkelse om rehabilitering i hjemmet - erfaring med tilbud gitt i pasientens hjem/vante miljø (2012) og Kartlegging av intensiv habilitering av barn og unge (2013).

<sup>5</sup> Lov om spesialisthelsetjenester,

dagligliv. Trolig vil slik virksomhet kunne demme opp for ressursbruk i spesialisthelsetjenesten, blant annet ved å forhindre innleggelser<sup>6</sup>.

Flere av sykehusene vi har snakket med driver ambulant virksomhet og bistår kommunene med veiledning og opplæring tilknyttet brukere. Det tyder på at barnehabiliteringsavdelinger har et særlig fokus på dette. På tross av at mange av de forespurte avdelingene i spesialisthelsetjenesten, spesielt innen habilitering og rehabilitering, jobber mye ambulant og følger brukerne tett også etter utskrivelse, er det også flere kommuner som ønsker seg mer veiledning og oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig knyttet til brukere med komplekse, sammensatte behov. De fleste representantene fra spesialisthelsetjenesten, oppga at de ønsker å drive mer ambulant virksomhet, men må nedprioritere det på grunn av manglende ressurser og kapasitet. Det fremkommer også store variasjoner mellom kommunene når det gjelder hvor mye veiledning og oppfølging de har behov for. I enkelte mindre kommuner ser det ut til å mangle et mottakerapparat for kompetanseoverføring. Det kan knytte seg til manglende kompetanse i kommunen og utskifting av personale. Dette fører til at den kunnskapsoverføringen som helseforetakene gir til kommunene ikke forblir i kommunen, og at helseforetakene må følge opp kommunen på samme problemstilling gjentatte ganger.

#### 3.3.4 Livsoverganger

Bruker med habiliteringsbehov går gjennom flere ulike overganger som kan virke inn på tilbudet de får. Det gjelder livsløpsoverganger i forbindelse med for eksempel barnehage, skole, videregående skole, utdanning og arbeid. I tjenesteapparatet møter brukerne også overganger som er knyttet til organisering av tilbudet, som overgangen mellom barne- og voksenorienterte tjenester i sykehusene.

Gjennom denne undersøkelsen har særlig brukerorganisasjoner fremhevet utfordringer knyttet overganger. For eksempel trekkes samarbeidet mellom helsetjenesten og utdanningssektoren frem som krevende.

«De sårbare overgangene; fra barneskole til ungdomsskole, til videregående og over i jobb osv. De er vanskelige hvis ikke skole og helsetjeneste jobber sammen».

For barn med habiliteringsbehov utgjør barnehage og skole en av de viktigste habiliteringsarenaene. Flere brukerorganisasjoner trekker frem store mangler i samarbeid mellom helse og skoleverket. Dette gir konsekvenser i form av at det er utfordrende å få utdanningssektoren til å legge til rette for habiliteringsforløp.

Enkelte brukerorganisasjoner trekker også frem at tilbudet generelt blir dårligere etter fylte 18 år. Det trekkes frem at det er mer struktur rundt oppfølgingen av barn. På kommunalt nivå blir NAV og fastleger mer sentrale i habiliteringsprosessen når brukeren fyller 18 år. Det oppleves å være mindre kompetanse på habilitering og mindre strukturert samarbeid i disse tjenestene, sammenlignet med tjenester for barn og ungdom under 18 år, som ivaretas i skolesektoren. Andre undersøkelser har også pekt på mangler i overgangene mellom barn og voksen i spesialisthelsetjenesten<sup>7</sup>.

<sup>6</sup> Helse Midt-Norge, 2014, Prosjektrapport, Rehabilitering i Helse Midt-Norge

<sup>7</sup> Rambøll, 2012, Helsetilbud til ungdom og unge voksne, oppdrag for Helsedirektoratet



## 4. KAPASITET

I dette kapittelet presenteres resultater fra undersøkelsen som peker på konkrete mangler i kapasiteten i habiliterings- og rehabiliteringstilbudene i både kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Vi vil fremheve følgende hovedfunn:

- Det ser ut til at de fleste kommuner har manglende kapasitet innen både habilitering og rehabilitering. De tjenestene det ser ut til å være særlig manglende kapasitet innen er ergoterapi, logoped, fysioterapi og rehabiliteringsavdelinger.
- Kapasitetsmanglene i kommunene kommer til uttrykk gjennom prioritering mellom brukere, venteliste på tjenestene, lav intensitet i tjenestene og prioritering mellom behandling og forebygging.
- Generelt ser det ut til at barn med habiliteringsbehov prioriteres foran voksne, og at personer med akutte behov for tjenester prioriteres foran personer med kroniske og langvarige behov.
- Enkelte kommuner mangler bestemte tilbud innen habilitering og rehabilitering som logoped, avlastning, støttekontakt, dagtilbud og arbeidsrettet rehabilitering.
- Kapasitetsmangler i spesialisthelsetjenesten kommer til uttrykk gjennom lange ventelister på behandling og utredning ved enkelte avdelinger, for lav intensitet i tilbud, samt manglende tilbud til ulike pasientgrupper og pårørende.
- Manglende kapasitet i spesialisthelsetjenesten ser ut til å gå særlig utover muligheten til å drive ambulant virksomhet.
- I enkelte medisinske avdelinger/akuttavdelinger kan kapasitetsutfordringer som følge av høy aktivitet kan medføre at rehabiliteringsprosessen kommer sent i gang. Dette gjelder i hovedsak brukere som må gjennom mye utredning før man avdekker rehabiliteringsbehov.

I dette kapittelet skal vi se nærmere på disse funnene.

### 4.1 Kapasitet i kommunen

Undersøkelsen har avdekket at det i de fleste kommuner er kapasitetsutfordringer i enkelte tjenester. De tjenestene som det særlig ser ut til å være manglende kapasitet i er følgende:

- Ergoterapi
- Logoped
- Fysioterapi
- Rehabiliteringsavdelinger

Den manglende kapasiteten i tjenestene gjør at kommunene er nødt til å prioritere mellom brukere med hensyn til hvilke tjenester de skal få. Dette kan gjøre seg gjeldende allerede i forbindelse med kartlegging av behov, og medføre at ikke alle relevante tjenester deltar i kartleggingen. Det kan resultere i at en bruker ikke får dekket sine behov.

I hovedsak ser det ut til at den manglende kapasiteten gir følgende utslag:

- Prioritering mellom brukere
- Ventetid på tjenester/behandling
- Lav intensitet i tilbudet
- Kortere konsultasjonstid

- Prioritering mellom behandling og forebygging
- Manglende tilbud

#### 4.1.1 Prioritering mellom brukere

Begrenset kapasitet i tjenestene medfører at tjenesteyterne må prioritere mellom brukere. I hovedtrekk ser det ut til at man på overordnet nivå prioriterer å gi et tilbud til nye brukere med akutte behov for habilitering eller rehabilitering. Dette kan eksempelvis være personer med store sammensatte behov, som følge av for eksempel hjerneslag eller ulykke. Disse tilfellene kommer som oftest brått på, og gjør at flere tjenester i kommunen må frigjøre ressurser til oppfølging på svært kort tid. I slike akutte tilfeller ser det ut til at kommunene prioriterer å komme i gang med rehabiliteringstilbud.

Med begrenset kapasitet i tjenestene, kan det medføre at brukere med nylig oppståtte eller ervervede behov prioriteres foran andre brukere, som ifølge tjenesteapparatet også har behov for oppfølging. Det ser særlig ut til at brukere med langvarige, kroniske funksjonsnedsettelse eller utviklingshemming nedprioriteres, til tross for at de ville fått et bedre funksjonsnivå dersom de hadde fått kontinuerlig oppfølging.

Fysioterapitjenesten i en kommune løser dette på følgende måte:

Fysioterapitjenesten har ikke ressurser til å gi behandling til personer med kroniske lidelser, som har behov for jevnlig behandling, som for eksempel tøying. For voksne med habiliteringsbehov, løser de dette ved å gi veiledning i å utføre tøyingen til assistenter som følger opp brukeren daglig. De påpeker at de er klar over at assistentene ikke har den faglige kompetanse til å utføre behandlingen, og at de heller ikke kan kontrollere at behandlingen blir gitt. Det er en sjanse for at brukeren hadde hatt et høyere funksjonsnivå dersom fysioterapitjenesten hadde hatt kapasitet til å gi jevnlig behandling.

Det tyder også på at mange kommuner prioriterer å komme i gang med habiliteringstilbud til små barn med habiliteringsbehov. Derimot synes intensiteten i oppfølgingen å avta med brukers alder. Dette kommer til uttrykk når barna begynner på skolen, da det oppleves som krevende å tilpasse behandlingstid- og sted til brukers skolehverdag. Dette er et eksempel på en livsløpsovergang som er utfordrende.

Det har også kommet frem at fysioterapitjenesten prioriterer barn med habiliteringsbehov, og at dette medfører at eldre brukere nedprioriteres. Dette begrunnes ut i fra hensynet om å gi tilbud til de brukergrupper som vurderes å ha størst nytte av tilbudet.

Undersøkelsen avdekket også manglende kapasitet i ergoterapitjenesten i mange kommuner. Dette omtales også under kapittel 5 om kompetanse, da kapasitetsmangelen henger sammen med begrenset tilgang på denne kompetansen. I undersøkelsen om hverdagsrehabilitering, som Rambøll gjennomførte for Helsedirektoratet i 2012, fremkom lignende resultater, at manglende ressurser blant ergoterapeuter medfører at det ikke er kapasitet til å dra på hjemmebesøk.

#### 4.1.2 Venteliste på tjenester

På grunn av manglende kapasitet er det venteliste på noen rehabiliteringstjenester.

Flere kommuner har egne rehabiliteringsplasser som korttids eller langtidstilbud i kommunal institusjon. I flere kommuner fremkommer det at kapasitetsbegrensninger medfører venteliste i disse tilbudene.

Flere kommuner har store problemer med å frigjøre rehabiliteringsplassene i kommunen. Det er større behov for rehabiliteringsplasser enn antall tilgjengelige plasser. Brukerne har behov for rehabilitering før de kommer hjem, og kommunene har ikke bygget opp et fullverdig tilbud om hverdagsrehabilitering. Dette kan for enkelte kommuner medføre at de ikke har mulighet til å ta i mot nye pasienter. I noen tilfeller blir de liggende unødvendig lenge på sykehus.

Det ser også ut til å mangle et tilbud for dem som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten som er for dårlige til å dra nytte av et rehabiliteringsopphold og kan ha behov for andre former for korttidsopphold før oppstart av rehabilitering.

Denne mangelen på kapasitet ser ut til særlig å ramme personer som har behov for å komme i et rehabiliteringstilbud så raskt som mulig. Her trekkes frem pasienter med hjerneslag og yngre mennesker som er i arbeidsfør alder. Dette kan forsinke rehabiliteringsprosessen.

I noen kommuner er det kontinuerlige ventelister på fysioterapi og ergoterapi.

Brukere med kronisk funksjonsnedsettelse blir stående på venteliste. Det kan dreie seg om at de har hatt et slag, MS, Parkinsons sykdom, revmatologiske lidelser eller andre muskelsykdommer som kan erverves i ung alder, men bor hjemme. Denne gruppen kan ha behov for jevnlig trening store deler av livet.

«Hvis de setter seg på venteliste her, så må vi prioritere de som har fått nytt slag og kommer fra sykehuset. Så lenge det er noe du lever med, så må de vente, fordi vi prioritere det som er akutt.»

I en kommune ble det forsøkt å løse ventelisteproblematikken ved å gi kortere behandlingstid til brukerne enn hva de har behov for, for å kunne ta imot flere pasienter. Denne løsningen ser ut til å gå på bekostning av den faglige kvaliteten på tilbudet.

#### 4.1.3 Lav intensitet i tilbudet

En annen konsekvens av mangelfull kapasitet kan medføre at brukerne får lavere intensitet i tilbudet sitt enn hva de har behov for.

For eksempel oppga fysioterapitjenesten i en kommune at de ikke har kapasitet til å gi tilstrekkelig intensitet i tilbudet til alle grupper.

Pasienter som har hatt hjerneslag, og som ligger på sykehjem, får tilbud om fysioterapi én gang per uke. Resten av rehabiliteringen er det i flere tilfeller forventet at skal bli utført av pleie- og omsorgstjenesten ved sykehjemmet.

Lav intensitet i tilbudet kan også komme til uttrykk ved at det går lang tid mellom hver behandling.

#### 4.1.4 Prioritering mellom behandling og forebygging

Det kom også frem at flere tjenester, som fysioterapi og rehabiliteringsavdelinger må prioritere behandling, slik at de ikke får tid til å drive med forebyggende aktiviteter. Flere kommuner ønsker for eksempel å drive gruppetilbud av forebyggende karakter, fordi det kan være effektivt.

Samtidig finner kommunene det utfordrende å kunne prioritere å gi denne typen tjenester på grunn av manglende kapasitet.

## 4.2 Manglende tilbud

Kapasitetsutfordringene medfører i noen kommuner at spesifikke tilbud ikke er tilgjengelige for brukere med behov. Dette ser i hovedsak ut til å gjelde logopedi, avlastning, støttekontakt, aktivitetstilbud, tilpassede botilbud med oppfølging.

### 4.2.1 Logopedi

Den manglende kapasiteten medfører også at enkelte brukergrupper ikke får tilbud om en tjeneste som de har behov for. Dette gjelder eksempelvis logoped. Det tyder på at barn og unge med habiliteringsbehov prioriteres. Voksne, som for eksempel personer som har hatt hjerneslag og de som lever med MS og Parkinson sykdom, ser ut til å få et manglende tilbud fordi de blir nedprioritert foran barn og unge.

### 4.2.2 Avlastning

Undersøkelsen har også avdekket mangler ved tilbud om avlastning for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid for barn med habiliteringsbehov. Avlastning skal som tjeneste gjøre det mulig for omsorgsgivere å kombinere eget liv med et stort omsorgsansvar. Manglene er særlig knyttet til tidspunkt for avlastning, kompetanse blant personell og at det er et økt behov for tilbudet etter at brukerne kommer tidligere hjem etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det udekkede behovet for avlastningstjenester ser særlig ut til å gjelde familier til brukere med CP, autisme, psykisk utviklingshemming og andre med store omsorgsbehov.

Resultater fra denne undersøkelsen viser at kommunene kan ha utfordringer med å gi et godt nok tilbud om avlastning grunnet manglende ressurser i avlastningsboliger og utfordringer med å rekruttere avlastningsfamilier. Dette fremkom også i *Kartlegging av situasjonen til barn og unge med sansetap*, som Rambøll gjennomførte for Helsedirektoratet i 2010-2011. I tillegg peker flere brukerorganisasjoner på at tilbudet om avlastning oppleves å være for rigid når det kommer til tidspunkt for avlastningstilbudet. For eksempel er det en del familier som kan ha behov for avlastning kun på ettermiddagen når familien kommer hjem fra skole/jobb, men at kommunen kun tilbyr avlastning som et døgntilbud.

Behovet for avlastning ser videre ut til å ha økt som en følge av at syke barn skrives ut fra spesialisthelsetjenesten tidligere enn før. Videre pekte enkelte brukerorganisasjoner på at kompetansen i enkelte kommunale avlastningsboliger er lav, og at noen foreldre heller ønsker familieavlastning. Dette er imidlertid mer kostbart, og mange får dermed avslag.

Når det gjelder avlastningstilbud til pårørende til brukere med rehabiliteringsbehov, som for eksempel ektefeller, er det begrenset datamateriale i denne undersøkelsen til å belyse hvorvidt et slikt tilbud mangler i kommunene. Imidlertid etterlyses et slikt tilbud av enkelte brukerorganisasjoner, for eksempel Parkinsonforbundet.

### 4.2.3 Støttekontakt

Det pekes også på at det er mangler i støttekontakttilbudet. Gjennom brukerorganisasjonene kom det frem at det i flere kommuner gis vedtak om støttekontakt, uten at de har tilgang på personer til å påta seg jobben. Det antas blant annet å henge sammen med lav lønn. Mangler i støttekontakter har særlig betydning for brukernes mulighet til å få støtte til en meningsfull fritid og sosialt samvær.

### 4.2.4 Dagtilbud og arbeidsrettet rehabilitering

For personer som kan bo hjemme, vises det til mangler på dagrehabilitering og gruppetilbud. Særlig gjelder det spesifikke dagtilbud til yngre brukere, med fokus på arbeidsrettet rehabilite-

ring for unge voksne eller voksne som har sammensatte vansker. De fleste dagtilbudene ser ut til å være knyttet til sykehjem og tilpasset eldre brukere. Dette oppleves ikke å være relevant for yngre personer.

Det er et gjennomgående funn i kartleggingen at NAV i flere kommuner oppleves å ikke være tilstrekkelig involvert i habilitering og rehabilitering i kommunene. Dette kan medføre forsinkelser i planleggingen av tilrettelegging av arbeidsplass i habilitering og rehabiliteringsforløpet. Her trekkes også særlig de yngre brukerne frem. Det mangler både dagtilbud og tilbud med fokus på å komme i arbeid.

### 4.3 Kapasitet i spesialisthelsetjenesten

I dette avsnittet omhandles kapasitetsmangler i spesialisthelsetjenesten. Habiliteringsavdelinger, avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering og medisinske avdelinger omtales separat.

Manglende kapasitet pekes på av både brukerorganisasjoner og spesialisthelsetjenesten selv. Kapasitetsmangelen i spesialisthelsetjenesten kommer til uttrykk gjennom

- Prioritering mellom oppgaver
- Ventelister på behandling og utredning ved enkelte avdelinger
- Prioritering mellom pasienter
- Lav intensitet i tilbud
- Manglende langtidsoppfølging

#### 4.3.1 Prioritering mellom oppgaver

I habiliteringsavdelinger for barn og voksne er utredning en sentral oppgave. Det gjelder ulike brukergrupper og diagnoser. Personer med habiliteringsbehov følges opp med jevne mellomrom, og kan få oppfølging ved habiliteringstjenesten flere ganger i året. Barnehabiliteringsavdelingene synes å generelt ha tilstrekkelig kapasitet. Voksenhabiliteringsavdelinger ser generelt ut til å ha større kapasitetsutfordringer enn barnehabiliteringsavdelinger.

Én avdeling for voksenhabilitering oppgir at 60-70 % av henvisningene deres handler om utredning for autisme, kognitiv svikt og asperger syndrom hos voksne. Dette går på bekostning av annen oppfølging, slik som ambulant virksomhet, veiledning av kommunalt ansatte og oppfølging av foreldre.

De fleste sykehusavdelingene som ble intervjuet understrekte verdien av å jobbe ambulant og å følge pasienten tett ut i kommunen. Det blir blant annet påpekt at i de tilfeller der man følger pasienten tett, vil man ofte kunne forhindre at pasienten kommer inn i spesialisthelsetjenesten igjen for ny oppfølging. Dette gjelder både brukere med behov for habilitering og rehabilitering. Flere sykehusavdelinger ønsker å drive mer ambulant virksomhet, men klarer ikke det per i dag grunnet kapasitetsproblemer.

En habiliteringsavdeling for både barn og voksne har imidlertid valgt å prioritere ambulant virksomhet med høy intensitet. Dette går utover utredning og behandling, hvor brukere står opp til ett år på venteliste. Det oppleves likevel at denne prioriteringen er hensiktsmessig i det lengre løp, da intensiv oppfølging vurderes å bidra til å redusere brukernes behov for senere oppfølging fra habiliteringstjenesten.

I medisinske avdelinger/akuttavdelinger finnes det eksempler på at kapasitetsutfordringer som følge av høy aktivitet kan medføre at rehabiliteringsprosessen kommer sent i gang. Dette er også en uheldig utvikling sett opp mot at man tidligere har dokumentert at umiddelbar oppstart av

rehabilitering, tett integrert i den akuttmedisinske behandlingen, fører til bedre overlevelse og funksjon for enkelte pasientgrupper, som for eksempel slagpasienter.<sup>8</sup> En kirurgisk avdeling oppga også at tilbud om rehabilitering kan bli nedprioritert mens pasienten er inneliggende. Dette gjaldt særlig i helger, hvor det er mindre kapasitet på grunn av mindre bemanning. Dette henger blant annet sammen med mindre tilgang på fysioterapeuter.

Enkelte har trukket frem at inntektssystemet (DRG) kan medføre dårligere tilbud til enkelte pasientgrupper. Det vises til at dagens inntektssystem gjør det mindre lønnsomt å følge opp pasienter med for komplekse skader eller personer med kroniske sykdommer.

Helseforetakene ser at ambulant virksomhet er lite lønnsomt for sykehusene, særlig på steder med lang reisevei. De ser imidlertid stor nytte av det, men at inntektssystemet fungerer som en barriere og fører til at det må nedprioriteres foran andre tjenester som gir bedre inntjening, men som oppfattes som mindre effektive.

Et av helseforetakene er svært opptatt av at liggetid i stor grad styres av økonomiske hensyn og i noe mindre grad av faglige vurderinger. Fra et faglig ståsted hadde brukeren hatt behov for lengre opphold, men av økonomiske hensyn skal brukeren snarest mulig hjem til kommunen. Dette går ut over brukeren hvis kommunen ikke kan tilby et tilbud av tilstrekkelig faglig kvalitet eller intensitet.

Gjennom undersøkelsen har det fremkommet noen spesifikke mangler i habiliterings- og rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder tjenester man ikke har ved det enkelte helseforetak, eller som virker å være nedprioritert. Disse manglene kan ramme enkeltgrupper spesielt eller ramme tjenester som nedprioriteres på grunn av manglende kapasitet og ressurser.

Noen av de tilbudene spesialisthelsetjenesten som mangler eller ønsker å gjøre mer av, er følgende:

- Lærings- og mestringstilbud til ulike grupper
- Gruppetilbud
- Oppfølging av foreldre og søsken; slik som støttesamtaler
- Veiledende opplæring av kommunalt ansatte, for eksempel i form av ambulante tjenester

Det pekes også på manglende kapasitet blant enkelte faggrupper. Dette ser særlig ut til å gjelde følgende faggrupper:

- Fysioterapeuter
- Logopeder
- Nevropsykologer

#### 4.3.2 Prioritering mellom pasienter

Flere avdelinger fremhever at de til en hver tid må ha en kombinasjon av pasienter på avdelingen for at de skal kunne ha tilstrekkelig kapasitet til å yte rehabilitering til alle brukerne. Enkelte brukere er svært ressurskrevende og «tunge» og man kan derfor ikke fylle hele avdelingen med slike brukere. Man er derfor avhengig av å ta inn enkelte «lettere» brukere for å kunne yte faglig forsvarlig pleie og rehabilitering til alle brukerne, og for rett og slett å kunne gi et forsvarlig til-

---

<sup>8</sup> St.prp. nr 1, 2007–2008

bud. Dette kom også frem i en kartlegging av antall rehabiliteringsplasser i spesialisthelsetjenesten, som Rambøll gjennomførte på oppdrag for Helsedirektoratet i 2012.

#### 4.3.3 Manglende langtidsoppfølging

En del grupper får tilbud om rehabilitering, men manglene knytter seg til langtidsoppfølging eller reopplæring.

Brukere som har vært gjennom en amputasjon vil som hovedregel tilbys rehabilitering ved førstegangs amputasjon. Deretter vil de kun få rehabilitering ved reamputasjon eller ved skifte av protese. Denne gruppen opplever behov for oppfølging over lengre tid, for eksempel med regelmessige konsultasjoner.

Også personer med overvekt etterlyser oppfølging over en lengre periode, i det livsstilsendringer innebærer oppfølging over lang tid/hele livet. Det samme gjelder andre brukere med komplekse og sammensatte problemstillinger og behov. Mennesker med diabetes oppgir å ha behov tettere oppfølging i forbindelse med nye livsfaser, som medfører andre behov og krav, samt opplæring som er tilpasset endringer i sykdom.

## 5. KOMPETANSE

I dette kapittelet vil vi behandle kompetansespørsmålet tilknyttet behov og tilbud innen habilitering og rehabilitering i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal besitte ulike, men utfyllende kompetanse. Kommunen skal ha mer generell kompetanse, mens spesialisthelsetjenesten besitter mer spesialisert kompetanse. Med utgangspunkt i WHO's modell ICF kan man si at spesialisthelsetjenesten har styrken sin på diagnoser og funksjonsområdene kroppsfunksjoner og kroppsstrukturer. Kommunen, på den andre siden, har sin kunnskap på områder som aktivitet, deltagelse og miljøfaktorer.

Vi vil fremheve følgende hovedfunn vedrørende kompetanse innen habilitering og rehabilitering:

- Flere kommuner opplever å ha mangler knyttet til enkelte faggrupper som står sentralt i habiliterings- og rehabiliteringsforløp. De som særlig trekkes frem er følgende faggrupper:
  - Logoped
  - Psykolog
  - Ergoterapeut
  - Syns- og hørselspedagog
- Kompetanse knyttet til koordinatorrollen for individuell plan synes å være en generell mangel på tvers av tjenester, uavhengig av faglig bakgrunn
- I flere kommuner ser det også ut til å være manglende kompetanse innen habilitering og rehabilitering blant personell som utfører tjenestene. Innen habiliteringstjenester som oppfølging i bolig er det mye ufaglært personell, og behov for flere vernepleiere. Blant ansatte i pleie- og omsorg kan det være for lite fokus på rehabilitering fremfor pleie og omsorg.
- Mangel på kompetanse om kognitiv rehabilitering og ivaretagelse av psykisk helse trekkes frem spesifikt i kommunene.
- I spesialisthelsetjenesten har man stort sett tilgang på nødvendig kompetanse. Det fremkommer imidlertid at enkelte avdelinger ikke har tilgang på sentral fagkompetanse, som logoped, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og nevropsykolog. Disse faggruppene betjener ofte flere avdelinger, slik at manglene gjelder både innen habilitering og rehabilitering.
- Kommunene opplever i større grad enn tidligere at brukerne har mer komplekse behov når de skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, og at de ikke har kompetanse til å ivareta helheten i habiliterings- og rehabiliteringsforløpet.

### 5.1 Kommunale tjenester

Et gjennomgående funn fra undersøkelsen, er at de fleste kommuner besitter tilstrekkelig generell kompetanse i de ulike tjenestene. En del kommuner opplever det imidlertid som svært utfordrende å ha tilgang på og tilstrekkelig spisskompetanse vedrørende bestemte grupper eller diagnoser/helseutfordringer. Her er det åpenbart store variasjoner mellom kommunene. I tillegg må det fremheves at kompetansemanglene er nært knyttet til kapasitetsutfordringene som ble omtalt i forrige delkapittel. I flere kommuner ser det ut til å være ressursmangler innad i de ulike tjenestene, og det synes å være behov for flere årsverk.

#### 5.1.1 Innehar generell kompetanse fremfor spisskompetanse

Kommunens ansatte opplever å ha for lav kompetanse på rehabilitering og på ulike diagnoser og problemstillinger. Dette gjelder flere yrkesgrupper, men brukerorganisasjonene trekker spesielt



frem fysioterapeuter, fastlege og NAV. Flere kommuner mangler kompetanse innen komplekse og sjeldne funksjonsnedsettelse, på spise- og ernærings situasjon, trening og oppfølging av hånd-funksjon, samt på målrettet miljøarbeid.

Når det gjelder fysioterapeuter, ser det ut til at mange mangler spesialisert kompetanse på habilitering og rehabilitering knyttet til enkelte brukergrupper og/eller diagnoser. I én kommune fremhever representanten for fysioterapitjenesten at de har egen barnefysioterapeut med spisskompetanse på barn og unge, og at dette er svært nyttig. I andre kommuner har fysioterapeutene ansvar for oppfølging av alle brukergrupper, i alle aldre, og har derfor en større utfordring med hensyn til å inneha kompetanse på enhver diagnose og problemstilling.

Brukerorganisasjonene peker videre på at både fastleger og NAV har for liten kunnskap om kognitive og/eller usynlige skader og utfall. Dette oppleves som svært problematisk og belastende for de brukerne dette gjelder. Manglende kunnskap om kognitive skader og utfall, samt kognitiv rehabilitering er et gjennomgående tema i intervjuer med både brukerorganisasjoner og kommuner. Det ser ut til å være store behov for å øke kompetansen og tilbudet på dette området, spesielt i kommunene. I mange kommuner opplever man det som spesielt utfordrende å gi gode tilbud til yngre brukere med denne problematikken. En av informantene i undersøkelsen beskriver utfordringene tilknyttet kognitiv rehabilitering av yngre brukere på følgende måte:

«Spesielt yngre som får kognitiv svikt eller utfall etter blødning eller slag. Det er utfordringen både kompetansemangler på hvordan man jobber med rehabilitering overfor denne gruppen og overfor de spesifikke utfallene de har og noe i forhold til tidsperspektiv, som ofte er langvarig. Fremskrittene kan være veldig små over lang tid og det å ha en kontinuitet i oppfølging og at alle har den samme kunnskapen og gjør de samme tingene kan være vanskelig. Den som er rammet av det skal også forstå og akseptere sin situasjon.

Kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten medfører at kommunene nå må ta i mot personer med større tjenestebehov enn tidligere. Dette kan dreie seg om brukere med store og komplekse behov slik som for eksempel små barn med lungeproblematikk og behov for tett og spesialisert oppfølging. Mange kommuner opplever å ikke ha tilstrekkelig kompetanse til å kunne følge opp disse brukerne på en god nok måte. Dette fordrer tettere oppfølging og mer veiledning fra spesialisthelsetjenesten enn hva mange kommuner ser ut til å få i dag.

En av kommuneoverlegene trakk frem at det var en trygghet for kommunen det at det ble gjennomført jevnlig kontroll av barn og unge med habiliteringsbehov (for eksempel Cerebral Parese), ved helseforetaket. Her får man rapportert tilstanden til den enkelte brukeren, og gjerne også tenkt ut et passende treningsprogram som kan følges opp i kommunen, dersom det er endringer i habiliteringsforløpet. Informanten mente tryggheten også relaterte seg til at det per i dag er mange ufaglærte i kommunen, noe som gjorde kontroll i spesialisthelsetjenesten viktig.

Brukerorganisasjonene etterlyser og ønsker at fastlegene innehar mer kunnskap om ulike tilbud og tjenester. Manglende kjennskap til tilbud, kan medføre at brukerne ikke får de tilbudene de ellers ville fått. Flere brukerorganisasjoner peker på at en del tilbud krever høy egeninnsats og initiativ og således er forbeholdt ressurssterke brukere og familier.

#### 5.1.2 Mangler på bestemte faggrupper

Mangler på enkelte, spesifikke faggrupper går også igjen i intervjuene. De faggruppene det ser ut til å være mangel på flere steder er:

- Logoped
- Ergoterapeut
- Psykolog
- Audio- og synspedagog
- Ernæringsfysiolog

Tilgang på logopedressurser blir trukket frem som utfordrende i de fleste av kommunene som deltok i undersøkelsen. Utfordringene knytter seg i hovedsak til rekrutteringsproblemer, fordi det er få utdannede logopeder. Mangel på logoped trekkes frem og støttes av en rekke brukerorganisasjoner. Flere informanter peker på at logopeder ofte prioriterer barn fremfor voksne brukere. Dette får konsekvenser for voksne med eksempelvis MS, parkinson og hjerneslag.

Det mangler videre audio- og synspedagoger, psykologer og ernæringsfysiologer. Mangelen på audio- og synspedagoger kommer til uttrykk ved at det kan være krevende å legge til rette for barn som trener alternativt supplerende kommunikasjon i skole, når man ikke har spisskompetanse på dette.

Bedre tilgang til psykologtjenester er særlig viktig for mennesker med MS, spesielt i forbindelse med diagnostisering, samt for en rekke andre grupper slik som mennesker med kreftdiagnoser, overvekt eller brukere med ulike omfattende skader.

Flere kommuner fremhever at de mangler kompetanse til å håndtere brukere med psykisk utviklingshemming i kombinasjon med psykiske lidelser og atferdsvansker. Enkelte steder oppgir helseforetakene å ha god kompetanse på dette området og på målrettet miljøarbeid overfor gruppen og noen helseforetak bruker mye tid på å veilede kommunens ansatte i dette arbeidet. Andre steder gjøres dette i mindre grad. Oppfølging av denne brukergruppen kan bli ekstra vanskelig på steder der man ikke har definerte ordentlig hvilken tjeneste som skal ha ansvaret. Kommunene oppgir at de heller ikke innehar god nok kompetanse til å følge opp barn og unge med atferdsvansker. Tilbud om veiledning og støtte til foreldre og søsken synes å mangle i både spesialisthelsetjeneste og kommune og denne gruppen ser derfor også ut til å være en særskilt sårbar gruppe man ikke har tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å fange opp.

### 5.1.3 Habiliterings og rehabiliteringskompetanse

I flere kommuner utføres tjenester innen rehabilitering av sykepleiere og andre faggrupper i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er for eksempel vanlig i enkelte kommuner som har tilbud om rehabilitering i hjemmet, og ved rehabiliteringsavdelinger som er tilknyttet sykehjem. Det ser ut til å være behov for videreutdanning i rehabilitering for denne gruppen tjenesteytere. Flere informanter trekker frem at mens terapeutene jobber ut i fra et rehabiliteringsperspektiv og er opptatt av at brukeren skal mestre selv, jobber pleie- og omsorgstjenesten ut i fra et ønske om å hjelpe og «gjøre for». Enkelte steder er rehabiliteringstankegangen hos pleie- og omsorgstjenesten fraværende eller ikke tilstrekkelig tilstedeværende. Dette medfører blant annet at treningsprogram fra fysioterapeuten ikke blir fulgt opp tilstrekkelig. Manglende fokus på rehabilitering skyldes også at personalet har en rekke andre oppgaver og er presset på ressurser. Der hvor pleie- og omsorgstjenesten på for eksempel sykehjemmet ikke er skolert i rehabiliteringstankegangen og/eller har for lite tid til mobilisering eller andre rehabiliteringsaktiviteter, kan man stille spørsmålsteget ved effekten av denne formen for rehabilitering.

Enkelte steder har man jobbet spesifikt med holdningsendringer og videreutdanning av personell i pleie- og omsorgstjenestene, for bedre å ivareta rehabiliteringstankegangen.

En annen utfordring knytter seg til de ansattes kompetanse til å være koordinator for brukere som har individuell plan. I flere kommuner opplever ansatte å ha behov for kompetanseheving innen koordinatorrollen, særlig knyttet til møteledelse og oppfølging av ansvarsgruppemedlem-

mer. Dette gjelder både blant ansatte med fagskole- og høyskoleutdanning. Denne kompetansemangelen fremkom også gjennom intervjuer med brukerorganisasjoner.

På habiliteringsfeltet er det særlig brukerorganisasjonene som fremhever manglende kompetanse i tjenesteapparatet. For personer med omfattende behov for oppfølging, som for eksempel personer med psykisk utviklingshemming kan det være utfordringer knyttet til å få et skoletilbud og botilbud med riktig kompetanse, for eksempel innen alternativt supplerende kommunikasjon. Det fremheves at det er utfordrende å få hjelpeapparatet til å forstå brukernes behov. Dette gjelder spesielt personer med mindre synlige utviklingshemninger eller skader. Videre fremhever flere av organisasjonene manglende kompetanse og kunnskap innen habilitering knyttet til å avdekke og følge opp brukere med diagnoser som er sammensatte eller «gråsoneproblematikk». Dette gjelder særlig diagnoser som medfører kognitiv svikt.

Kompetanse knyttet til bruk av tvang og makt overfor brukere etterlyses også av enkelte brukerorganisasjoner, som for eksempel Autismeforeningen. De antar at tilstrekkelig kompetanse og kjennskap til diagnosen kan redusere bruk av tvang overfor denne gruppen.

I kommunene som inngår i denne kartleggingen ser det ut til å være store variasjoner knyttet til kompetanse på habiliteringsfeltet. Flere av kommunene fremhever at de ikke har et godt nok differensiert tilbud til alle brukergrupper. Andre kommuner fremhever at de har tilstrekkelig kompetanse og at de har en velfungerende habiliteringstjeneste. I flere av kommunene fremheves det at man mangler særlig kompetanse knyttet til brukere med psykisk utviklingshemming som i tillegg har psykiske lidelser og atferdsproblematikk. Det oppleves som svært utfordrende og ressurskrevende for kommunen å tilby tjenester til denne gruppen. Det fremheves videre at tjenestene ikke blir tilpasset til brukerens behov i tilstrekkelig grad blant annet på grunn av manglende kompetanse.

Flere kommuner fremhever at tilbud innen habilitering i stor grad utføres av ufaglærte. Dette gjelder særlig boliger for psykisk utviklingshemmede. Det trekkes frem behov for flere ansatte med høyskoleutdanning, som vernepleiere med kompetanse på bruk av tvang og makt.

## 5.2 Interkommunale samarbeid

Hovedinntrykket fra denne undersøkelsen er at interkommunale samarbeid foreløpig ikke er særlig utbredt i kommunene på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Det fremkom imidlertid enkeltstående tiltak for å imøtekomme kompetanse og/eller kapasitetsutfordringer.

I en av de forespurte kommunene har man et interkommunalt rehabiliteringssenter som eies av fjorten kommuner. Senteret har totalt 26 rom. Kommunene har inngått avtaler om å disponere et gitt antall plasser, basert på innbyggertall.

Rehabiliteringssenteret tilbyr plasser både innen kommunal rehabilitering, spesialisert rehabilitering gjennom avtale med helseforetaket, samt enkelte plasser knyttet til arbeidsrettet rehabilitering (raskere tilbake). Senteret tilbyr rehabilitering til en rekke ulike brukergrupper, deriblant mennesker med hjerneslag, brudd, eldre mennesker med funksjonsfall og andre.

Utover dette eksempelet på interkommunalt samarbeid rundt et konkret rehabiliteringstilbud, har flere kommuner formet egne rehabiliteringsnettverk som samarbeider om å utforme felles tjenester, men som ikke har resultert i konkret samarbeid enda. Andre kommuner er med i nettverk som har erfaringsutveksling og kompetanseheving som formål.

En del kommuner har avtale om å kjøpe tjenester av nabokommuner. Dette gjelder for eksempel skoletilbud til barn med særskilte behov (for eksempel sjeldne tilstander eller døvhet) eller korttidsplasser i rehabiliteringsinstitusjon. Å kjøpe plasser i nabokommunen er billigere enn å betale for utskrivningsklare pasienter i sykehusene og er således bedre økonomisk for kommunen.

Det finnes også enkelte eksempler på at kommuner deler ergoterapistillinger mellom seg eller at man har bydelsovergrepene tilbud om logoped.

### 5.3 Spesialisthelsetjenesten

Generelt innehar de ulike avdelingene ved helseforetakene tilstrekkelig kompetanse innenfor sine fagområder for å gi et godt tilbud innen habilitering og rehabilitering. Brukerorganisasjonene trekker også frem at de i all hovedsak er svært godt fornøyde med kompetansen i spesialisthelsetjenesten. I dette avsnittet presenteres funn fra undersøkelsen knyttet til barnehabiliteringsavdelinger, voksenhabiliteringsavdelinger, avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering og medisinske avdelinger. Private rehabiliteringsinstitusjoner er ikke omtalt her.

#### 5.3.1 Habiliteringsavdelinger

Habiliteringsavdelinger ved helseforetakene synes i all hovedsak å være sammensatt av en rekke fagspesialister med høy kompetanse. Disse avdelingene jobber utpreget tverrfaglig og samhandler tett, både om utredning og oppfølging. Flere brukerorganisasjoner fremhever den tverrfaglige kompetansen som en styrke ved disse avdelingene. Graden av profesjonalitet og tverrfaglighet varierer imidlertid mellom helseforetak. Flere av de små og mindre sentralt beliggende helseforetakene har utfordringer knyttet til rekruttering av kompetanse og utfordringer med å holde seg faglig oppdatert på sjeldne diagnoser/problemstillinger.

I enkelte habiliteringsavdelinger er det bygget opp spisskompetanse på temaer som seksualitet, alternativt supplerende kommunikasjon, atferdsproblematikk, psykiatri og aldring.

I noen store avdelinger fremkommer det kun mangler på enkelte kompetanser, slik som ernæringsfysiolog, vernepleier ekstra barnelegeressurs og ekstra legeressurser generelt. Det pekes ellers på at avdelingene er sårbare dersom fagpersonene slutter.

Det finnes videre mindre habiliteringsavdelinger som mangler både fysioterapeut, nevrolog og psykolog. Dette oppleves av helseforetaket som en uholdbar situasjon der mangelen på kompetanse går ut over habiliteringstilbudet. Avdelingen må i stor grad benytte seg av fysioterapiressurser i andre avdelinger eller i kommunehelsetjenesten. Det fremheves som viktig at den enkelte avdeling innehar tilstrekkelig kompetanse selv, for på denne måten å slippe å henvise pasientene til andre avdelinger, sykehus eller kommune.

Enkelte brukerorganisasjoner opplever at det er mindre tverrfaglig samhandling knyttet til habilitering for voksne enn for barn. Gjennom kartleggingen fremkom det også at habiliteringsavdelinger for voksne mangler fysioterapeut. Det fremheves at dette går ut over tilbudet spesielt til de multifunksjonshemmede, samt brukere med CP og andre med fysiske funksjonsnedsettelse. Videre er det enkelte habiliteringsavdelinger for voksne som har lav legedekning. Dette begrunnes med at det tradisjonelt ikke har vært fokus på voksenhabilitering innen medisin. Det fremstår derfor som utfordrende å rekruttere leger med kompetanse innen habilitering for voksne.

Flere helseforetak mangler kompetanse på oppfølging av mennesker med kombinert psykisk utviklingshemming, psykiske lidelser og atferdsproblemer. Som tidligere nevnt risikerer personer i denne gruppen å bli henvist frem og tilbake mellom avdelinger, på grunn av manglende kompetanse. Ved noen helseforetak følges de opp av habiliteringsavdelingen, mens de ved andre helseforetak følges opp av psykisk helsevern. For brukerne oppleves det som utfordrende at arbeidet med denne gruppen er ulikt organisert ved helseforetakene.

### 5.3.2 Avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering

Generelt tyder undersøkelsen på at avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering er tverrfaglig sammensatt og at de har tilgang på nødvendig kompetanse. Aktuelle faggrupper er blant andre sykepleiere, helsefagarbeidere, nevrolog, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, logoped, nevropsykolog og psykiatrisk sykepleier.

Det fremkommer også at de har anledning til å inneha spisskompetanse, for eksempel på armproteser.

I én avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i et mindre helseforetak ble det imidlertid trukket frem at man ikke har tilstrekkelig kompetanse. Her manglet både sosionom, nevropsykolog og familieterapeut. De har anledning til å tilby videreutdanning i nevropsykologi, men har opplevd det som utfordrende å beholde kompetansen. Ved flere andre avdelinger har det blitt trukket frem mangel på ernæringsfysiolog.

### 5.3.3 Medisinske avdelinger

De medisinske avdelingene i helseforetakene besitter i hovedsak kompetanse som leger og sykepleiere, med ulike spesialiseringer. Ved behov for annen og mer tverrfaglig kompetanse, innhentes dette fra andre avdelinger i helseforetaket. Dette gjelder for eksempel fysioterapeuter, som kommer til den aktuelle avdelingen når pasienten har behov for det.

I akuttavdelingene er det uttrykt ønsker om flere sykepleiere og leger med geriatrisk kompetanse, samt mer fysioterapieresurser. Også de medisinske avdelingene uttrykker behov for nevropsykologer og logopeder.

Flere informanter i spesialisthelsetjenesten peker på at det stadig kommer nye diagnoser som det er krevende å ha tilstrekkelig kompetanse på. Flere avdelinger oppgir imidlertid at de er opp tatt av å tilegne seg og øke kunnskapen om disse. Nye diagnoser synes derfor ikke å være en hovedutfordring for spesialisthelsetjenesten, men nevnes som en utfordring for mindre sykehus.

Flere etterlyser bedre samhandling mellom avdelingene internt i spesialisthelsetjenesten. Enkelte pasienter har behov for tilsyn av andre fagspesialister i løpet av sitt sykehusopphold og en poliklinisk henvisning kan i noen tilfeller bli for sent. Som eksempel nevnes behovet for tilsyn av geriater under et opphold i for eksempel ortopedisk avdeling.

Generelt tyder resultatene fra undersøkelsen på at rehabilitering starter mens pasienten ivaretas av medisinske avdelinger, som kirurgisk avdeling eller slagenhet. Enkelte informanter fra avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering har imidlertid påpekt at det er for lite fokus på rehabilitering ved enkelte medisinske avdelinger. Det kan innebære at rehabiliteringsprosessen starter sent. Basert på datagrunnlaget i denne undersøkelsen er det ikke grunnlag for å trekke dette frem som en særlig mangel ved tilbudet.

## 6. GRUPPER SOM FÅR ET MANGELFULLT TILBUD

Som pekt på i de foregående kapitlene, har det gjennom denne undersøkelsen fremkommet at både spesialisthelsetjenesten og kommunene har utfordringer knyttet til både kompetanse og kapasitet knyttet til habiliterings- og rehabiliteringstilbud. I tillegg har intervjuene med tjenesteapparatet og brukerorganisasjonene vist at disse manglene rammer enkelte grupper hardere enn andre. I dette kapitlet vil vi først peke på de brukergruppene som går igjen i intervjuene og der både brukerorganisasjoner og tjenesteapparat peker på store mangler. Vi vil deretter trekke frem andre brukergrupper som mangler tilbud. Disse brukergruppene er det primært brukerorganisasjonen selv som peker på.

- Følgende grupper ser ut til å få et særlig mangelfullt tilbud om habilitering og rehabilitering:
  - Mennesker med sansetap (både blinde/svaksynte og hørselshemmede)
  - Mennesker med utviklingshemming
  - Mennesker med kognitive skader og utfall
  - Mennesker med behov for langvarig oppfølging og/eller reopplæring
  - Ungdom
- I tillegg til disse gruppene, er det også andre grupper som får mangelfulle tilbud som følge av kapasitet- og/eller kompetansemangel i kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Vi vil i det videre omtale manglene i tilbudet til disse gruppene spesielt.

### 6.1 Mennesker med sansetap

Både Blindeforbundet og Hørselshemmedes landsforening peker på at det foreligger svært lite tilbud om habilitering og rehabilitering til mennesker med sansetap. Mennesker med sansetap har behov for å lære å mestre egen hverdag, samt få opplæring i riktig bruk av hjelpemidler for på denne måten å kunne delta i samfunnet rundt seg. Det opplyses om at det er svært vanlig at mennesker med sansetap får utdelt hjelpemidler uten noen form for opplæring i bruk av disse. Svært mange står utenfor arbeidslivet, sannsynligvis helt unødvendig. Brukerorganisasjonene peker på store kompetansemangler i kommunene, der syns- og hørselskontakter jobber i små stillinger og med liten grad av kontinuitet. Den pedagogiske oppfølgingen av barna er svært utfordrende og det pekes på lav kompetanse i både barnehage, skole og hos PP-tjenesten. Dette medfører at barn med sansetap strever med deltagelse. Sosial isolasjon og ensomhet er derfor en stor utfordring for disse gruppene. Mangler på kompetanse og tilbud til disse gruppene støttes av informanter i både spesialisthelsetjenesten og kommuner. I kartleggingen av tilbudet til barn og unge med sansetap, som Rambøll gjennomførte på oppdrag for Helsedirektoratet i 2010-2011, var også ett av hovedfunnene at brukergruppen ikke får et tilfredsstillende tjenestetilbud<sup>9</sup>. Dette kunne knyttes til både manglende kompetanse og ressurser i de sentrale tjenestene, som eksempelvis barnehage og skole.

### 6.2 Mennesker med utviklingshemming

Både brukerorganisasjoner og tjenesteapparat peker på store mangler knyttet til habiliteringstilbudet til mennesker med utviklingshemming. Dette er en mangfoldig og sammensatt gruppe. Det ser ut til å være forholdsvis god oppfølging av barn i habiliteringstjenesten, samt i den perioden man følges opp av helsestasjonen. For større barn og ungdom, synes det å være flere mangler. Ungdom med utviklingshemming kan ha særskilte utfordringer knyttet til overvekt, inaktivitet og etter hvert også rus. Rundt denne gruppen ser det ut til å være lite kompetanse og et mangelfullt

<sup>9</sup> Rambøll, Kartlegging av habiliteringstilbudet til barn og unge med sansetap (2010-2011)

tilbud. En del av disse ungdommene, særlig gutter, kan også få store atferdsvansker. Det pekes på at atferdsproblemer ofte kan sees allerede i barnehagen og at problemene derfor kan tas tak i tidligere. En del utviklingshemmede har også ulike former for sansetap og kan således rammes av de samme manglene som andre med sansetap.

Flere informanter peker på store utfordringer knyttet til gruppen med utviklingshemming som også har psykiske lidelser. Som tidligere nevnt, kan denne gruppen bli kasteballer i systemet fordi habiliteringstjenestene og psykiatrien skyver gruppen mellom seg. Dette ser ut til å ha sammenheng med manglende kompetanse på utredning og behandling ved begge instanser.

### **6.3 Mennesker med kognitive skader og utfall**

Kognitive skader og utfall kan skyldes en rekke diagnoser og skader, og mennesker i denne brukergruppen er representert gjennom flere av brukerorganisasjonene som er intervjuet. Flere organisasjoner etterlyser mer kompetanse på kognitive skader og utfall. Dette gjelder alle deler av tjenesteapparatet, men manglende kompetanse hos NAV trekkes frem som en særskilt utfordring for flere brukergrupper. Å streve med tretthet/utmattelse, kan for eksempel bli feilaktig fortolket som at man er lat.

Det understrekes av flere at kognitiv rehabilitering lenge har vært et forsømt område og i flere tilfeller er kognitiv rehabilitering et ikke-eksisterende tilbud i kommunen. Både helseforetak og kommuner etterlyser og mangler faggrupper som står sentralt i dette arbeidet; logopeder, ergoterapeuter, nevropsykolog og psykolog. Dette påvirker en lang rekke brukergrupper, deriblant mennesker med MS, Parkinson, ADHD og Tourettes syndrom. For yngre mennesker med kognitive utfall mangler det særlig tilpassede dagtilbud.

### **6.4 Mennesker med langvarige behov for habilitering og rehabilitering**

I denne undersøkelsen kommer det også frem at brukere som har behov for en kontinuerlig langtidsoppfølging og/eller reopplæring ofte ikke får tilbud om det. Funnene støttes av både brukerorganisasjoner og til dels tjenesteapparatet. Dette kan omhandle mennesker med amputasjon, som kun får oppfølging det første året etter amputasjonen, og som etterlyser oppfølging over lengre tid. Enkelte helseforetak gir ikke lenger rehabiliteringstilbud ved amputasjon. Mennesker med overvekt etterlyser også langtidsoppfølging, i det livsstilsendringer innebærer oppfølging over lang tid. Flere kommuner fremhever at de har lav kompetanse på overvekt.

Også mennesker med diabetes har behov for en form for reopplæring ettersom de entrer nye livsfaser eller fordi sykdommen endrer seg. Mennesker med diabetes type 2 avvises ofte på diabetespoliklinikker på grunn av kapasitetsproblemer.

Nedprioritering av mennesker med langvarige behov, kan komme som et resultat av at kommunene prioriterer brukere med store, komplekse behov. Kommunene må også prioritere de akutte skadene når de oppstår, og også dette ser ut til å gå på bekostning av oppfølging av mennesker med kroniske lidelser og/eller tilstander som krever langvarig oppfølging. Dette rammer derfor også mennesker med revmatiske lidelser, de med hjerte- og lunge sykdom, mennesker med epilepsi og de med ryggplager.

### **6.5 Ungdom**

Både brukerorganisasjoner og tjenesteapparat etterlyser mer kompetanse og bedre tilbud til ungdom. Det etterlyses spesifikk kompetanse på ungdom og ungdoms særskilte utfordringer, samt tilbud som er bedre tilpasset denne målgruppen. Eksempelvis er dagtilbudet i kommunen ofte beregnet på eldre brukere og/eller rehabilitering foregår i tilknytning til sykehjem. Overgangen mellom barne- og voksenorienterte tjenester trekkes også frem som et svakt ledd i rehabiliteringsforløp. Manglende tilbud til ungdom, mangelfulle overgangsprosesser og manglende

kompetanse om ungdom er også pekt på i en undersøkelse som Rambøll gjennomførte for Helse- direktoratet i 2012, *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*<sup>10</sup>.

## 6.6 Andre grupper

I tillegg til gruppene som er nevnt over, trekker de ulike brukerorganisasjonene frem enkelte grupper som får svært lite tilbud om rehabilitering. Det gjelder eksempelvis grupper med sjeldne diagnoser og der det er få tilfeller av sykdommen for eksempel per år. Det omfatter diagnoser slik som Klinefelter, el-overfølsomhet, ME og for eksempel brannskadde. Mennesker med sjeldne lidelser har særskilte utfordringer knyttet til kunnskap og dermed forståelse for utfordringer og behov. Dette har også fremkommet i tidligere undersøkelser av tilbudet til mennesker med sjeldne diagnoser<sup>11</sup>. Kommunen besitter ofte for lite kompetanse og strever følgelig med å gi tilstrekkelig gode tilbud. For kommunene kan det i tillegg være utfordrende å gi full bredde i tilbudet til mennesker med multifunksjonshemming. Det ser spesielt ut til å gjelde små kommuner som strever med å rekruttere personer med spesialutdanning.

I spesialisthelsetjenesten har det også kommet frem at følgende grupper noen steder får et mangelfullt tilbud:

- Nevrologiske sykdommer
- Kroniske smerter
- Ervervet hjerneskade
- ME
- Rehabilitering ved amputasjon
- Alvorlige atferdsvansker
- Kreft
- Hjerte og lungerehabilitering

I Helse Midt-Norge har det blitt gjort en regional kartlegging av rehabiliteringstilbudet i helseregionen, som inkluderer både spesialisthelsetjenester og kommuner<sup>12</sup>. Denne rapporten konkluderer med at følgende brukergrupper har udekkede behov:

- Eldre med økende funksjonstap
- Psykiske lidelser
- Rusavhengighet
- Ungdom og unge voksne
- Nevrologiske sykdommer
- Kreft
- Fedme og sykkelig overvekt
- Sansetap
- Lungesykdommer (KOLS)
- Hjerneslag – senfase
- Langvarige smerter og sammensatte lidelser

Disse gruppene samsvarer godt med hovedfunnene fra foreliggende undersøkelse. Brukergruppene som primært har psykiske lidelser og rusavhengighet faller imidlertid utenfor rehabiliteringsfeltet i både denne undersøkelsen og i det arbeidet som er gjort i Helse Midt-Norge. I rapporten fra Helse Midt-Norge fremheves likevel disse gruppene med begrunnelse i at mange pasienter med somatiske sykdommer sliter med psykiske lidelser eller rusproblemer. I foreliggende undersøkelsen har dette også fremkommet, særlig gjennom intervjuer med brukerorganisasjonene og representanter for kommunal sektor. Dette understreker betydningen av å samordne rehabiliteringstjenestene med psykisk helsevern og rusomsorg.

<sup>10</sup> Rambøll, 2012, *Helsetilbud til ungdom og unge voksne*. Oppdrag for Helse- direktoratet.

<sup>11</sup> Rambøll, 2010, *Organisering av sjeldne diagnoser*, Oppdrag for Helse- direktoratet.

<sup>12</sup> Helse Midt-Norge, 2014, *Prosjektrapport Rehabilitering i Midt-Norge*



## 7. REGIONALE VURDERINGSENHETER INNEN REHABILITERING

I alle fire helseregioner er det etablert en regional vurderingsenhet innen rehabilitering, som behandler søknader om opphold ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Som et ledd i å avdekke brukergrupper som får et manglende tilbud, har vi innhentet data vedrørende personer som fikk avslag på sin søknad om plass ved privat rehabiliteringsinstitusjon i 2013. Tallene som presenteres gjelder imidlertid kun henvisninger fra fastlege, og ikke fra spesialisthelsetjenesten. Det varierer hvor mye data de regionale vurderingsenhetene hadde anledning til å hente frem.

I dette kapittelet presenteres de innhentede tallene.

### 7.1 Antall pasienter

I tabellen nedenfor gis en oversikt over antall pasienter og prosentandel som fikk avslag på søknad om plass ved private rehabiliteringsinstitusjoner, fordelt på helseregion. Tallene gjelder kun henvisninger fra fastlege.

Helseregion (RHF)	Helse Midt-Norge	Prosentandel som får avslag
Helse Vest RHF	454	14,3 %
Helse Midt-Norge RHF	624	22,0 %
Helse Nord RHF	1274	23,4 %
Helse Sør-Øst RHF	2471	22,5 %

Avslagsprosenten varierer mellom de fire helseregionene, fra 14,3 i Helse Vest og 23,4 prosent i Helse Nord.

### 7.2 Avslagsårsak

I tabellen nedenfor fremkommer data på de vanligste avslagsårsakene. Avslagsårsakene har noe varierende betegnelser i de ulike regionene. Tallene gjelder kun henvisninger fra fastlege.

Helseregion (RHF)	Helse Midt-Norge	Helse Sør-Øst	Helse Vest
Pasienten bør ivaretas av første-linjetjenesten	69 %	32 %	48 %
Pasienten har hatt gjentatte opphold uten vesentlige nye aspekter /ikke funksjonssvikt av betydning	14 %	17 %	10 %
Ikke medisinsk indikasjon	11 %	-	8 %
Hovedproblemstilling i henvisningen er psykiatri	10 %	4 %	7 %
Pasient henvist av fastlege for framtidig postoperativt opphold	10 %	-	7 %
Fremkommer ikke funksjonssvikt av betydning	-	21 %	-

I alle de tre helseregionene som leverte tall på avslagsårsak, var den vanligste årsaken til avslag at pasienten bør ivaretas av primærhelsetjenesten. Det gis også avslag til en del pasienter som har hatt gjentatte opphold uten vesentlige nye aspekter, eller at det ikke fremkommer funksjonssvikt av betydning (Helse Sør-Øst bruker denne betegnelsen).

Det viser seg også at henvisningene fra fastlegene varierer med tanke på hvor utfyllende og målrettede de er. Dette kan påvirke vurderingen.

Enkelte pasienter som har vært inne tidligere, har ikke blitt fulgt opp godt nok i kommunen eller har ikke fulgt godt nok opp selv. På grunn av prioriteringer, kan disse pasientene vurderes til ikke å ha et potensiale for rehabilitering.

De regionale vurderingsenhetene sender avslag med begrunnelse til henvisende instans og søker. De deltar ikke i noe videre oppfølgingsarbeid rundt pasienten, og har derfor ikke kjennskap til hvordan brukeren følges opp i kommunen i de tilfeller hvor de har anbefalt kommunal oppfølging.

### 7.3 Diagnose

Det er kun to av de fire regionale vurderingsenhetene som har hatt anledning til å innhente tall vedrørende henvisningsdiagnoser hos pasientene som fikk avslag på sin søknad. Det er ikke benyttet lik kategorisering i de to ulike regionene. Derfor presenteres tallene i egne tabeller.

I tabellen nedenfor vises hvilke diagnoser/helseproblemer søkerne som fikk avslag var registrert med ved Helse Midt-Norge RHF. Dette gjelder kun henvisninger fra fastlege.

	Antall	Prosent
Amputasjoner	2	0 %
Nevrologi	60	9 %
Ortopedi	85	13 %
Bløtdelskirurgi	2	0 %
Habilitering	1	0 %
Hjerneskade/slag	61	9 %
Hjerte	29	4 %
Kreftrehab	9	1 %
Lunge	55	8 %
ME/sliten/utmattelse	15	2 %
Overvekt	26	4 %
Postpolio	11	2 %
Psykiatriske lidelser	44	7 %
Revmatologi	62	9 %
Smerter/muskel/skjelett	169	26 %
Øvrige somatiske lidelser	29	4 %
Totalt	660	100 %

I tabellen nedenfor vises hvilke diagnoser/helseproblemer søkerne som fikk avslag var registrert med ved Helse Vest RHF. Dette gjelder kun henvisninger fra fastlege.

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
Kap 2 Svulster	22	4 %
Kap 4 Endokrine sykdommer, ernærings sykdommer, metabolske forstyrrelser	21	3 %
Kap 5 Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser	43	7 %
Kap 6 Sykdommer i nervesystemet	62	10 %
Kap 8 Sykdommer i øre og ørebensknute	1	0 %
Kap 9 Sykdommer i sirkulasjonssystemet	59	9 %
Kap 10 Sykdommer i åndedrettssystemet	25	4 %
Kap 13 Sykdommer i muskel- skjelettsystem og bindevev	347	56 %
Kap 17 Medfødte misdannelser, deformiteter og kromosomavvik	5	1 %
Kap 19 Skader	9	1 %
Annet	30	5 %
<b>Totalt</b>	<b>624</b>	<b>100 %</b>

#### 7.4 Alder

I tabellen nedenfor vises alderen til personene som fikk avslag. Det er kun Helse Midt-Norge og Helse Vest som har levert tall på dette. Det er ikke benyttet samme aldersinndeling. Tallene presenteres derfor i to ulike tabeller.

I tabellen nedenfor vises alderen til søkerne som fikk avslag i Helse Midt-Norge. Dette gjelder kun henvisninger fra fastlege.

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
<b>&lt;21 år</b>	4	1 %
<b>21-30 år</b>	14	2 %
<b>31-40 år</b>	30	5 %
<b>41-50 år</b>	60	9 %
<b>51-60 år</b>	147	22 %
<b>61-70 år</b>	180	27 %
<b>71-80 år</b>	151	23 %
<b>&gt;80 år</b>	74	11 %
<b>Totalt</b>	<b>660</b>	<b>100 %</b>

Som det fremkommer av tabellen, var det flest personer som befant seg i aldersgruppen 61 – 70 år som fikk avslag på sin søknad om opphold ved privat rehabiliteringsinstitusjon (27 prosent). Dernest var det omtrent like i mange i aldersgruppene 51 – 60 år og 71 – 80 år som fikk avslag (henholdsvis 22 og 23 prosent).

I tabellen nedenfor vises alderen til søkerne som fikk avslag i Helse Vest. Dette gjelder kun henvisninger fra fastlege.

	<b>Antall</b>	<b>Prosent</b>
<b>0 – 18</b>	4	1 %
<b>19 – 35</b>	29	5 %
<b>36 – 50</b>	96	15 %
<b>51 – 70</b>	250	40 %
<b>71 - 100</b>	245	39 %
<b>Totalt</b>	<b>624</b>	<b>100 %</b>

Også i Helse Vest var det flest søkere i de øvre aldersgruppene som fikk avslag. Blant de som fikk avslag var 40 prosent i alderen 51 – 70 og 39 prosent i alderen 71 – 100.

Vi har i denne omgang ikke sammenlignet dette med aldersfordelingen blant det totale antallet søkere i de ulike helseregionene.

#### 7.4.1 Kjønn

Det var kun de regionale vurderingsenhetene i Helse Midt-Norge og Helse Nord som oppga kjønnsfordelingen blant personer som fikk avslag på søknad om behandling ved privat rehabiliteringsinstitusjon. I helse Midt Norge var det 70 prosent kvinner og 30 prosent menn, mens det i Helse Nord var 62 prosent kvinner og 38 prosent menn.

## 8. METODER OG DATAKILDER

I dette kapittelet redegjør vi for den metodiske gjennomføringen av undersøkelsen. Undersøkelsen er gjennomført som en kvalitativ studie basert på intervjuer med både brukerorganisasjoner og representanter for tjenesteapparatet i både kommune og spesialisthelsetjeneste.

Undersøkelsen er gjennomført i løpet av en relativt kort tidsramme, fra juni til september 2014.

### 8.1 Brukerorganisasjoner

Som representanter for tjenestemottakere har vi gjennomført intervjuer med 30 brukerorganisasjoner. Det har vært en målsetning å inkludere organisasjoner som representerer et bredt spekter av de ulike brukergruppene som har behov for tjenester innen habilitering og rehabilitering, på tvers av diagnose og alder. Utvalget av brukerorganisasjoner er bestemt i samråd mellom Rambøll og Helsedirektoratet.

Nedenfor gis en oversikt over brukerorganisasjonene som har blitt intervjuet i denne undersøkelsen. Organisasjonene er kategorisert ut ifra de fire kategoriene som er presentert i Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

#### Oversikt over brukerorganisasjoner

##### Personer med medfødt eller tidlig ervervet tilstand som medfører varig funksjonsnedsettelse

- Cerebral parese-foreningen
- Autismeforeningen i Norge
- Norsk epilepsiforbund
- Norsk Touretteforening
- Iktyoseforeningen
- Klinefelterforeningen i Norge
- Foreningen for utviklingshemmede
- Hørselshemmedes landsforbund
- Norges Blindeforbund
- Senter for sjeldne diagnoser

##### Personer med akutt oppstått sykdom eller skade med langvarig eller varig funksjonsnedsettelse

- Ryggforeningen i Norge
- Norsk forening for slagrammede
- Foreningen for el-overfølsomme
- Norsk forening for brannskadde
- Landsforeningen for amputerte
- Landsforeningen for ryggmargsskadde (LARS)

##### Personer med medfødte og kroniske tilstander med varierende eller tiltakende funksjonsnedsettelse

- Diabetesforbundet
- Multippel skleroseforbundet i Norge
- Norsk revmatikerforbund
- ADHD Norge
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
- Foreningen for kroniske smertepasienter
- Norges ME- forbund (Myalgisk Encefalopati)
- Norges Parkinsonforbund

##### Personer med akutte sykdommer og skader som kan behandles og rehabiliteres slik at tidligere funksjonsnivå gjenvinnes

- Landsforeningen for overvektige
- Landsforeningen mot fordøyelsessykdommer
- Prostatakreftforeningen
- Personskadeforbundet

- 
- Unge funksjonshemmede
  - Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
- 

## 8.2 Primær- og spesialisthelsetjenesten

Det er gjennomført intervjuer i ti tilfeldig utvalgte kommuner. Kommunene er valgt ut med hensyn til å oppnå variasjon på følgende bakgrunnsvariabler:

- Kommunestørrelse
- Geografisk beliggenhet
- Sentralitet
- Tilhørighet til helseforetak

Det er konfidensielt hvilke kommuner som har deltatt, av hensyn til anonymisering av brukere og ansatte.

Kommunene fikk tilsendt et formelt invitasjonsbrev med forespørsel om å delta i undersøkelsen, og informasjon om undersøkelsens formål og hovedproblemstillinger. En kommune takket nei til å delta. Denne ble erstattet med en nærliggende kommune som var relativt lik ut ifra de nevnte variablene.

I hver kommune har det blitt gjennomført intervjuer med sentrale personer innen kommunens arbeid med habilitering og rehabilitering. Leder for koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering har blitt intervjuet i hver kommune. Utover det har informantene representert følgende tjenester/sektorer:

- Pleie- og omsorgstjeneste, herunder rehabiliteringsavdeling
- Fysioterapitjeneste
- Ergoterapitjenesten
- Barne- og familietjeneste
- Oppveksttjeneste
- NAV
- PP-tjeneste
- Kommunelege (evt fastlege)
- Kommunal rehabiliteringsinstitusjon

Informantene har variert med hensyn til kommunenes organisering. Totalt er det gjennomført 56 intervjuer med representanter for kommunale tjenester.

Det er også gjennomført intervjuer med informanter fra spesialisthelsetjenesten i opptaksområdet som kommunen er en del av. Informantene har representert følgende avdelinger:

- Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Barnehabilitering
- Voksenhabilitering
- Ulike medisinske avdelinger:
  - Kirurgisk klinikk
  - Nevrologisk rehabiliteringsavdeling
  - Avdeling for hjerte og lunge

Totalt er det gjennomført 20 intervjuer med representanter for spesialisthelsetjenesten.

## 8.3 Tall fra regionale vurderingsenheter

Som et ledd i å belyse mangler i tjenestetilbudet til ulike grupper, er det innhentet data fra regionale vurderingsenheter i de fire helseregionene, over personer som har fått avslag på henvis-

ning til behandling ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Det ble etterspurt anonymiserte data for 2013 på følgende områder:

- Antall personer som fikk avslag
- Årsak til avslag
- Diagnose hos disse personene
- Alder
- Kjønn
- Bostedskommune

To av helseregionene hadde kun anledning til å oppgi noen av tallene som ble etterspurt.

Disse dataene kan bidra til å belyse behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten, og hvilke grupper som mangler tilbud. Dataene må imidlertid tolkes med forsiktighet, og benyttes sammen med annen informasjon for å kunne trekke konklusjoner om hvorvidt enkelte grupper får et mangelfullt tilbud.

#### **8.4 Metodiske begrensninger**

Ved bruk av kvalitativ metode i et begrenset antall kommuner, vil man ikke få generaliserbare funn. Vi har heller ikke kvantifiserbare data på omfanget av de manglene som fremheves, knyttet til kapasitet og kompetanse. Resultatene fra foreliggende undersøkelse må ses på som ett av flere bidrag til utviklingen på rehabiliteringsfeltet.

Resultatene vil også til en viss grad være preget av utvalget av informanter, særlig hva gjelder brukerorganisasjoner. Vi kan ikke utelukke at andre grupper enn de som fremheves i denne rapporten får et mangelfullt tilbud. Det er for eksempel et sentralt funn at mange kommuner opplever å ikke ha verken kapasitet eller kompetanse til å gi et fullstendig habiliterings- eller rehabiliteringstilbud til personer med multifunksjonshemming. Disse personene vil ha ulike diagnoser som ligger til grunn for deres behov, som eksempelvis ulike funksjonsnedsettelse, utviklingshemninger og i mange tilfeller sjeldne diagnoser. Disse gruppene nevnes ikke spesifikt i denne undersøkelsen, men omtales som personer med multifunksjonshemming.

En annen utfordring har vært å fremskaffe data om mangler i tilbudet knyttet til spesifikke grupper. Det har vært enklere for informantene å peke på mangler ved samhandling, kapasitet og kompetanse i eget tilbud, enn å knytte disse manglene direkte opp mot spesifikke brukergrupper. I de tilfellene brukergrupper er nevnt, har det også blitt benyttet ulike begreper. Som eksempel benyttes begreperne multifunksjonshemmede, kronikere. Dette er begreper som kan gjelde flere av de omtalte brukergruppene som har behov for habilitering og rehabilitering, uten at det har fremkommet konkret hvilke det gjelder.