



Habilitering, rehabilitering og bruk av avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten

Publikasjonens tittel: Habilitering, rehabilitering og bruk av
 avtalefysioterapeuter i primærhelsetjenesten

Utgitt: 05/2016

Publikasjonsnummer: IS-2467

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling økonomi og analyse
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Forfattere: Kari Hårstad Mehus

Illustrasjon: © Johnér Bildbyrå AB, Foto: Hans Berggren

INNHold

INNHold	2
INNLEDNING	3
SAMMENDRAG	5
1 HABILITERING OG REHABILITERING I OG UTENFOR INSTITUSJON	7
1.1 Innledning	7
1.2 Manglende rapportering og datakvalitet	10
1.3 Habilitering og rehabilitering i institusjon	12
1.4 Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon	20
1.5 Individuell plan og koordinerende enhet	27
2 BRUK AV AVTALEFYSIOTERAPEUTER	34
2.1 Innledning	34
2.2 Mottakere av avtalefysioterapi	35
2.3 Behandlingstyper	39
2.4 Diagnoser	41
3 DATAGRUNNLAG OG METODE	53
3.1 Habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon	53
3.2 Avtalefysioterapeuter	54

INNLEDNING

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik¹:

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

I primærhelsetjenesten tilbys habilitering og rehabilitering både i institusjon og utenfor institusjon. Statistikken sin mulighet til å fange opp de ulike tjenestene som ytes er imidlertid noe begrenset. Mye av årsaken til dette er at det er begrenset med data som beskriver tilbudene, samt at kvaliteten på de dataene som finnes er dårlig. Ved likevel å gjøre analyser på tallmaterialet som finnes og å sette fokus på at dette er et område vi trenger med kunnskap om, håper vi at denne rapporten kan bidra til å øke bevisstheten ute i kommunene rundt registreringspraksis- og kvalitet. Ved hjelp av innrapporterte data til IPLOS-registeret, samt en kartleggingsundersøkelse Helsedirektoratet sendte ut til alle landets kommuner/bydeler i 2014, ønsker vi å kartlegge bruken av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon og å si noe om innholdet i tjenestene som blir gitt. Vi gjør også analyser av bruken av individuell plan og koordinerende enhet. Samtidig vil vi gjøre oppmerksom på at det i data fra IPLOS ikke er mulig å skille habiliteringsaktiviteten fra rehabiliteringsaktiviteten. Det er derfor ikke mulig å beskrive habiliteringsaktiviteten spesifikt, men en del av brukergruppene innenfor dette fagområdet vil være med i IPLOS-statistikken. Samtidig vil det også foregå en del habiliteringsvirksomhet som ikke fanges opp. Dette gjelder blant annet habilitering for barn og unge som ofte foregår i helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Fysioterapeuter er en svært viktig faggruppe i habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet i primærhelsetjenesten, og bruk av fysioterapi er et viktig virkemiddel i habiliterings- og rehabiliteringsprosessen for svært mange pasienter. I denne rapporten, gjennom data fra KUHR-registeret, vil vi derfor se nærmere på aktiviteten hos fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene og hvilke pasientgrupper som får behandling hos disse. Fysioterapeuter med driftsavtale står for om lag 60 prosent av alle fysioterapiårsverk i primærhelsetjenesten og utgjør derfor en betydelig del

¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>

av den totale aktiviteten². Kommunene har imidlertid gitt uttrykk for at de i liten grad kan påvirke avtalefysioterapeutenes virksomhet, og at de ikke har mulighet til å nyttiggjøre seg avtalefysioterapeutenes kapasitet innenfor rehabilitering i stor nok grad³. Det er spesielt udekkede behov for behandling i pasientens hjem som kommunene peker på. Et av målene i *Primærhelsemeldingen* (Meld. St. nr. 26, 2014-2015) er derfor at avtalefysioterapeutene i større grad skal inngå i et helhetlig habiliterings- og rehabiliteringstilbud, hvor man blant annet vil regulere avtalefysioterapeutenes virksomhet gjennom forskrift.

I analysene av avtalefysioterapeutenes aktivitet i denne rapporten ser vi både på omfanget i bruken, utvikling i perioden 2011 til 2014, samt variasjon mellom kommuner. I tillegg ser vi på hvilke diagnoser mottakerne av denne typen fysioterapi har og hvilken behandlingsform som er mest vanlig.

I denne rapporten bruker vi i hovedsak IPLOS-data og KUHR-data som kilde for analysene, i tillegg til noe informasjon fra en spørreundersøkelse Helsedirektoratet sendte ut til landets kommuner i 2014. Analysene er ment å gi en oversikt over hva vi har av kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i primærhelsetjenesten i dag, peke på manglene som er ved data, samt å sette søkelyset på at behovet for mer og bedre informasjon er stort.

² Vi har ikke tilgang på tilsvarende data om kommunalt ansatte fysioterapeuter med avtale om fastlønn, som vi har for fysioterapeuter som rapporterer refusjonsdata til HELFO. En del av aktiviteten til fysioterapeutene med avtale om fastlønn vil imidlertid inngå i tallene for mottakere av rehabilitering i og utenfor informasjon.

³ *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. Nr. 26, 2014-2015).

SAMMENDRAG

Sammendraget består i hovedsak av ingressene til de ulike kapitlene i rapporten. For mer detaljerte tall og beskrivelser henviser vi til de respektive kapitlene.

Kapittel 1 Habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon

Tall fra SSB viser at andel kommuner med en politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering har gått ned de siste årene. Samtidig viser en kartleggingsundersøkelse foretatt av Helsedirektoratet i 2014 at 93 prosent av kommunene mener at rehabiliteringstilbudet i kommunen bør styrkes. Det er særlig tilbudet til pasienter med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus kommunene mener er for dårlig.

I 2014 var det om lag 15 100 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i primærhelsetjenesten. Dette er en vekst på over 3 000 mottakere siden 2009, noe som tilsvarer 25,3 prosent. Veksten har kommet i alle landets regioner, men har vært minst for kommunene i Nord. Også når vi kontrollerer for befolkningsvekst i perioden, har det vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon. I 2009 var det 2,5 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det i 2014 var 2,9. Det siste året, fra 2013 til 2014, har det imidlertid vært en liten nedgang og det er særlig kommunene i Midt-Norge som har hatt en reduksjon i antall mottakere i denne typen habilitering/rehabilitering.

Mens antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon har gått opp i perioden 2009 til 2014, har antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon gått ned i samme periode. I 2014 var det drøyt 29 100 som mottok habilitering/rehabilitering utenfor institusjon, en nedgang på nesten 3 300 mottakere siden 2009. Dette tilsvarer i overkant av ti prosent. Utviklingen har imidlertid vært veldig ulik for kommunene og regionene. Kommunene i Nord har hatt en stor vekst i denne typen behandling i perioden, mens trenden i de andre regionene har vært nedadgående. Det siste året, fra 2013 til 2014, er det imidlertid en vekst i antall mottakere for alle regioner, med unntak av Sør-Øst.

Kapittel 2 Bruk av avtalefysioterapeuter

Bruk av fysioterapi er et viktig virkemiddel i rehabiliteringsprosessen for svært mange pasienter. I 2014 var det nesten 460 000 mottakere av fysioterapi fra avtalefysioterapeuter i Norge. Dette er en vekst på 29 000 mottakere fra 2011, noe som tilsvarer 6,8 prosent. Veksten i bruk av denne typen fysioterapi har kommet for alle landets regioner. Det er imidlertid til dels store variasjoner i nivået når man kontrollerer for befolkningsgrunnlag i regionene. Kommunene i Nord er de som har klart flest mottakere av fysioterapi med 114 mottakere per 1 000 innbyggere i 2014. Landsgjennomsnittet, som også tilsvarer nivået for kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge, var 89 mottakere. Kommunene i Vest hadde det klart laveste nivået med i gjennomsnitt 77 mottakere per 1 000 innbyggere.

Det er personer med plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet som utgjør den klart største mottakergruppen av fysioterapi med en andel på 76 prosent i 2014, der artroser og ryggplager er de største enkeltdiagnosegruppene. Sykdommer i nervesystemet er den nest største hoveddiagnosegruppen blant mottakerne av fysioterapi, med en andel på sju prosent. Rundt tre prosent av de som går til private fysioterapeuter med driftsavtale har en diagnose knyttet til hjerte- karsystemet, og her er det pasienter som har hatt hjerneslag som er den største enkeltdiagnosegruppen.

1 HABILITERING OG REHABILITERING I OG UTENFOR INSTITUSJON

Tall fra SSB viser at andel kommuner med en politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering har gått ned de siste årene. Samtidig viser en kartleggingsundersøkelse foretatt av Helsedirektoratet i 2014 at 93 prosent av kommunene mener at rehabiliteringstilbudet i kommunen bør styrkes. Det er særlig tilbudet til pasienter med utfordringer knyttet til psykisk helse og rus kommunene mener er for dårlig.

I 2014 var det om lag 15 100 mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon i primærhelsetjenesten. Dette er en vekst på over 3 000 mottakere siden 2009, noe som tilsvarer 25,3 prosent. Veksten har kommet i alle landets regioner, men har vært minst for kommunene i Nord. Også når vi kontrollerer for befolkningsvekst i perioden, har det vært en vekst i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon. I 2009 var det 2,5 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det i 2014 var 2,9. Det siste året, fra 2013 til 2014 har det imidlertid vært en liten nedgang og det er særlig kommunene i Midt-Norge som har hatt en reduksjon i antall mottakere i denne typen rehabilitering.

Mens antall mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon har gått opp i perioden 2009 til 2014, har antall mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon gått ned i samme periode. I 2014 var det drøyt 29 100 som mottok habilitering og rehabilitering utenfor institusjon, en nedgang på nesten 3 300 mottakere siden 2009. Dette tilsvarer i overkant av ti prosent. Utviklingen har imidlertid vært veldig ulik for kommunene og regionene. Kommunene i Nord har hatt en stor vekst i denne typen habilitering/rehabilitering i perioden, mens trenden i de andre regionene har vært nedadgående. Det siste året, fra 2013 til 2014, er det imidlertid en vekst i antall mottakere for alle regioner, med unntak av Sør-Øst.

1.1 Innledning

I primærhelsetjenesten tilbys habilitering og rehabilitering både i institusjon og utenfor institusjon. Statistikken sin mulighet til å fange opp de ulike tilbudene som ytes er imidlertid noe begrenset. Mye av årsaken til dette er at det er begrenset med data som beskriver tilbudet, samt at kvaliteten på de dataene som finnes er dårlig. Tall for antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon rapporteres til IPLOS-registeret, men det er avdekket svakheter i registreringene. Som konsekvens av

dette er det grunn til å tro at det er en underrapportering av denne tjenesten. Tiltak for å øke forståelsen og bedre rapporteringen er beskrevet nærmere i avsnitt 1.2. Og selv om det er mulighet for å registrere diagnoser i IPLOS-registeret, er denne registreringen også mangelfull slik at det er vanskelig å lage god og dekkende statistikk.

I denne rapporten vil vi likevel prøve å kartlegge bruken av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon basert på den informasjonen som finnes i IPLOS-registeret. Ved hjelp av en spørreundersøkelse som Helsedirektoratet sendte ut til alle landets kommuner i 2014 vil vi også prøve å si noe om innholdet i tjenestene som blir gitt, samt litt om bruken av individuell plan og koordinerende enhet.

Problemstillingene som blir belyst kan oppsummeres i følgende punkter:

- Hvordan har utviklingen i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon vært i perioden 2009 til 2014?
- Er det stor variasjon mellom kommuner i antall mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon?
- Hvordan er tilbudet om habilitering og rehabilitering i institusjon organisert og hvor lang ventetid er det?
- Innen hvilke funksjonsområder tilbyr kommunene habilitering og rehabilitering utenfor institusjon?
- Hvordan har utviklingen i andel mottakere med individuell plan for habilitering og rehabilitering vært i perioden 2009 til 2014?
- Hvor stor andel av kommunene har koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering?
- Hvordan er koordinerende enhet organisert og hvilken kompetanse finnes der?

Sommeren 2014 sendte Helsedirektoratet ut en spørreundersøkelse til alle kommuner i landet for å kartlegge habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene⁴. Ett av hovedfunnene i undersøkelsen var at majoriteten av kommunene mente at habilitering og rehabilitering er et fagfelt som trenger en styrking. Om lag 93 prosent av kommunene/bydelene som deltok i undersøkelsen, svarte at tilbudet om habilitering og rehabilitering i kommunene burde styrkes. Figur 1.1 viser at det særlig er habilitering og rehabilitering til brukergruppene innen psykiatri- og rusfeltet man mener bør forbedres. 60 prosent av kommunene mente det var behov for et bedre tilbud til tjenestemottakere med psykisk sykdom, mens 58 prosent mente det tilsvarende for tjenestemottakere med rusmiddelavhengighet. Videre svarte 41 prosent at tilbudet til mottakere med nevrologiske sykdommer også må styrkes.

Flere kommuner kommenterer i tillegg at habiliterings- og rehabiliteringstilbudet til barn, ungdom og unge voksne bør styrkes uavhengig av diagnoseområdene (se figuren under). Brukere med sammensatte hjelpebehov og brukere i overgangsfasen mellom barn/ungdom/voksen blir også trukket fram som

⁴ Helsedirektoratet (2014): *Spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering* (ikke publisert). Spørreundersøkelsen ble sendt til postmottakene i alle kommuner/bydelers. Det kan derfor variere hvem i kommunene som har svart.

grupper som trenger et bedre habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Tilleggscommentaren fra en kommune illustrerer dette:

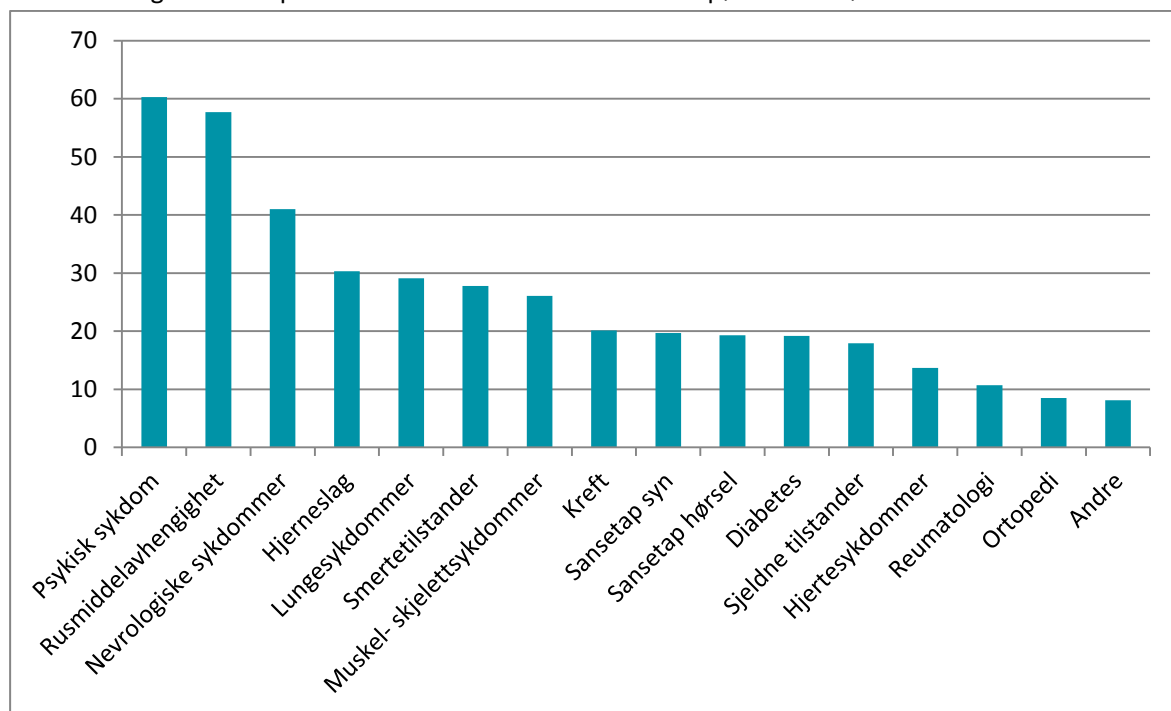
«Trenings styrking av helhetlig oppfølging av unge voksne som har behov for hjelp på flere områder (...) i overgangen fra ungdom til voksen.»

En annen kommune sier følgende:

«Det er vanskelig med ungdom som etter hvert skal over i det voksne systemet. Denne brukergruppen har ofte svært lett for å gi opp, og de kan være vanskelig å motivere.»

I tillegg svarer flere små kommuner at det ikke er hensiktsmessig å bygge opp et tilbud for alle brukergruppene nevnt i figur 1.1, da pasientgrunnet er for lite.

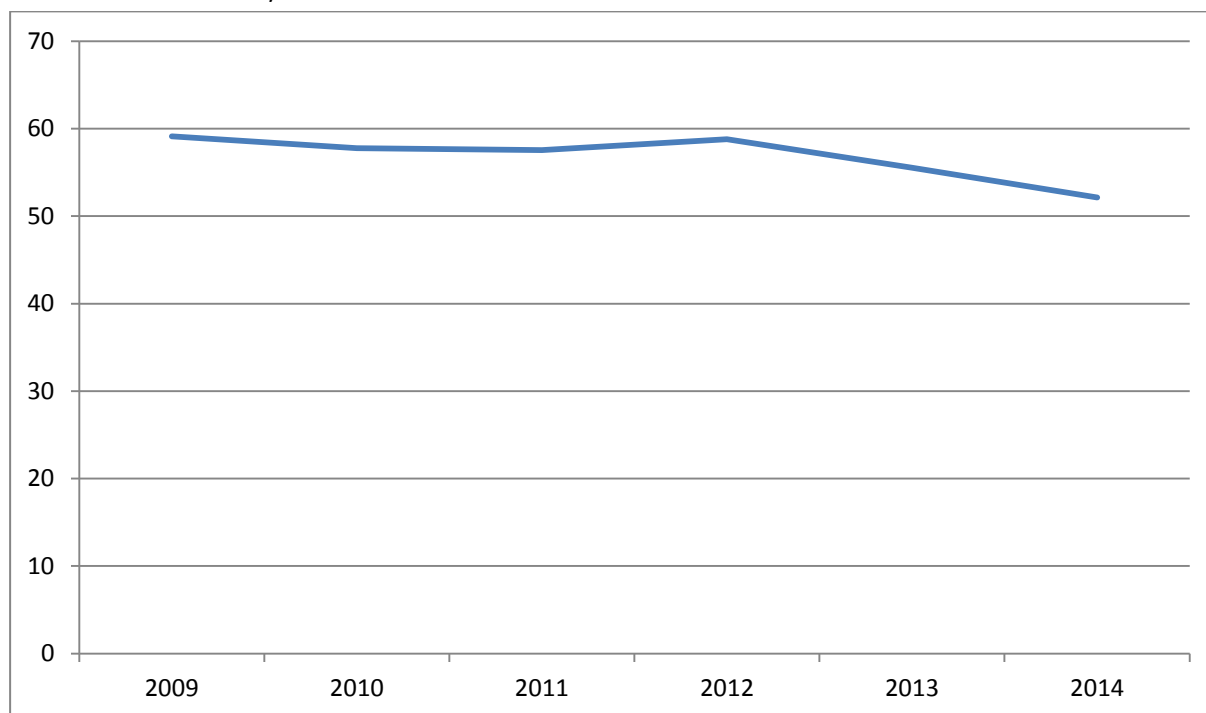
Figur 1.1 Områder hvor kommunene mener det er behov for en styrking av tilbudet om habilitering og rehabilitering. Enhet er prosent. Data fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse 2014.



Figur 1.2 sier litt om hvilken politisk oppmerksomhet habilitering og rehabilitering får i kommunene i form av om det er politisk vedtatt plan for disse fagområdene. Figuren viser andel kommuner som har en politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering i perioden 2009 til 2014. Fram til og med 2012 lå denne andelen relativt stabilt på i underkant av 60 prosent. Fra 2012 til 2014 har det imidlertid vært en

liten nedgang. I 2013 var andelen kommuner med en politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering sunket til 56 prosent, mens det i 2014 var 52 prosent av kommunene som hadde en slik plan.

Figur 1.2 Andel (prosent) kommuner med politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering i 2009-2014. Data fra KOSTRA/SSB.



1.2 Manglende rapportering og datakvalitet

I primærhelsetjenesten har det lenge vært et problem at dataene for habilitering og rehabilitering registrert i IPLOS har vært mangelfulle. For mottakere av habilitering og rehabilitering i institusjon mangler vi informasjon fra 36 prosent av kommunene, mens for habilitering og rehabilitering utenfor institusjon mangler vi tilsvarende tall for 63 prosent av kommunene. Dette er likevel en liten bedring sammenliknet med tidligere år, da andelen kommuner med manglende data for rehabilitering utenfor institusjon har ligget rundt 70 prosent. Tabell 1.1 viser at det er i Nord at færrest kommuner rapporterer mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon; vi mangler informasjon om 74 prosent av kommunene i denne regionen. Av tabellen ser man også at det er de små kommunene som i minst grad rapporterer at de har mottakere av habilitering og rehabilitering. Dette gjelder både i og utenfor institusjon. Av totalt 94 kommuner med færre enn 2 000 innbyggere, rapporterte 83 prosent at de ikke hadde mottakere av habilitering og rehabilitering utenfor institusjon.

Våren 2015 sendte Helsedirektoratet ut et informasjonsbrev til alle kommuner der det ble presisert hvordan mottakere av habilitering og rehabilitering skal registreres og rapporteres. Målet var å få opp kvaliteten på dataene som registreres i IPLOS. Responsen fra kommunene på informasjonsbrevet avdekket at det har vært til dels stor usikkerhet knyttet til hvordan mottakere av slike tjenester skal registreres og behovet for oppklaring var stort. Man håper derfor at dette vil være med på å bidra til at kvaliteten på tallene som registreres på dette området blir bedre allerede for 2015-data.

Tabell 1.1 Andel (prosent) av kommunene som ikke har rapportert mottakere av habilitering og rehabilitering 2012-2014.

	Hab./rehab. i institusjon			Hab./rehab. utenfor institusjon			Totalt antall kommuner 2014
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	
Region							
Sør-Øst	24	25	24	67	65	59	172
Vest	28	28	25	67	65	64	85
Midt-Norge	39	38	45	61	57	60	84
Nord	57	60	61	86	86	74	87
Totalt	35	35	36	70	68	63	428
Kommunestørrelse							
1-1 999 innb.	56	60	59	85	84	83	94
2 000-4 999 innb.	34	33	37	73	73	70	131
5 000-9 999 innb.	33	33	34	67	65	60	89
10 000-19 999 innb.	29	29	24	73	66	51	59
20 000-49 999 innb.	8	13	10	38	40	35	40
50 000-99 999 innb.	20	10	10	40	30	20	10
100 000 innb. +	0	0	0	0	0	0	5
Totalt	35	35	36	70	68	63	428

I analysene i denne rapporten er det ikke korrigert for at vi mangler informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i svært mange kommuner. Grunnen til dette er at vi ikke vet nok om hva som er årsaken til å så mange kommuner ikke rapporterer data. En del av årsaken ligger nok i at det har vært stor usikkerhet i sektoren knyttet til hvor og hvordan disse mottakerne skal registreres. Det ble langt på vei bekreftet i forbindelse med informasjonsskrivet som Helsedirektoratet sendte ut våren 2015. Det er derfor grunn til å tro at antall mottakere er for lavt.

For en del kommuner er det imidlertid reelt at de ikke har mottakere av denne typen tjenester. Dette ble bekreftet i spørreundersøkelsen Helsedirektoratet sendte ut til alle landets kommuner i 2014⁵. I denne spørreundersøkelsen svarte om lag fem prosent av kommunene at de ikke hadde tilbud om habilitering og

⁵ Helsedirektoratet (2014): *Spørreundersøkelse om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinering* (ikke publisert).

rehabilitering i institusjon, mens i underkant av 16 prosent av kommunene svarte at de ikke hadde tilbud om habilitering og rehabilitering utenfor institusjon. Disse spørsmålene ble besvart av 256 kommuner/bydeler, noe som tilsvarer en svarprosent på i underkant av 60 prosent.

Det at vi mangler informasjon om hvilke kommuner som har underrapportert antall mottakere, hvilke kommuner som faktisk ikke har mottakere eller hvilke kommuner som er «prikket⁶» av SSB i forbindelse med utlevering av data, gjør det vanskelig for oss å korrigere for dette i analysene. Ved å fjerne befolkningsgrunnlaget for alle kommuner som ikke har rapportert mottakere, vil man også fjerne de kommunene som ikke har et slikt tilbud. Man vil derfor risikere å korrigere for kommuner hvor det ikke skal korrigeres. Vi har likevel gjort noen overordnede analyser for å se hvordan utviklingen i antall mottakere av rehabilitering i og utenfor hadde vært hvis man hadde korrigert befolkningsgrunnlaget for kommuner som ikke har rapportert data. For å se disse tallene henviser vi til rapporten *Samhandlingsstatistikk 2014-15*⁷.

1.3 Habilitering og rehabilitering i institusjon

Tidsbegrenset opphold for rehabilitering og habilitering, omtalt som habilitering/rehabilitering i institusjon i denne rapporten, har som overordnet mål å gi brukeren økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse. Ved et slikt opphold skal brukerens funksjonsnivå kartlegges tverrfaglig, samtidig som at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys individuell plan og/eller koordinator. Videre skal det utarbeides en konkret plan med målsetting og tiltak, og det skal avholdes evalueringsmøter både under og etter oppholdet⁸.

Habilitering/rehabilitering i institusjon er et tilbud som først og fremst er tilpasset den eldre delen av befolkningen. Helse- og omsorgsdepartementets rapport *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk*⁹ viste at i 2013 var 84 prosent av alle som mottok habilitering/rehabilitering i institusjon 67 år eller eldre, og godt over halvparten var 80 år eller eldre. I 2014 var det 15 108 mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon i primærhelsetjenesten. Dette er en økning på nesten 3 000 mottakere fra 2009, men en liten nedgang fra 2013. I perioden 2009 til 2014 er det kommunene i Midt-Norge som har hatt den største veksten med en økning på nesten 30 prosent, men det er også kommunene i denne regionen som har hatt den største reduksjonen fra 2013 til 2014. Kommunene i Sør-Øst og Vest har også hatt en stor vekst fra 2009 til 2013, mens nivået har vært tilnærmet stabilt fra 2013 til 2014. Kommunene i Nord hadde en vekst på 100 mottakere i perioden 2009 til 2013, mens det har vært en liten nedgang siste år.

⁶ «Prikking» vil si at SSB i utlevering av data fjerner informasjon der det er fire eller færre mottakere. Dette gjøres for at tallene ikke skal kunne spores tilbake til enkeltindivider.

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2016): *Samhandlingsstatistikk 2014-15*; Rapport IS-2427.

⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2015): *Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester*; IPLOS-veileder IS-1112.

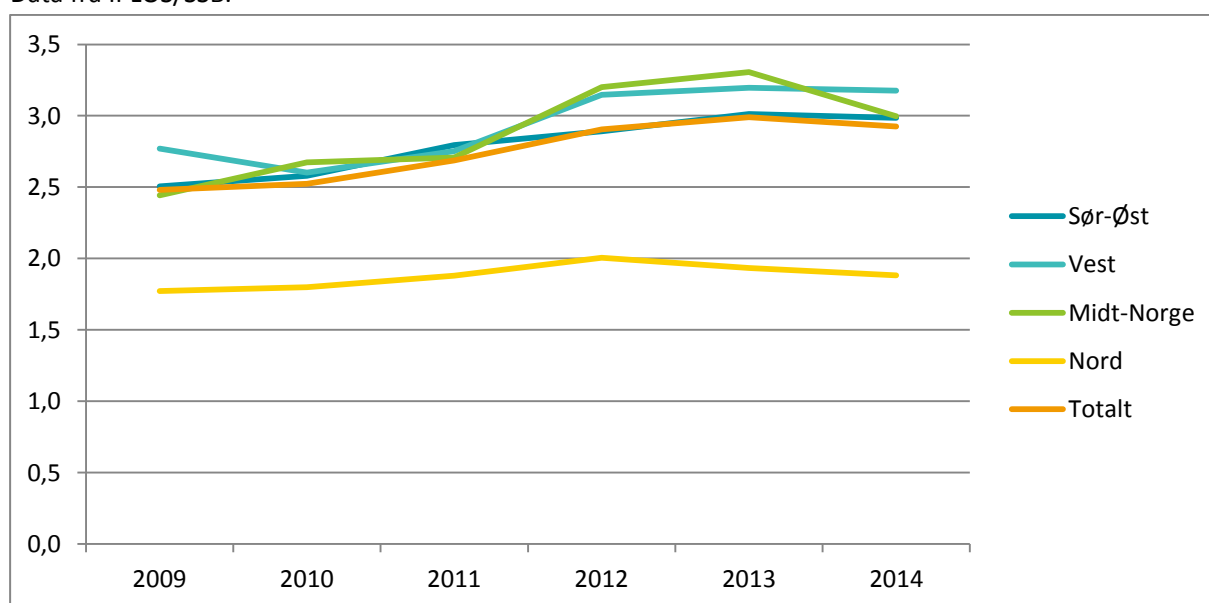
⁹ Helse- og omsorgsdepartementet (2015): *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk*; Rapport IS-2204.

Tabell 1.2 Antall mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon etter region i 2009-2014. Data fra IPLOS/SSB.

Region	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2009-2014	Prosent endring 2013-2014
Sør-Øst	6 781	7 080	7 781	8 157	8 600	8 625	27,2	0,3
Vest	2 803	2 674	2 868	3 332	3 431	3 452	23,2	0,6
Midt-Norge	1 644	1 819	1 863	2 230	2 323	2 126	29,3	-8,5
Nord	825	842	885	951	924	905	9,7	-2,1
Totalt	12 053	12 415	13 397	14 670	15 278	15 108	25,3	-1,1

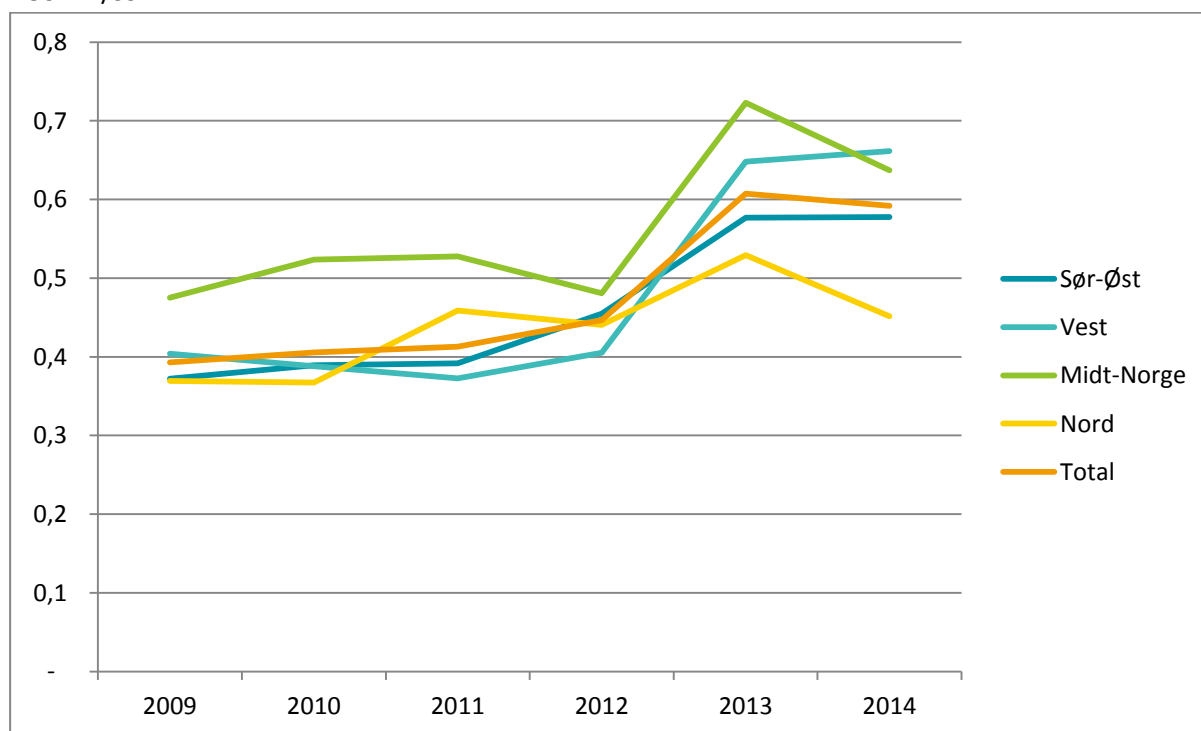
Også når vi kontrollerer for befolkningsutvikling i perioden, var det en vekst i antall mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon fram mot 2013. Figur 1.3 viser at det i 2009 var 2,5 mottakere per 1 000 innbyggere, mens det i 2013 var 3,0. I 2014 var raten gått ned til 2,9 mottakere per 1 000 innbyggere. Kontrollert for befolkningsgrunnlag er det kommunene i Nord som har det klart laveste nivået i antall mottakere av denne typen habilitering/rehabilitering. I 2014 hadde regionen 1,9 mottakere per 1 000 innbyggere, mot 3,2 i kommunene i Vest, som lå høyest. Kommunene i Midt-Norge har også hatt et høyt nivå av mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon, men har det siste året beveget seg mot landsgjennomsnittet. Kommunene i Sør-Øst ligger også omtrent på landsgjennomsnittet.

Figur 1.3 Antall mottakere per 1 000 innbyggere av rehabilitering i institusjon etter region i 2009-2014. Data fra IPLOS/SSB.



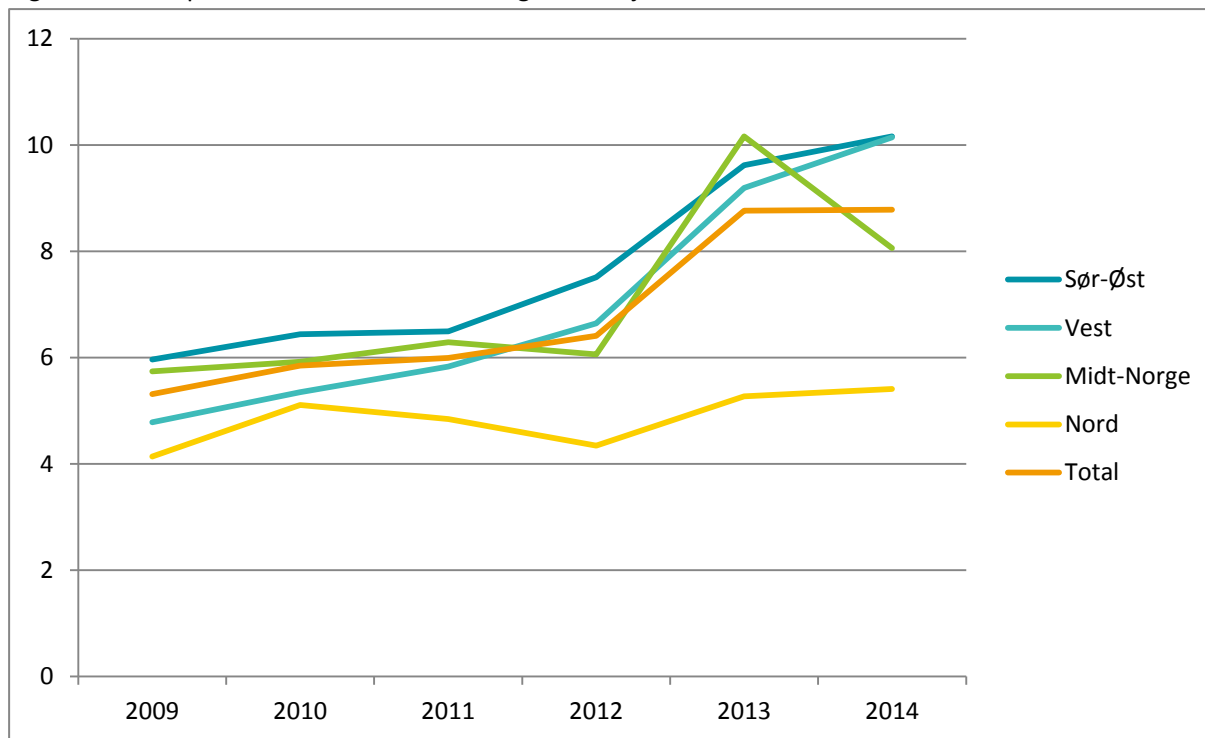
Figur 1.4 viser antall plasser som er satt av til rehabilitering i institusjon i perioden 2009 til 2014. I perioden 2009 til 2012 lå nivået på omtrent 0,4 plasser per 1 000 innbyggere i landet totalt, mens det i 2013 er en markert vekst til 0,6 plasser. Den markerte veksten fra 2012 til 2013 kommer for alle regioner. Vi er usikre på bakgrunnen for denne veksten, men en hypotese kan være veksten kommer som en følge av innføringen av samhandlingsreformen og at disse plassene også benyttes av kommunene til å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra sykehusene. Kommunene i Midt-Norge har hatt flest plasser avsatt til rehabilitering i institusjon, men har det siste året hatt en nedgang og nærmer seg landsgjennomsnittet. I 2014 i det derfor kommunene i Vest som har høyest nivå av plasser avsatt til rehabilitering i institusjon, mens kommunene i Nord har lavest. Kommunene i Sør-Øst ligger igjen nært landsgjennomsnittet.

Figur 1.4 Antall plasser avsatt til rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere 2009-2014. Data fra KOSTRA/SSB.



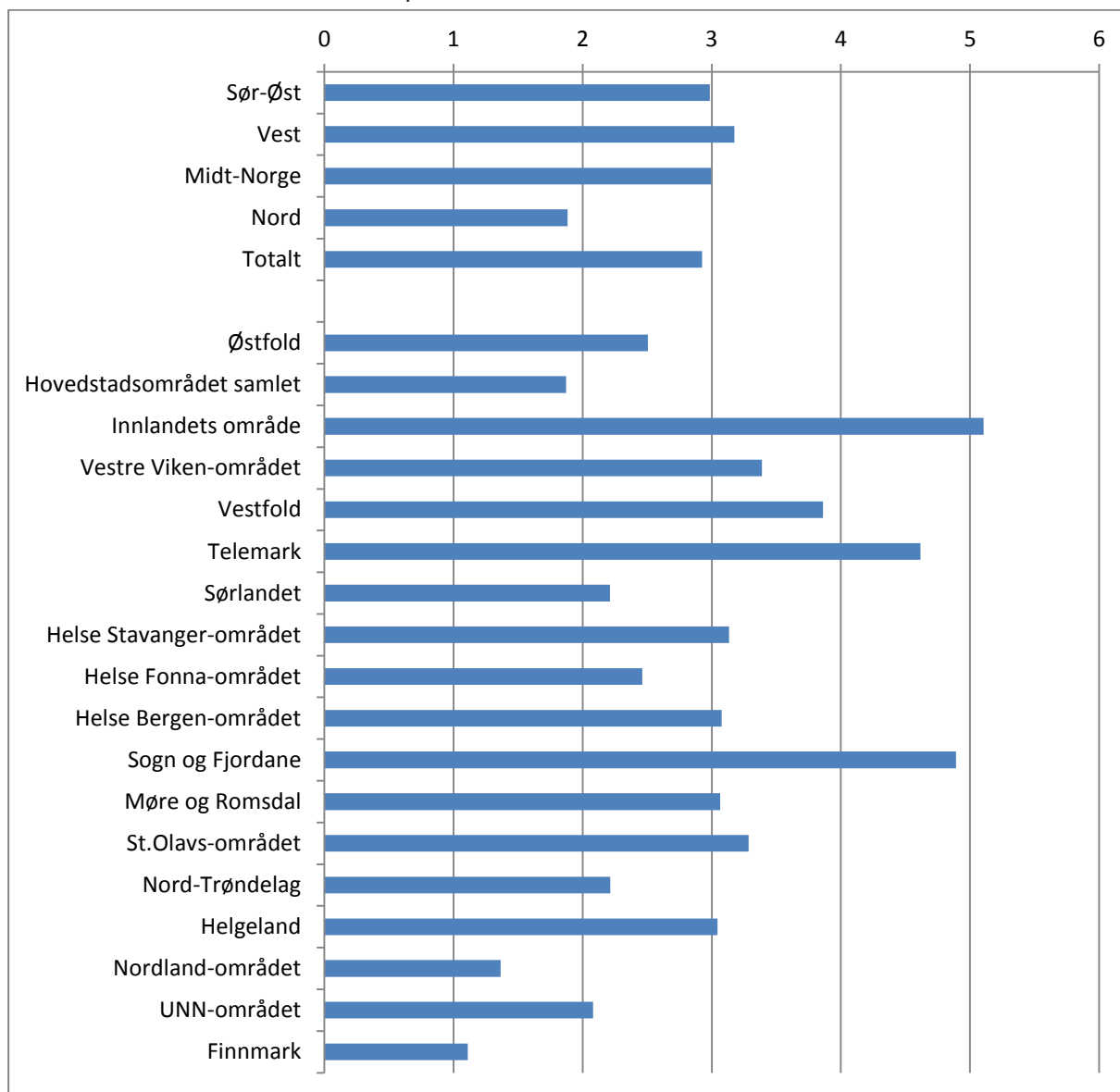
Også når vi ser på andel plasser avsatt til rehabilitering i institusjon, er det en markant vekst fra 2012 til 2013. Den største veksten kommer for kommunene i Midt-Norge, mer her er det også en kraftig nedgang fra 2013 til 2014. Kommunene i Nord ligger igjen lavest, mens kommunene i Sør-Øst har et like høyt nivå som kommunene i Vest. For landet totalt var i gjennomsnitt 8,8 prosent av institusjonsplassene satt av til rehabilitering i 2014.

Figur 1.5 Andel plasser avsatt til rehabilitering i institusjon 2009-2014. Data fra KOSTRA/SSB.



Figur 1.6 nedenfor viser at variasjonen i antall mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon blir større når vi går ned på et lavere nivå som bostedsområder. Figuren viser at det er kommunene i Innlandets område og i Sogn og Fjordane som ligger høyest med henholdsvis 5,1 og 4,9 mottakere per 1 000 innbyggere i 2014. Landsgjennomsnittet er til sammenlikning 2,9. I motsatt ende ligger kommunene i Finnmark og Nordland lavest med henholdsvis 1,1 og 1,4 mottakere per 1 000 innbyggere.

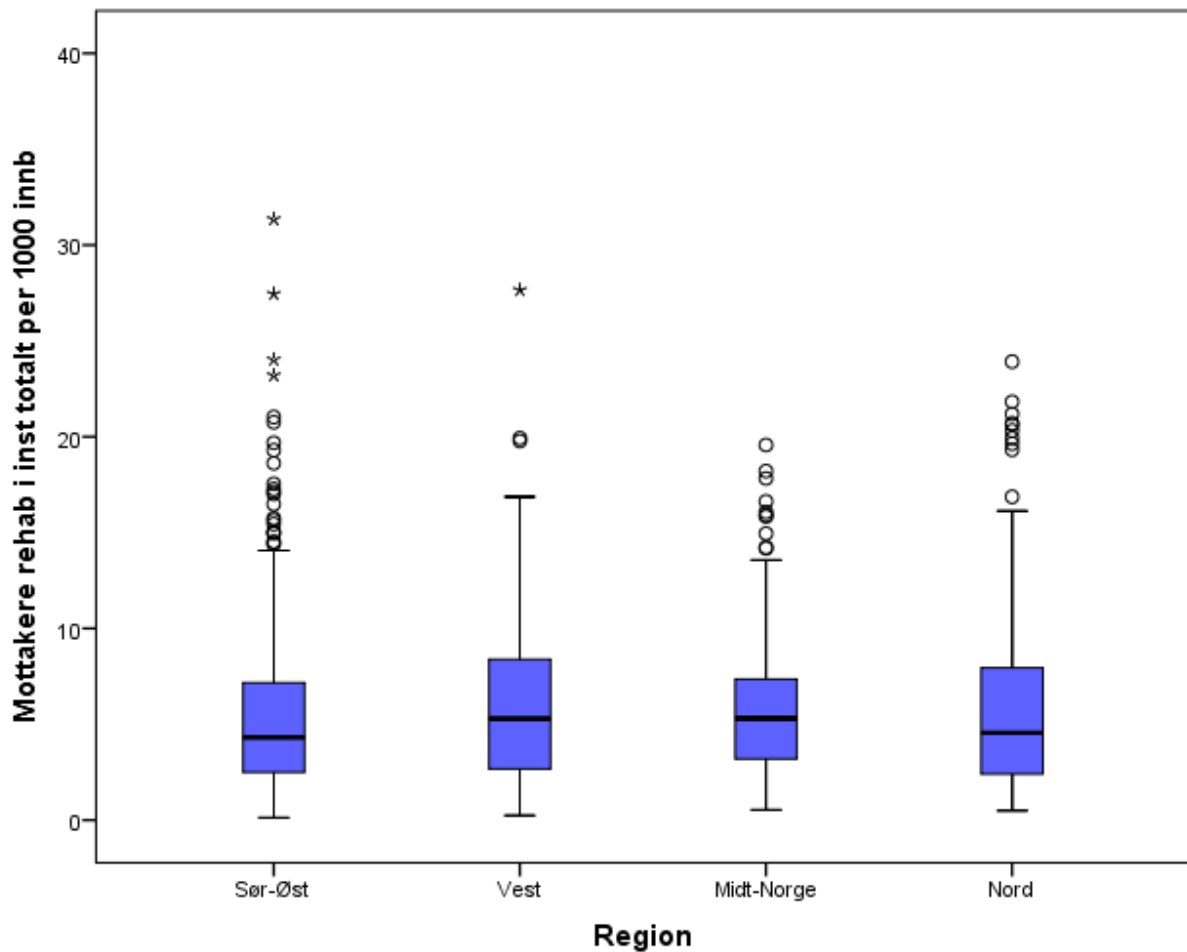
Figur 1.6 Antall mottakere per 1 000 innbyggere av habilitering/rehabilitering i institusjon etter bostedsområde i 2014. Data fra IPLOS/SSB.



Boksplottet nedenfor viser spredningen mellom kommunene innad i regionene i antall mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere i 2014. Linjene over og under boksene viser minimums- og maksimumsverdi, i tillegg til at prikkene viser såkalte uteliggere. 50 prosent av kommunene befinner seg i boksene, og linjen på tvers i boksen indikerer medianverdi. Hvis man også inkluderer kommuner med såkalte ekstremverdier, viser figuren at spredningen mellom kommunene er størst i Sør-Øst. I denne regionen varierer antall mottakere per 1 000 innbyggere fra 0 i kommunene med lavest verdi

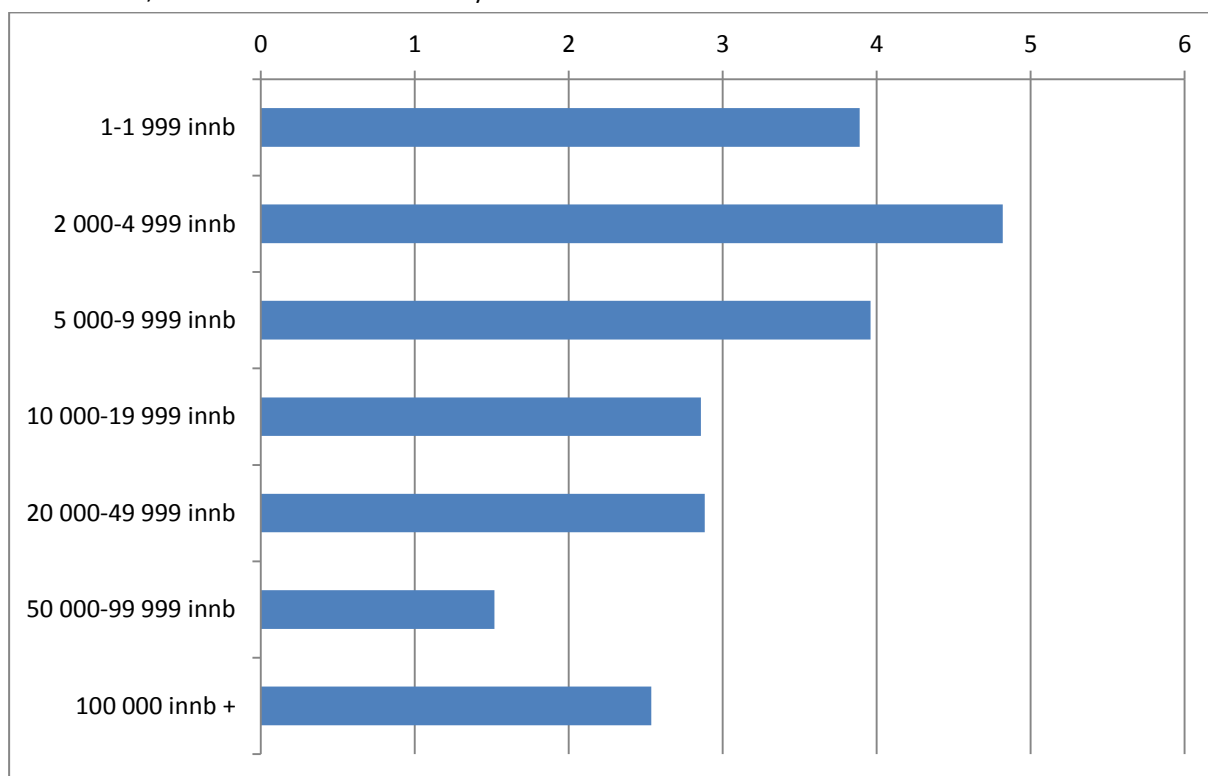
til godt over 30 i kommunen med høyest verdi. Det er kommunene i Vest og i Nord som har størst spredning når man ser på den blå boksen som indikerer 50 prosent av kommunene, mens det er noe mindre variasjon mellom kommunene i Midt-Norge.

Figur 1.7 Kommunenes variasjon i antall mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere fordelt på region i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



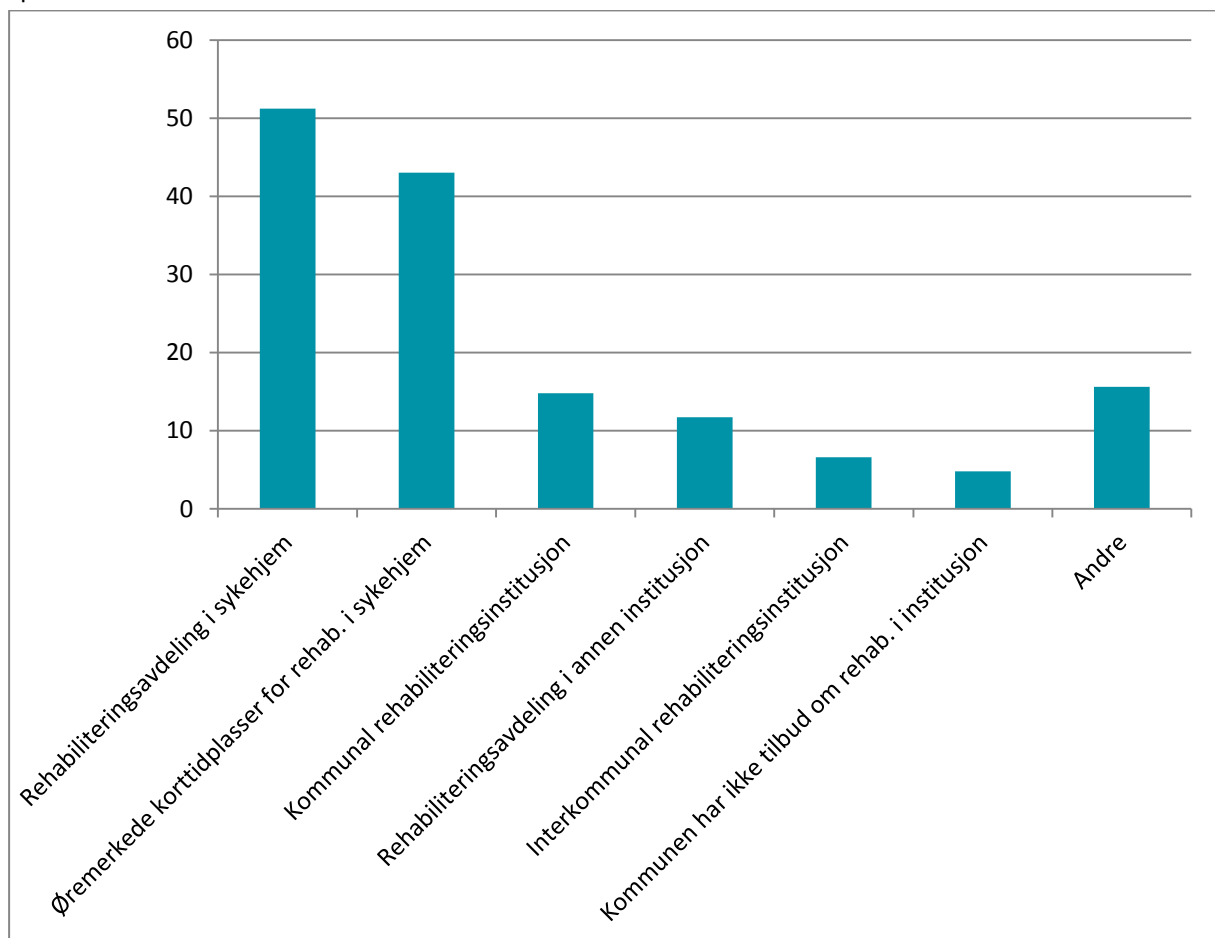
Figur 1.8 viser antall mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon etter kommunistørrelse. Figuren antyder at antall mottakere per 1 000 innbyggere av denne typen rehabilitering er noe høyere i små kommuner enn i store, selv om det er noen unntak. De to kommunegruppene med færrest innbyggere har henholdsvis 3,9 og 4,8 mottakere av rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere, mens de to største kommunegruppene har 2,5 og 1,5 mottakere per 1 000 innbyggere.

Figur 1.8 Antall mottakere av habilitering/rehabilitering i institusjon per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse i 2014. Data fra IPLOS/SSB.



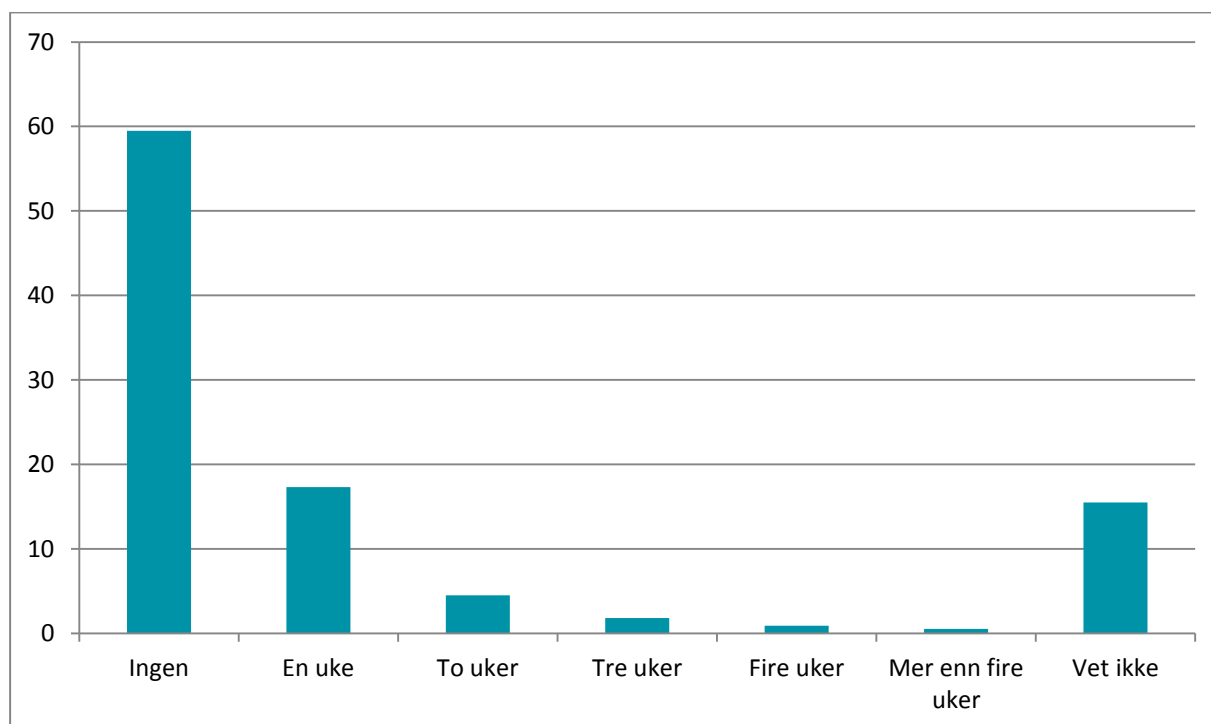
Av kommunene som svarte på Helsedirektoratets spørreundersøkelse sommeren 2014, svarte 95 prosent at de hadde et tilbud om rehabilitering i institusjon. Figur 1.9 nedenfor viser hvordan tilbudet om rehabilitering i institusjon gis i disse kommunene. Litt over halvparten av kommunene (51 prosent) sier at tilbudet om rehabilitering i institusjon gis i en rehabiliteringsavdeling i sykehjem. Deretter er det øremerkede korttidsplasser for rehabilitering i sykehjem som er det mest vanlige med en andel på 43 prosent. Dette vil si at kommunene i stor grad tilbyr rehabilitering i institusjon som et tilbud i tilknytning til et sykehjem. Om lag 27 prosent av kommunene tilbyr rehabilitering i en annen avdeling/institusjon enn sykehjem, mens i underkant av sju prosent av kommunene har et interkommunalt tilbud om rehabilitering i institusjon.

Figur 1.9 Hvordan gis tilbudet om rehabilitering i institusjon? Andel (prosent). Data fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse 2014.



Figur 1.10 viser hvor lenge befolkningen må vente for å få en rehabiliteringsplass i institusjon. Majoriteten av kommunene, i underkant av 60 prosent, oppgir at de ikke har noen ventetid for denne typen rehabilitering, mens 17 prosent av kommunene har en ventetid på om lag en uke. I underkant av fem prosent sier de har to ukers ventetid, mens svært få har lengre ventetid enn to uker. Om lag 16 prosent av kommunene er usikre på hvor lang ventetiden for å få rehabilitering i institusjon er.

Figur 1.10 Ventetid for å få rehabilitering i institusjon. Data fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse 2014.



1.4 Habilitering og rehabilitering utenfor institusjon

I likhet med habilitering og rehabilitering i institusjon, er det overordnede målet med habilitering og rehabilitering utenfor institusjon å gi brukeren økt funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse. Også ved habilitering og rehabilitering utenfor institusjon skal brukers funksjonsnivå kartlegges tverrfaglig, samtidig som at brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal tilbys individuell plan og/eller koordinator. Videre skal det utarbeides en konkret plan med målsetting og tiltak, og det skal avholdes evalueringsmøter både under og etter oppholdet¹⁰.

Sammenliknet med habilitering/rehabilitering i institusjon er mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon yngre. Rapporten *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk*¹¹ viste at i 2013 var over halvparten av de som mottok habilitering/rehabilitering utenfor institusjon under 67 år. I 2014 var det 29 132 mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon i primærhelsetjenesten. Dette er en

¹⁰ Helsedirektoratet (2015): Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester; IPLOS-veileder IS-1112.

¹¹ Helsedirektoratet (2015): *Helse-, omsorgs- og rehabiliteringsstatistikk*; Rapport IS-2204.

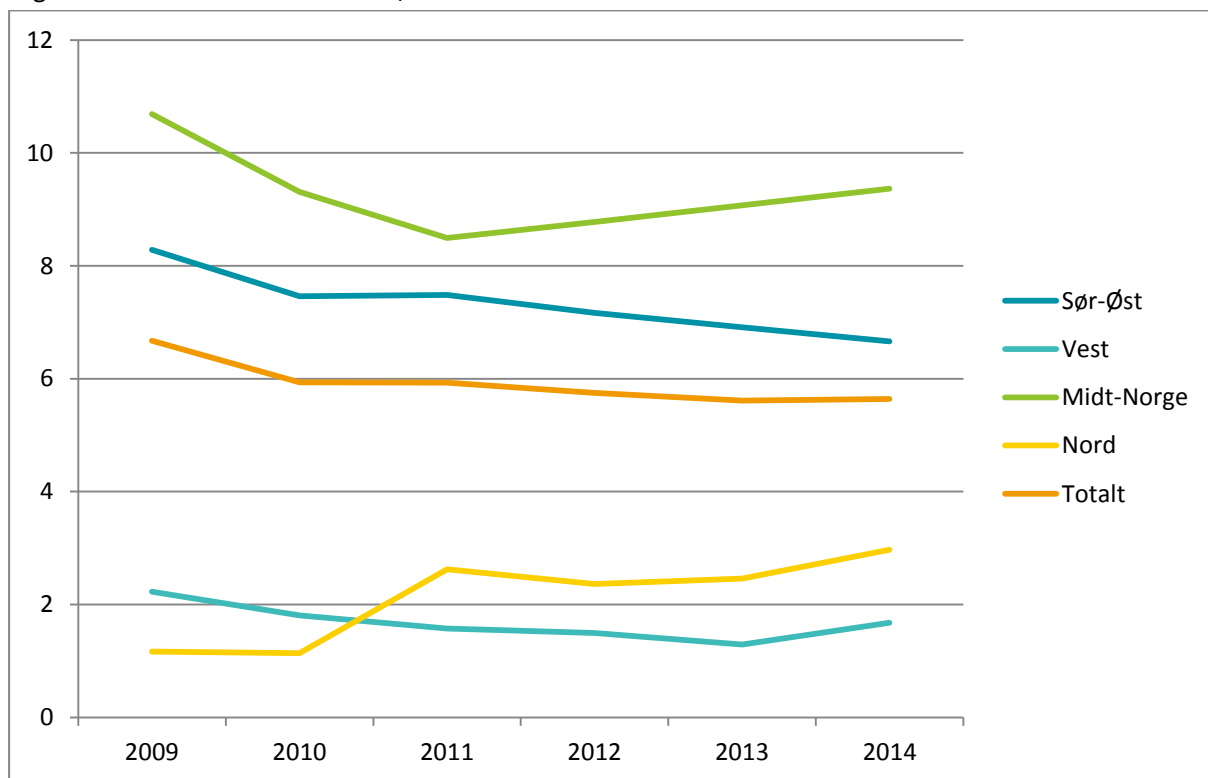
reduksjon på nesten 3 300 mottakere fra 2009, men en vekst på i underkant av 500 fra 2013. I perioden 2009 til 2014 har kommunene i Nord hatt en stor vekst i antall mottakere av denne typen tjenester, mens kommunene i de andre regionene har gått motsatt vei og hatt en nedgang. Nedgangen har vært størst i kommunene i Vest, mens siste år fra 2013 til 2014 er det denne regionen som har økt mest.

Tabell 1.3 Antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon 2009-2014. Data fra IPLOS/SSB.

Region	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2010-2014	Prosent endring 2013-2014
Sør-Øst	22 423	20 475	20 847	20 211	19 727	19 236	-14,2	-2,5
Vest	2 254	1 857	1 643	1 585	1 389	1 824	-19,1	31,3
Midt-Norge	7 197	6 331	5 844	6 112	6 376	6 645	-7,7	4,2
Nord	543	533	1 235	1 122	1 176	1 427	162,8	21,3
Totalt	32 417	29 196	29 569	29 030	28 668	29 132	-10,1	1,6

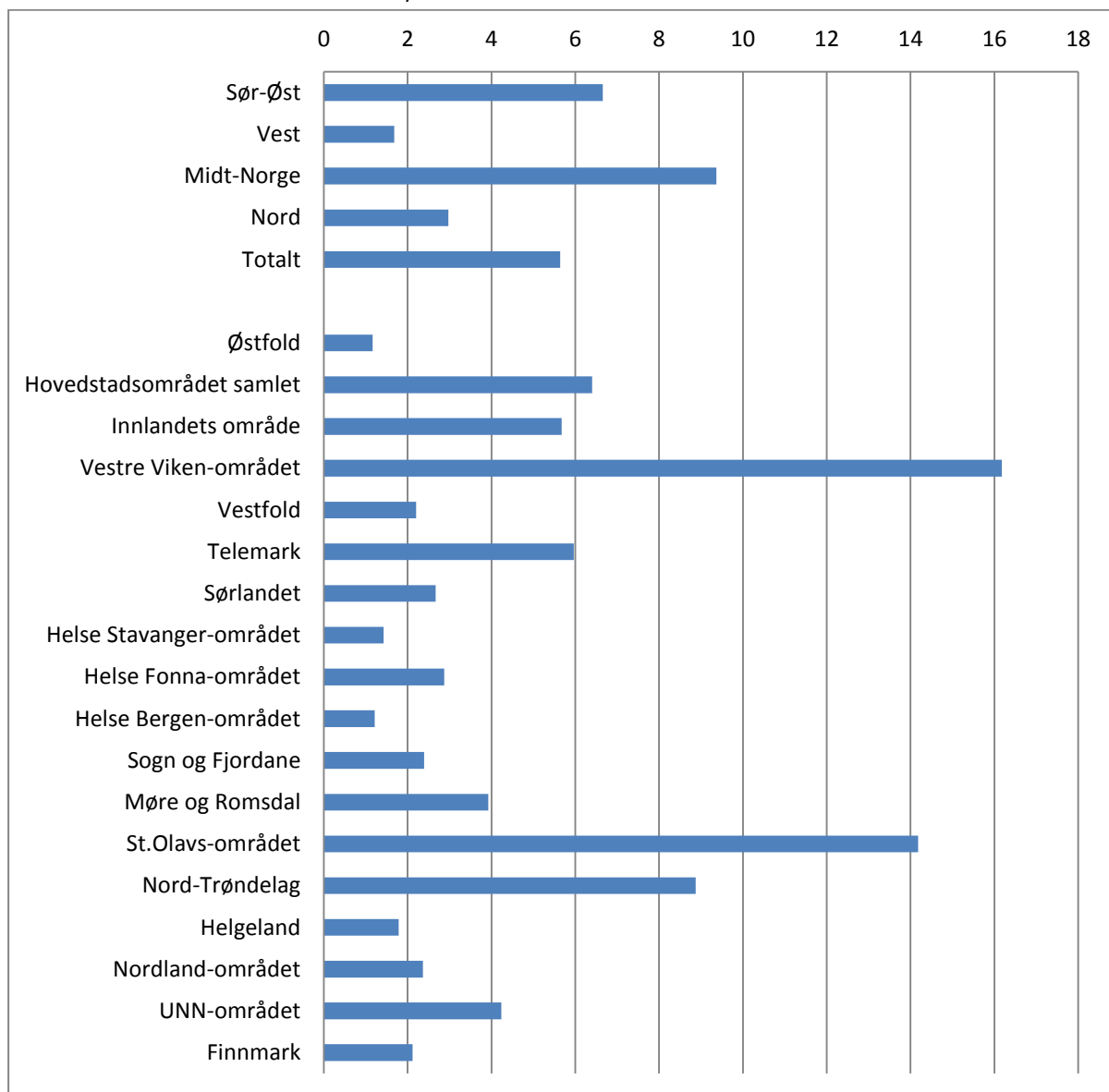
Når vi kontrollerer for befolkningsvekst i perioden, viser figur 1.11 at det har vært en nedgang fra 6,7 mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere i 2009 til 5,6 i 2014. Det er flest mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon i kommunene i Midt-Norge med et nivå på 9,4 per 1 000 innbyggere. Kommunene i Vest ligger lavest med 1,7 mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere i 2014. Kommunene i Nord ligger også relativt lavt, selv om regionen har hatt en vekst i perioden.

Figur 1.11 Antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere etter region i 2009-2014. Data fra IPLOS/SSB.



Figur 1.12 viser at det også er store variasjoner mellom bostedsområdene i antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon. I Sør-Øst skiller kommunene i Vestre-Viken-området seg ut ved å ha et svært høyt nivå. I 2014 hadde disse kommunene i gjennomsnitt 16,2 mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere, mot landsgjennomsnittet som er på 5,6. Også kommunene i St. Olavs-området og i Nord-Trøndelag lå høyt, med henholdsvis 14,2 og 8,9 mottakere per 1 000 innbyggere. I motsatt ende hadde kommunene i bostedsområdene Østfold og Helse Bergen-området kun 1,2 mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere i 2014.

Figur 1.12 Antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere etter bostedsområde i 2014. Data fra IPLOS/SSB.

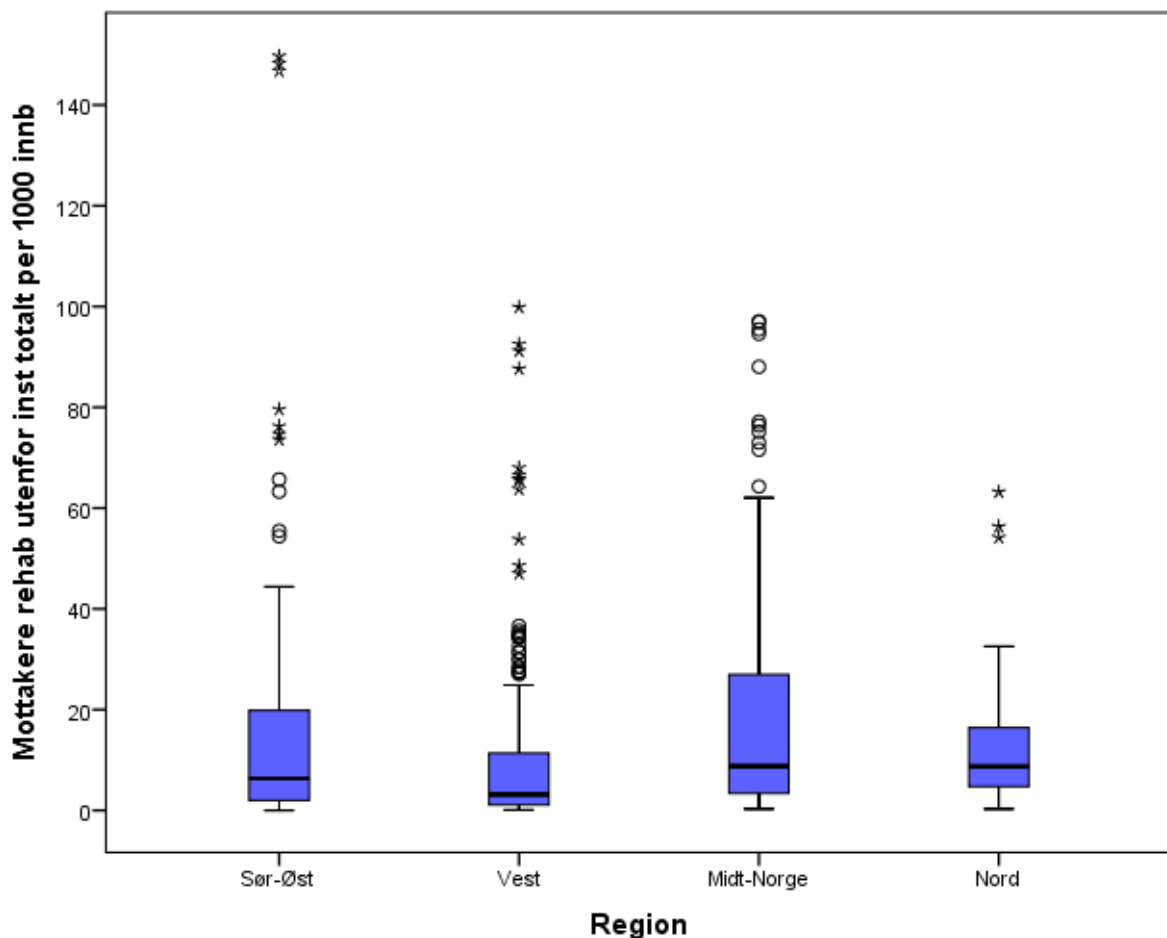


Boksplottet nedenfor viser spredningen mellom kommunene i antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere i 2014. Linjene over og under boksene viser minimums- og maksimumsverdi, i tillegg til at prikkene viser såkalte uteliggere. 50 prosent av kommunene befinner seg i boksene, og linjen i boksen indikerer medianverdi. Figuren over viste at det er kommunene i Midt-Norge som i gjennomsnitt hadde flest mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon. Samtidig viser figur 1.13 at det også er størst variasjon mellom kommunene i denne regionen.

Dette ser vi ved at avstanden mellom minimums- og maksimumsverdi går fra 0 mottakere til over 60 mottakere per 1 000 innbyggere i kommunene med flest mottakere. I tillegg er det også noen uteliggere som ligger høyere. Det er også for denne regionen at boksen som inneholder 50 prosent av kommunene er størst.

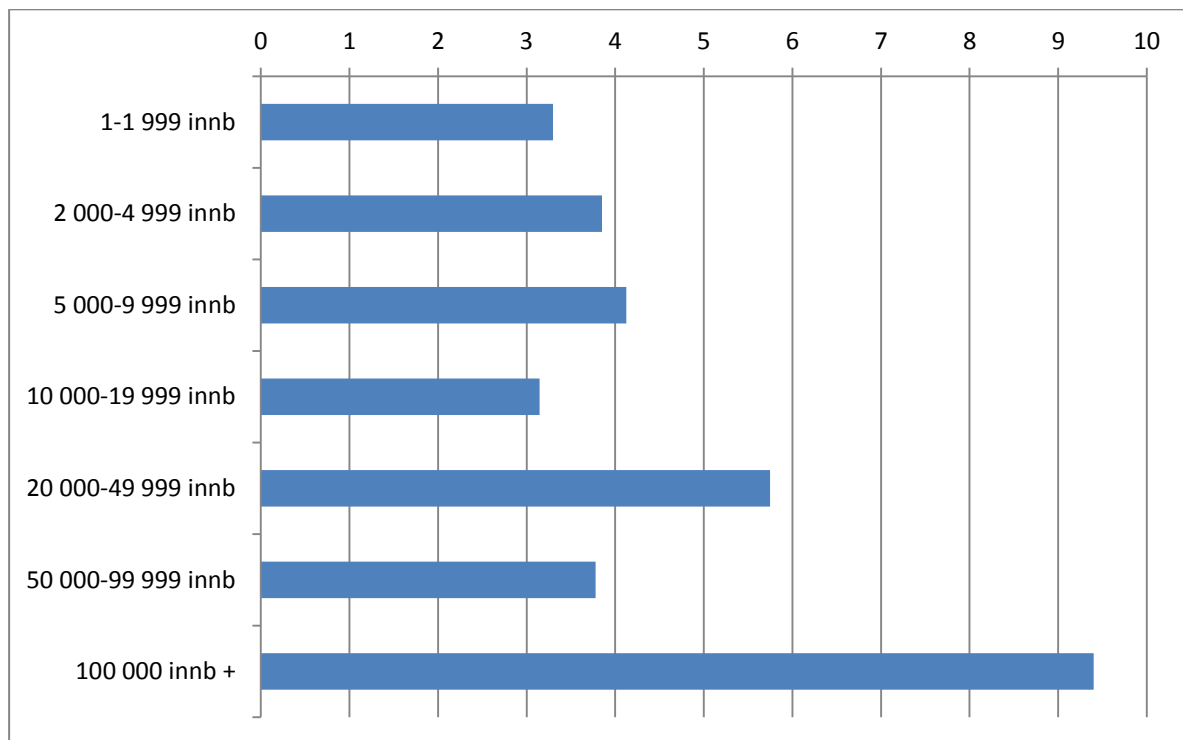
Figuren over viste at det var kommunene i Vest som i gjennomsnitt hadde lavest antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon. Boksplottet under viser samtidig at det er minst variasjon mellom kommunene i denne regionen. Selv om det er noen uteliggere som ligger høyt, er avstanden mellom minimums- og maksimumsverdi mindre enn hos de andre regionene, samtidig som at boksen med halvparten av kommunene er relativt konsentrert. Det presiseres imidlertid at figuren må tolkes med forsiktighet, da en del av variasjonen med stor sannsynlighet skyldes dårlig datakvalitet.

Figur 1.13 Kommunenes spredning i antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere etter region i 2014. Data fra IPLOS/SSB.



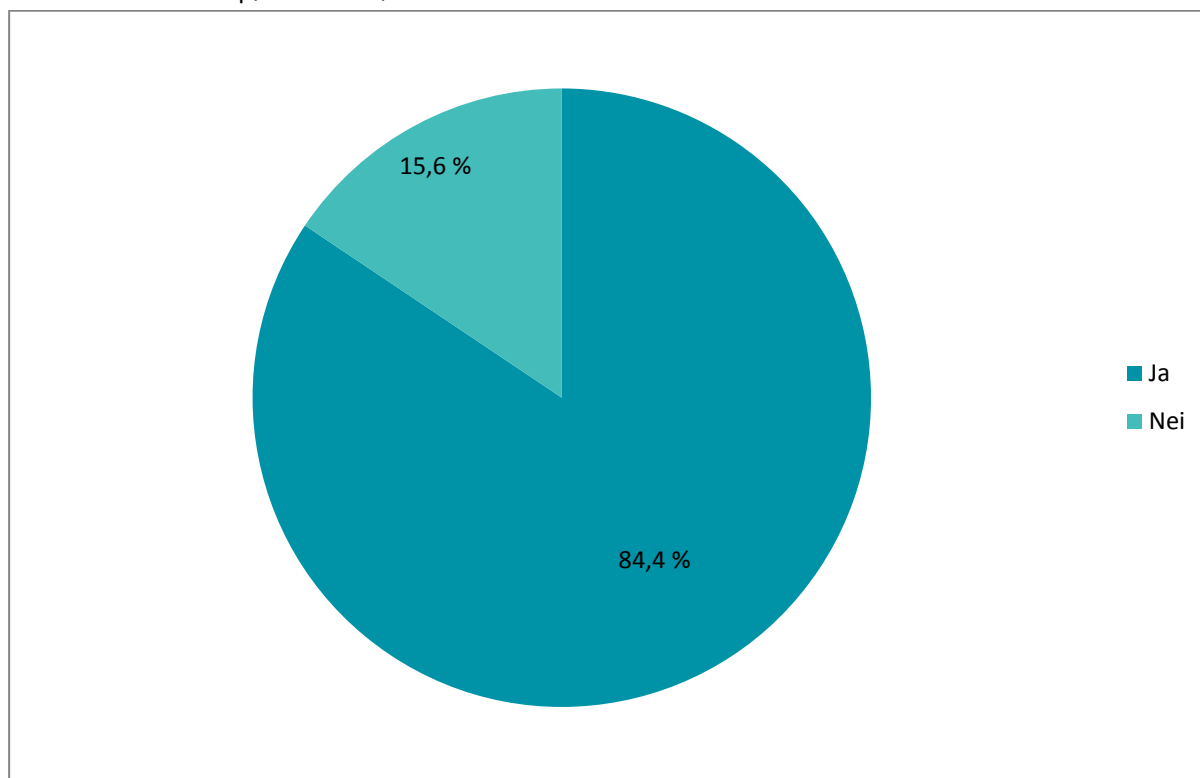
Figur 1.14 nedenfor viser antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon etter kommunestørrelse. Figuren viser at antall mottakere per 1 000 innbyggere av denne typen tjenester tenderer mot å være høyere i kommuner med et høyt innbyggertall enn i kommuner med færre innbyggere. Kommuner med opp til 2 000 innbyggere har gjennomsnittlig 3,3 mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon, mens kommuner med over 100 000 innbyggere i gjennomsnitt har 9,4 mottakere per 1 000 innbyggere av denne typen tjenester. Kommuner med mellom 50 000 og 100 000 innbyggere bryter mønstret noe, da de i gjennomsnitt har 3,8 mottakere per 1 000 innbyggere.

Figur 1.14 Antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse i 2014. Data fra IPLOS/SSB.



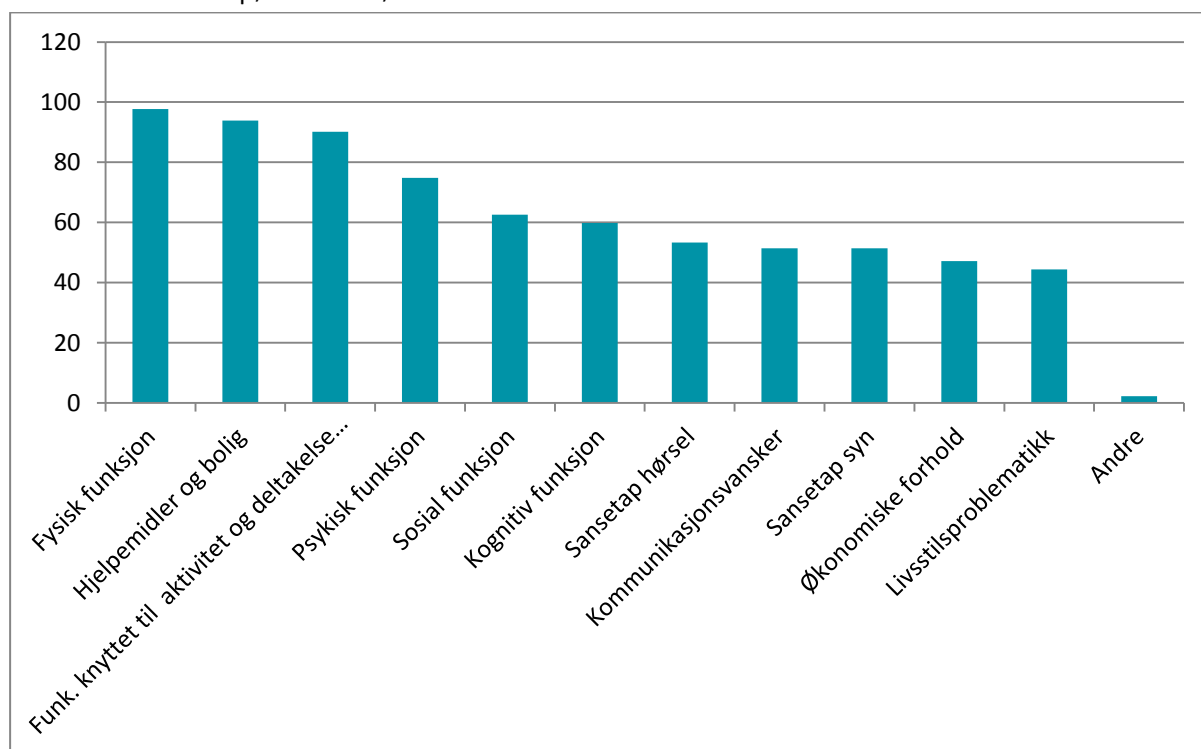
Tallene ovenfor har vist at det er svært store variasjoner mellom kommunene i antall mottakere av habilitering/rehabilitering utenfor institusjon. Noen kommuner har et svært godt utbygd tilbud til sine innbyggere, mens andre kommuner ikke har et tilbud om habilitering/rehabilitering utenfor institusjon i det hele tatt. Dette illustreres i figur 1.15 under. I Helsedirektoratets spørreundersøkelse til alle landets kommuner i 2014 svarte 15,6 prosent av kommunene at de ikke hadde et tilbud om denne typen tjenester. Svarprosenten i denne undersøkelsen var i underkant av 60 prosent. Det vil si at det sannsynligvis er en enda større andel som ikke har et tilbud om rehabilitering utenfor institusjon, da det ofte er de «flinkeste» kommunene med best tilbud og størst oversikt som svarer på slike undersøkelser.

Figur 1.15 Andel kommuner/bydeler som har tilbud om rehabilitering utenfor institusjon i 2014. Data fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse 2014.



Figur 1.16 under viser innen hvilke funksjonsområder kommunene hadde et tilbud om rehabilitering utenfor institusjon. Av de 84,4 prosentene som rapporterte at de hadde et slikt tilbud, svarte omtrent alle at de hadde et tilbud til mottakere med behov for å bedre sin fysiske funksjon. Over 90 prosent svarte også at de var behjelpelig med rehabilitering knyttet til hjelpemidler og bolig, samt funksjoner knyttet til aktivitet og deltakelse. 75 prosent av kommunene hadde et tilbud om rehabilitering knyttet til psykisk funksjon. Rundt 60 prosent av kommunene svarte at de tilbyr rehabilitering i forhold til sosial og kognitiv funksjon, mens i overkant av 50 prosent av kommunene har rehabilitering for funksjonsområdene sansetap hørsel, kommunikasjonsvansker og sansetap syn.

Figur 1.16 Funksjonsområder hvor kommunen tilbyr rehabilitering utenfor institusjon i 2014. Data fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse 2014.



1.5 Individuell plan og koordinerende enhet

Individuell plan

Retten til individuell plan etter helselovgivningen ble innført i 2001. Denne retten er videreført i ny lovgivning fra 2012. Bestemmelsene er utdypet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator¹². Høsten 2015 publiserte Helsedirektoratet en oppdatert veileder til denne forskriften¹³. Retten til individuell plan er også hjemlet i lov om arbeids- og velferdsforvaltningen¹⁴, lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen¹⁵, samt i barnevernloven¹⁶.

¹² Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrifthabilitering,rehabilitering>

¹³ Helsedirektoratet (2015): *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

¹⁴ Lov om arbeids- og velferdsforvaltningen (arbeids- og velferdsforvaltningsloven, NAV-loven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2006-06-16-20?q=arbeids-ogvelferdsforvaltningen>

¹⁵ Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen (sosialtjenesteloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2009-12-18-131?q=lovsosialetenester>

¹⁶ Lov om barneverntjenester (barnevernloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>

Formålet med individuell plan er å sikre et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud for pasienter og brukere med behov for langvarige koordinerte tjenester. Tjenester fra ulike fagområder og sektorer skal samordnes og det skal arbeides i samsvar med tjenestemottakerens mål.

Bestemmelsen om koordinator er tydeliggjort i revidert lovgivning fra 2012. Fram til dette har denne funksjonen vært utledet av forskrift om individuell plan, omtalt som

«... en tjenesteyter som har hovedansvar for oppfølgingen av tjenestemottakeren¹⁷.»

Etter dagens lovgivning skal koordinator tilbys uavhengig av om pasienten/brukeren ønsker individuell plan, jfr. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 7-2¹⁸ og lov om spesialisthelsetjenesten § 2-5a¹⁹.

Oppstart av individuell plan og oppnevning av koordinator krever samtykke fra tjenestemottakeren. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av pasient/bruker, sikre samordningen av tjenestetilbudet og framdrift i arbeidet med individuell plan.

I kommunene registreres det om mottakerne av helsetjenester eller praktisk bistand har fått utarbeidet individuell plan. Av figur 1.17 ser man at det i 2014 var ti prosent av mottakerne av hjemmetjenester eller praktisk bistand som hadde individuell plan²⁰. Dette tilsvarte om lag 18 000 pasienter/brukere. Andelen mottakere med individuell plan har steget fra åtte prosent i 2009 til ti prosent i 2014.

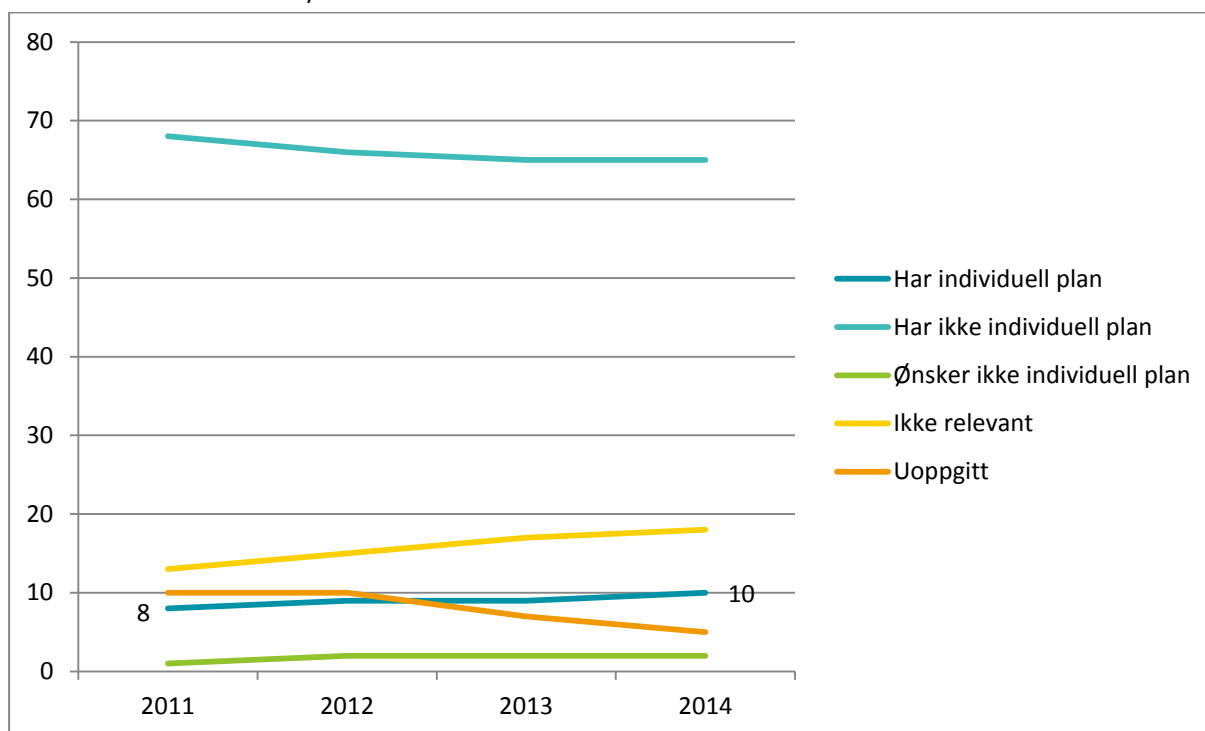
¹⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256?q=forskrifthabilitering,rehabilitering>

¹⁸ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-ogomsorgstjenesteloven>

¹⁹ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

²⁰ SSB (2015): *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2014. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. SSB-rapport 2015/42

Figur 1.17 Andel mottakere av helsetjenester og praktisk bistand i hjemmet som har individuell plan i 2009-2014. Data fra IPLOS/SSB.



Mottakere under 67 år har individuell plan i større grad enn eldre mottakere. Mottakere med omfattende bistandsbehov har også individuell plan i større grad enn mottakere med et lavere bistandsbehov. For aldersgruppen under 67 år har 42 prosent av mottakerne med et omfattende bistandsbehov fått utarbeidet individuell plan. For mottakerne 67 år og eldre har kun fem prosent av de med et omfattende bistandsbehov fått utarbeidet individuell plan.

Kommunene registrerer også hvor mange som ikke har individuell plan fordi de ikke ønsker det, eller fordi det ikke er relevant, for eksempel fordi de bare har ett tiltak. I 2014 var det registrert at to prosent av mottakerne ikke ønsket individuell plan, og at individuell plan ikke var relevant for 18 prosent av mottakerne.

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering

Fram til samhandlingsreformen ble innført var det forskriftsfestet at alle kommuner og helseforetak skulle ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. I 2012 ble både kommunene og helseforetakene lovpålagt å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering, jfr. Helse- og

omsorgstjenesteloven § 7-3²¹ og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-5b²². Her tydeliggjøres det at enhetene på begge nivåer skal ha

«... overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator.»

De kommunale enhetenes ansvar og oppgaver utdypes slik i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015²³:

«Den koordinerende enheten i kommunen skal sørge for at tjenestene sees i sammenheng og at det er kontinuitet i tiltakene over tid, uavhengig av hvem som har ansvaret. Enheten skal bidra til at de forskjellige tjenesteyterne samarbeider om planlegging og organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudene og tilrettelegger for brukermedvirkning.»

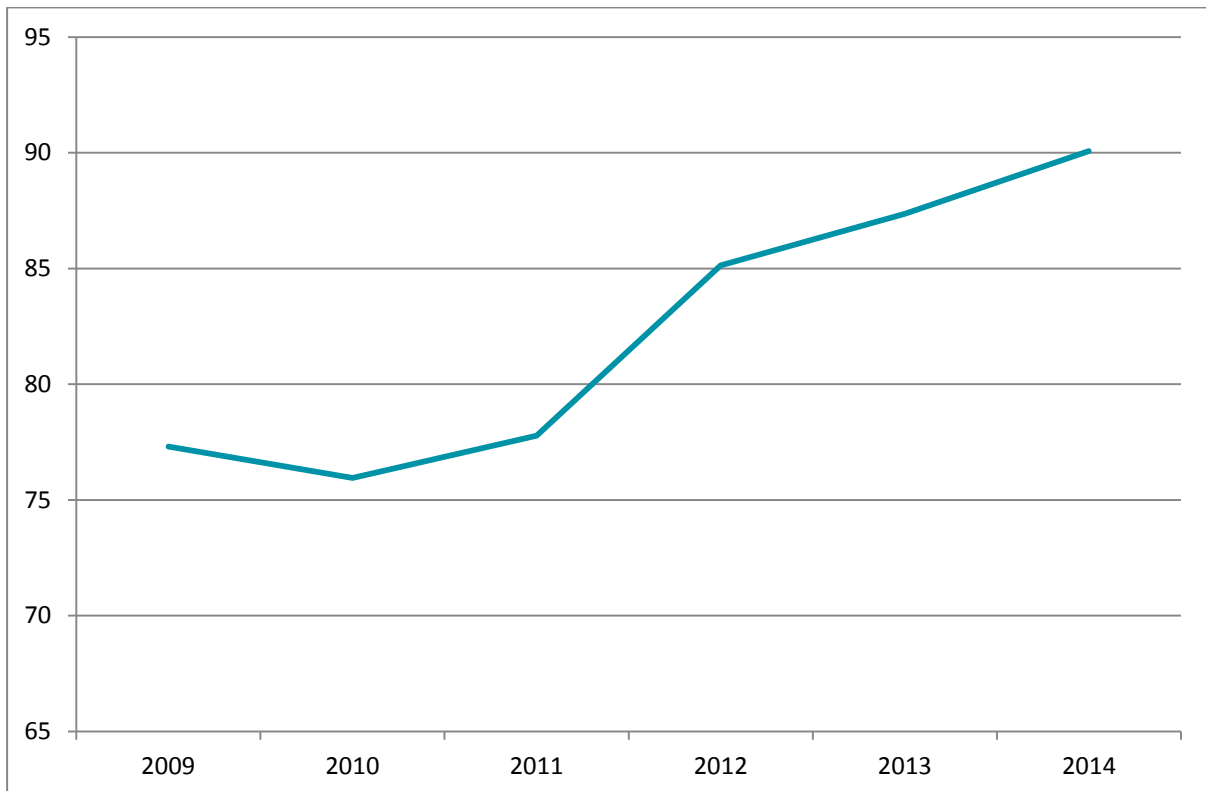
Figur 1.18 viser andel kommuner som har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i perioden 2009 til 2014. I perioden før 2011 hadde om lag 77 prosent av kommunene etablert koordinerende enhet, mens etter at tjenesten ble lovpålagt i forbindelse med innføringen av samhandlingsreformen, økte andelen til 85 prosent i 2012. I 2014 hadde 90 prosent av kommunene etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

²¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-ogomsorgstjenesteloven>

²² Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven): <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

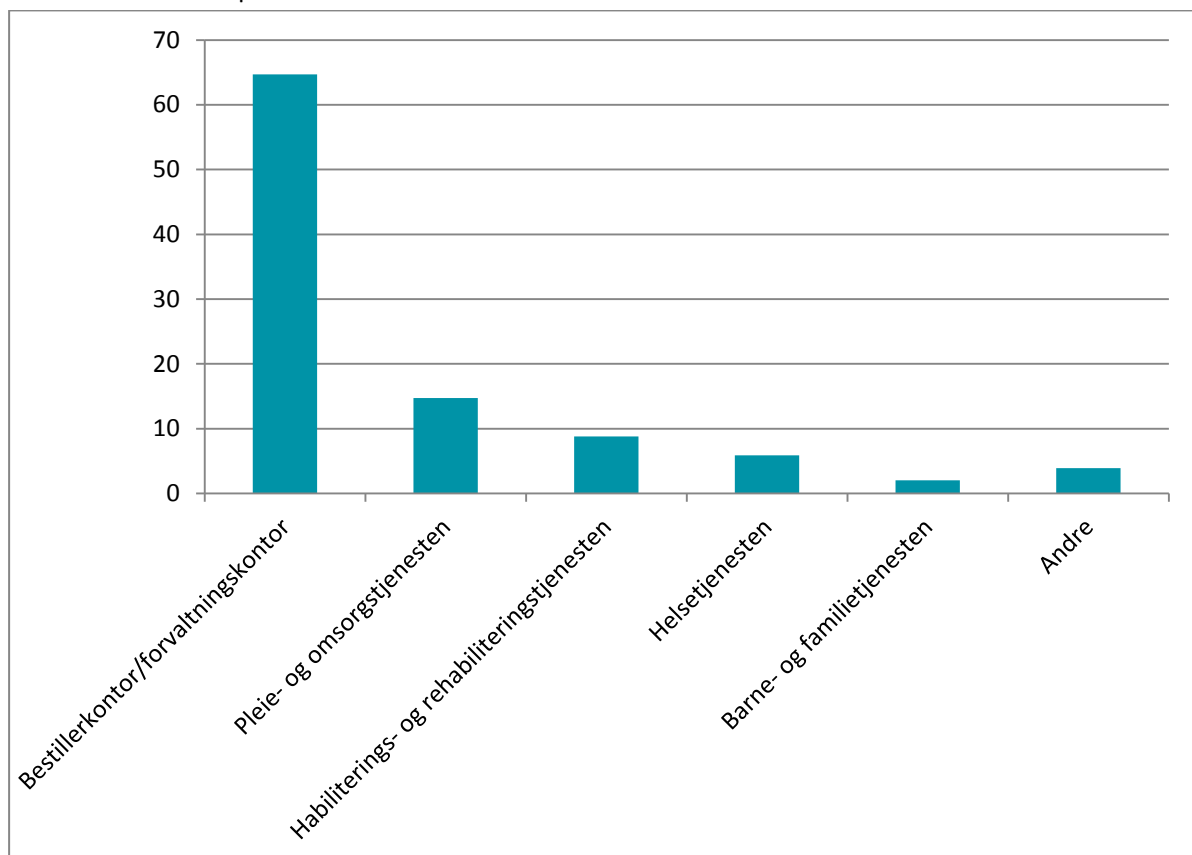
²³ Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 (Meld. St. nr. 16, 2010-2011).

Figur 1.18 Andel kommuner med koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i 2009-2014. Data fra KOSTRA/SSB.



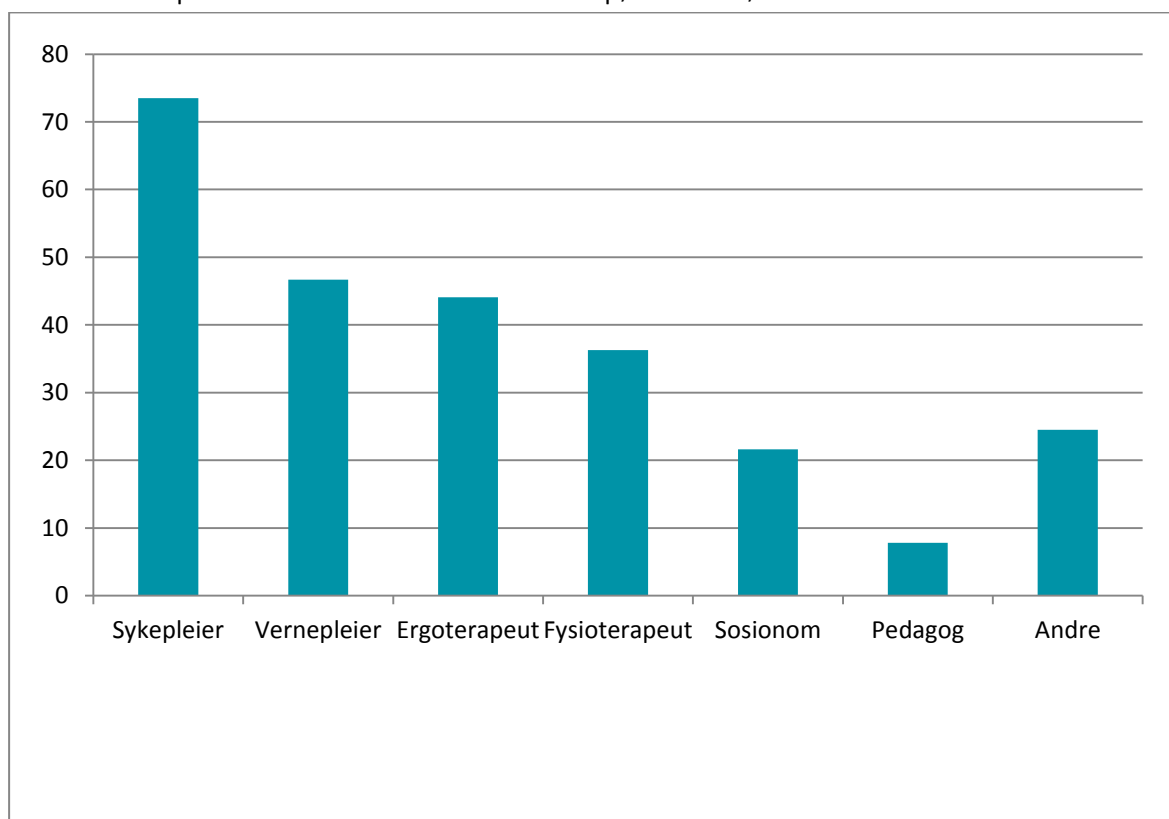
Figur 1.19 viser hvordan kommunene har organisert den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering. Den klart mest vanlige organisasjonsformen er å legge koordinerende enhet til et bestillerkontor/forvaltningskontor. 65 prosent av kommunene har valgt denne organisasjonsformen. 15 prosent av kommunene har lagt koordinerende enhet til pleie- og omsorgstjenesten, mens 9 prosent har lagt den til habiliterings- og rehabiliteringstjenesten.

Figur 1.19 Enhet som koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering er lagt til. Data fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse 2014.



Figur 1.20 viser hvilken kompetanse de koordinerende enhetene er bemannet med. Yrkesgruppen som i størst grad er representert i den koordinerende enheten er sykepleiere. I underkant av 74 prosent av kommunene som har koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering svarer at de har sykepleierkompetanse representert. Henholdsvis 47 og 44 prosent av kommunene sier at de har vernepleier- og ergoterapeutkompetanse representert. Fysioterapeuter er en del av den koordinerende enheten i 36 prosent av kommunene som har svart, mens sosionomer er representert hos 22 av kommunene. Kun åtte prosent av kommunene har en pedagog i den koordinerende enheten for habilitering og rehabilitering.

Figur 1.20 Kompetanse som de koordinerende enhetene for habilitering og rehabilitering er bemannet med. Enhet er prosent. Data fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse 2014.



2 BRUK AV AVTALEFYSIOTERAPEUTER

I 2014 var det nesten 460 000 mottakere av fysioterapi fra avtalefysioterapeuter i Norge. Dette er en vekst på 29 000 mottakere fra 2011, noe som tilsvarer 6,8 prosent. Veksten i bruk av denne typen fysioterapi har kommet for alle landets regioner. Det er imidlertid til dels store variasjoner i nivået når man kontrollerer for befolkningsgrunnlag i regionene. Kommunene i Nord er de som har klart flest mottakere av fysioterapi med 114 mottakere per 1 000 innbyggere i 2014. Landsgjennomsnittet, som også tilsvarer nivået for kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge, var 89 mottakere. Kommunene i Vest hadde det klart laveste nivået med i gjennomsnitt 77 mottakere per 1 000 innbyggere.

Det er personer med plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet som utgjør den klart største mottakergruppen av fysioterapi med en andel på 76 prosent i 2014, der artroser og ryggplager er de største enkeltdiagnosegruppene. Sykdommer i nervesystemet er den nest største hoveddiagnosegruppen blant mottakerne av fysioterapi, med en andel på sju prosent. Rundt tre prosent av de som går til private fysioterapeuter har en diagnose knyttet til hjerte- karsystemet, og her er pasienter som har hatt hjerneslag den største enkeltdiagnosegruppen.

2.1 Innledning

Bruk av fysioterapi er et viktig virkemiddel i rehabiliteringsprosessen for svært mange pasienter. I primærhelsetjenesten foregår fysioterapibehandling både hos private fysioterapeuter med driftsavtale og hos fysioterapeuter som er ansatt på fastlønn. Det er kommunene selv som avgjør om de vil inngå driftsavtaler med private eller gjøre egne ansettelse på fastlønn. I denne rapporten er det aktivitet hos private fysioterapeuter med driftsavtale som rapporterer refusjonsdata til HELFO som blir analysert. Aktiviteten hos fysioterapeuter med fastlønn har vi dessverre mindre kunnskap om, og det er derfor viktig å gjøre oppmerksom på at tallene for fysioterapeuter i denne rapporten kun omfatter en del av den totale fysioterapiaktiviteten som skjer i kommunene. En del av aktiviteten hos fysioterapeuter med avtale om fastlønn vil likevel inngå i tallene for mottakere av habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon. I dette kapitlet ønsker vi å belyse problemstillingene som er beskrevet under nærmere:

- Hva er omfanget i bruken av avtalefysioterapeuter?
- Hvordan har utviklingen i antall mottakere av avtalefysioterapi vært i perioden 2011 til 2014?
- Er det stor variasjon mellom kommuner i bruk av avtalefysioterapeuter?
- Hvilke diagnosegrupper blir behandlet hos avtalefysioterapeuter?

Tabellen nedenfor viser fordelingen mellom antall årsverk for private fysioterapeuter med driftsavtale og fysioterapeuter med fastlønn. I 2014 var det 4 597 fysioterapiårsverk i kommunehelsetjenesten. 2 671 av disse, eller 58 prosent, var private med driftsavtale. Det er aktiviteten hos disse fysioterapeutene som blir analysert i denne rapporten. Aktiviteten hos de resterende 42 prosentene er ikke analysert særskilt da det ikke finnes tilsvarende data for disse. Det er kommunene i Sør-Øst og i Nord som har størst andel private fysioterapeuter med driftsavtale, med en andel på 60 prosent, mens kommunene i Vest i gjennomsnitt har en andel på 53 prosent.

Tabell 2.1 Antall fysioterapiårsverk etter avtaleform og region i 2014. Data fra KOSTRA/SSB.

Region	Private med driftsavtale	Kommunalt ansatt med fastlønn	Turnus-kandidater	Totalt	Andel private med driftsavtale
Sør-Øst	1 572	966	73	2 611	60
Vest	464	385	34	883	53
Midt-Norge	335	242	26	603	56
Nord	300	176	24	501	60
Totalt	2 671	1 768	158	4 597	58

2.2 Mottakere av avtalefysioterapi

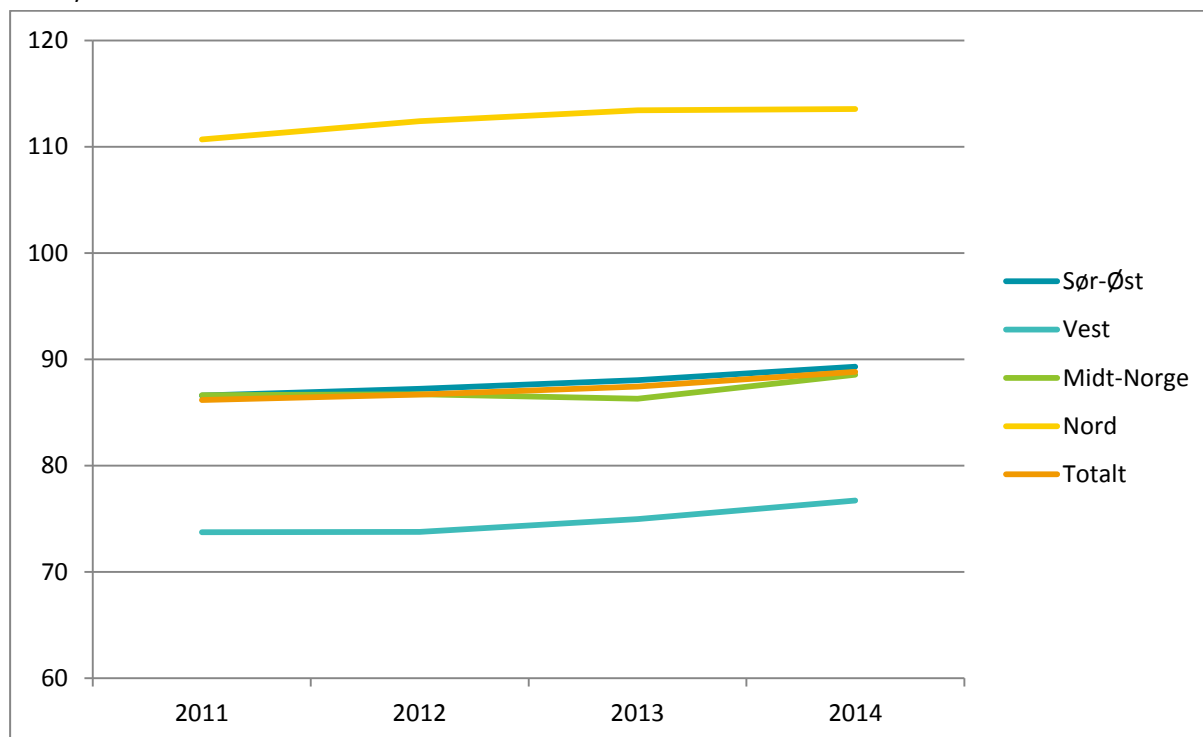
I 2014 var det 458 763 mottakere av fysioterapi fra avtalefysioterapeuter. Dette er en økning på 29 000 mottakere fra 2011 eller 6,8 prosent. Veksten har kommet i alle regioner og har vært størst i kommunene i Vest. Fra 2013 til 2014 var det en vekst på drøyt 12 100 mottakere for landet totalt, noe som tilsvarer 2,7 prosent. Veksten kom i alle regioner, men var kun marginal i kommunene i Nord.

Tabell 2.2 Antall mottakere av avtalefysioterapi etter region i 2011-2014. Data fra KUHR/HELFO.

Region	2011	2012	2013	2014	Prosent endring 2011-14	Prosent endring 2013-14
Sør-Øst	241 156	246 029	251 270	257 993	7,0	2,7
Vest	76 817	78 127	80 486	83 361	8,5	3,6
Midt-Norge	59 597	60 408	60 653	62 832	5,4	3,6
Nord	52 107	53 336	54 224	54 577	4,7	0,7
Totalt	429 677	437 900	446 633	458 763	6,8	2,7

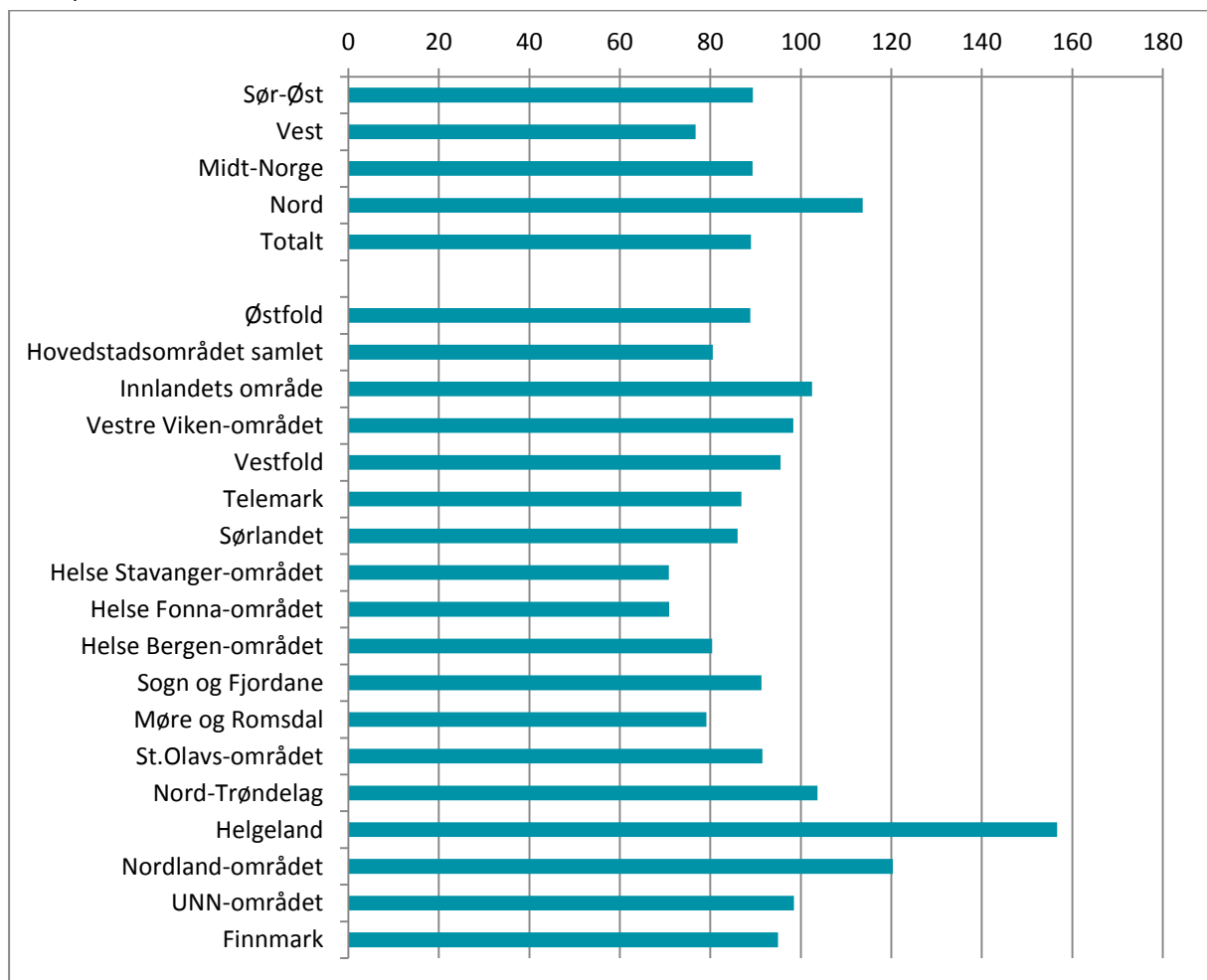
Utviklingstrenden i antall mottakere av fysioterapi har vært relativt lik for regionene i perioden 2011 til 2014. Når vi kontrollerer for befolkningsgrunnlag, viser imidlertid figur 2.1 at nivået i antall mottakere er noe ulikt. Kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge har i hele perioden ligget rundt landsgjennomsnittet og hadde i 2014 89 mottakere av fysioterapi per 1 000 innbyggere. Kommunene i Nord skiller seg ut ved å ha et mye høyere nivå enn resten av landet; i 2014 hadde kommunene i denne regionen gjennomsnittlig 114 mottakere per 1 000 innbyggere. I den andre enden hadde kommunene i Vest en mottakerrate på 77.

Figur 2.1 Antall mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere etter region i 2011-2014. Data fra KUHR/HELFO.



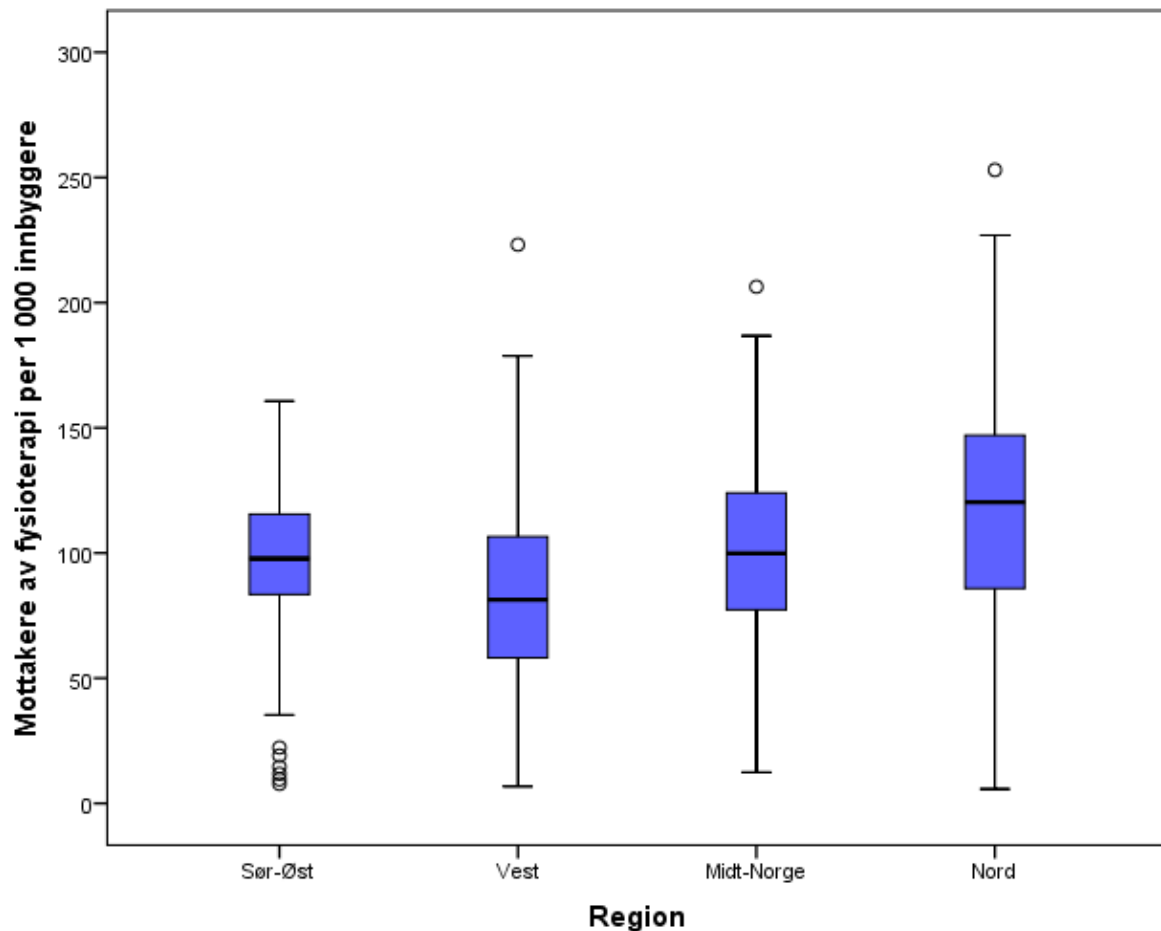
Figuren under viser at variasjonen i antall mottakere av fysioterapi blir enda større når vi går ned et nivå og ser på bostedsområdene. I Nord var det kommunene i Helgeland som særlig hadde et høyt nivå i 2014, med gjennomsnittlig 157 mottakere per 1 000 innbyggere. Også Nordland-området ligger relativt høyt med en tilsvarende rate på 120 mottakere. I Vest har både Stavanger- og Fonna-området kun 71 mottakere per 1 000 innbyggere. Variasjonen mellom bostedsområdene i de to andre regionene er mindre.

Figur 2.2 Antall mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere etter bostedsområde i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



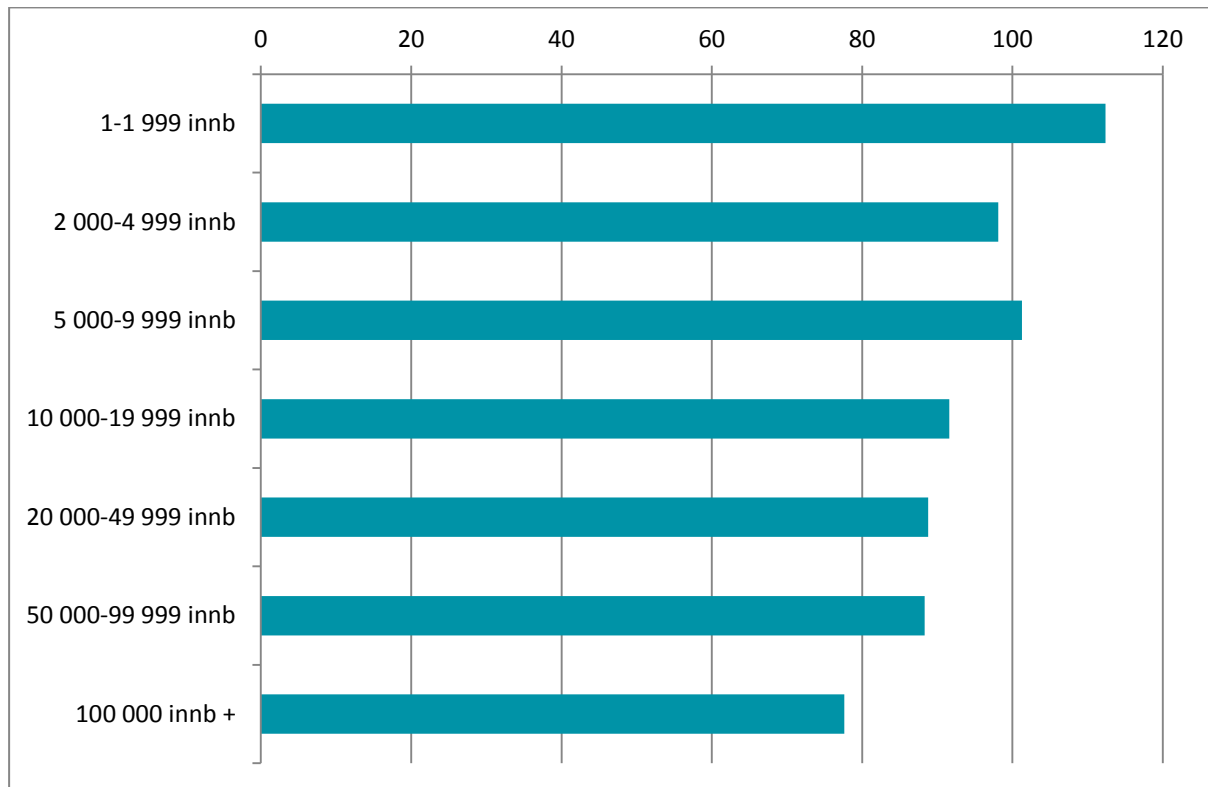
Boksplottet nedenfor viser spredningen mellom kommunene i antall mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere i 2014. Linjene over og under boksene viser minimums- og maksimumsverdi, i tillegg til at prikkene viser såkalte uteliggere. 50 prosent av kommunene befinner seg i boksene, og linjen i boksen indikerer medianverdi. Figuren over viste at det er kommunene i Nord som i gjennomsnitt hadde flest mottakere av fysioterapi i 2014. Samtidig viser figur 2.3 at det også er størst variasjon mellom kommunene i denne regionen. Dette ser vi ved at avstanden mellom minimums- og maksimumsverdi går fra nesten seks mottakere til 253 mottakere per 1 000 innbyggere i kommunene med flest mottakere. Det er også for denne regionen at boksen som inneholder 50 prosent av kommunene er størst. I Vest, regionen som i gjennomsnitt har færrest mottakere av fysioterapi, er det også relativt stor spredning mellom kommunene. Her varierer det fra nesten sju mottakere per 1 000 innbyggere til 223 i kommunen med flest mottakere.

Figur 2.3 Kommunenes variasjon i antall mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere fordelt på region i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



Når vi ser på sammenhengen mellom antall mottakere av fysioterapi og kommunestørrelse, er det en tydelig trend at kommuner med et lavt innbyggertall har større forbruk enn kommuner med flere innbyggere. Figur 2.4 viser at de minste kommunene med færre enn 2 000 innbyggere i gjennomsnitt hadde 112 mottakere av fysioterapi per 1 000 innbyggere i 2014. Til sammenlikning hadde de aller største kommunene med over 100 000 innbyggere i gjennomsnitt 78 mottakere per 1 000 innbyggere.

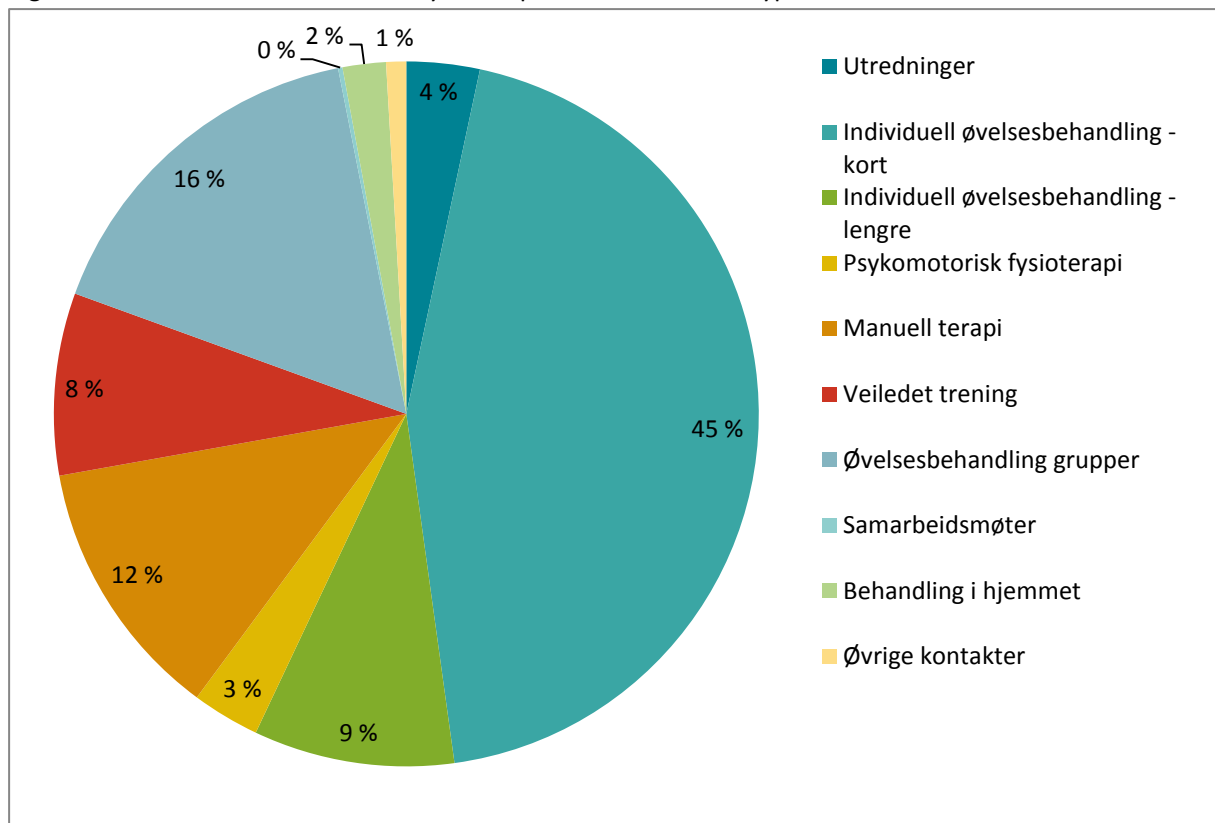
Figur 2.4 Mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere etter kommunestørrelse i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



2.3 Behandlingstyper

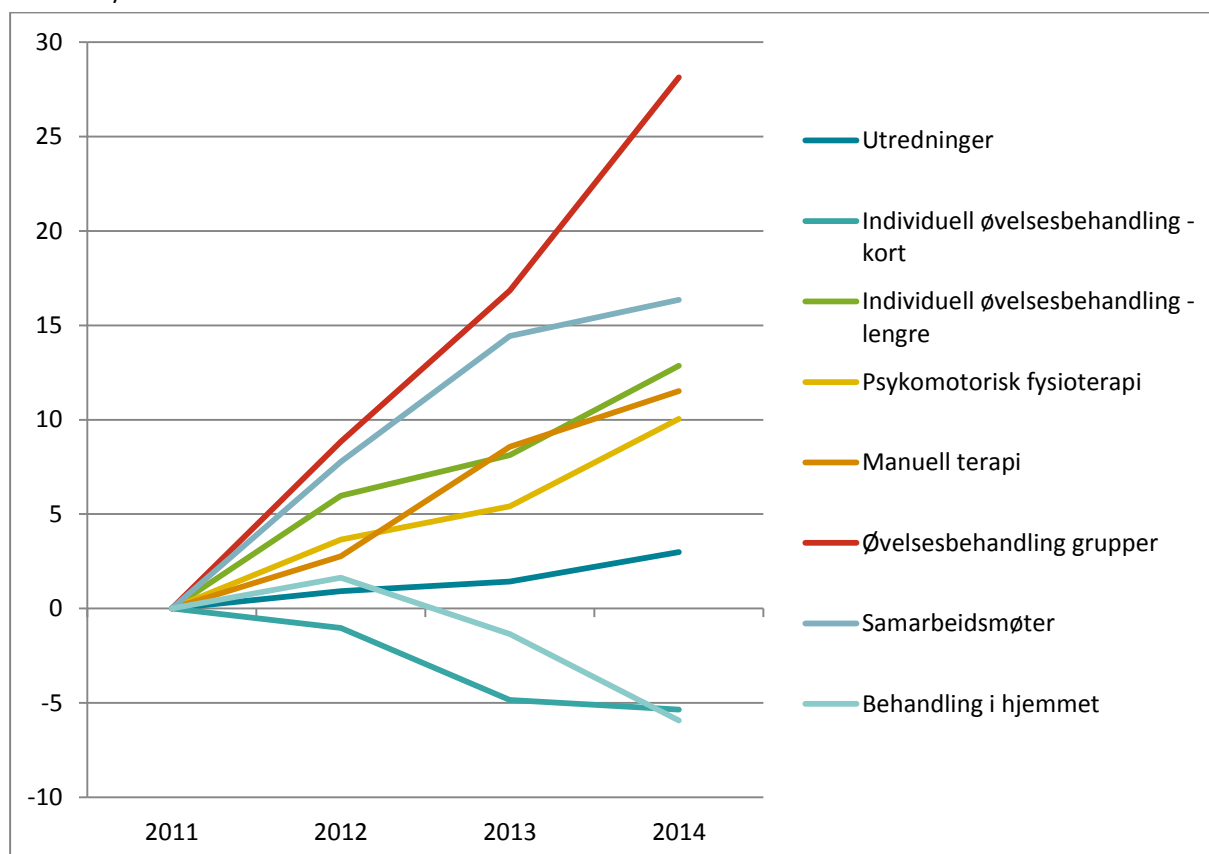
Behandling hos fysioterapeut kan foregå på mange forskjellige måter. Figuren under viser hvilke former for behandling som var mest vanlig hos de avtalefysioterapeutene i 2014. Den klart mest vanlige kontaktformen var individuell øvelsesbehandling – kort, med en andel på 45 prosent. Deretter var det øvelsesbehandling i grupper som var den mest brukte behandlingsformen, med en andel på 16 prosent. 12 prosent av alle kontaktene var manuell terapi, mens ni prosent var individuell øvelsesbehandling – lengre.

Figur 2.5 Andel kontakter hos avtalefysioterapeuter etter kontakttype i 2014. Data KUHR/HELFO.



Figur 2.6 viser utviklingen i antall kontakter for de ulike behandlingsformene fra 2011 til 2014. I denne perioden er det øvelsesbehandling i grupper som har hatt den største veksten, med en økning på 28 prosent. Deretter har det vært en vekst i samarbeidsmøter på 16 prosent. Individuell øvelsesbehandling – lengre har hatt en vekst på nesten 13 prosent, mens manuell terapi har økt med 11,5 prosent i samme periode. Kontakttypen psykomotorisk fysioterapi har hatt en vekst på ti prosent. De to behandlingsformene behandling i hjemmet og individuell øvelsesbehandling – kort er de eneste kontakttypene som har gått ned i perioden 2011 til 2014. Antall kontakter med behandling i hjemmet har gått ned med nesten seks prosent, mens individuell øvelsesbehandling – kort, som er den vanligste kontakttypen, har gått ned med 5,3 prosent.

Figur 2.6 Prosent vekst i antall kontakter hos avtalefysioterapeuter etter kontaktttype i 2011-2014²⁴. Data fra KUHR/HELFO.

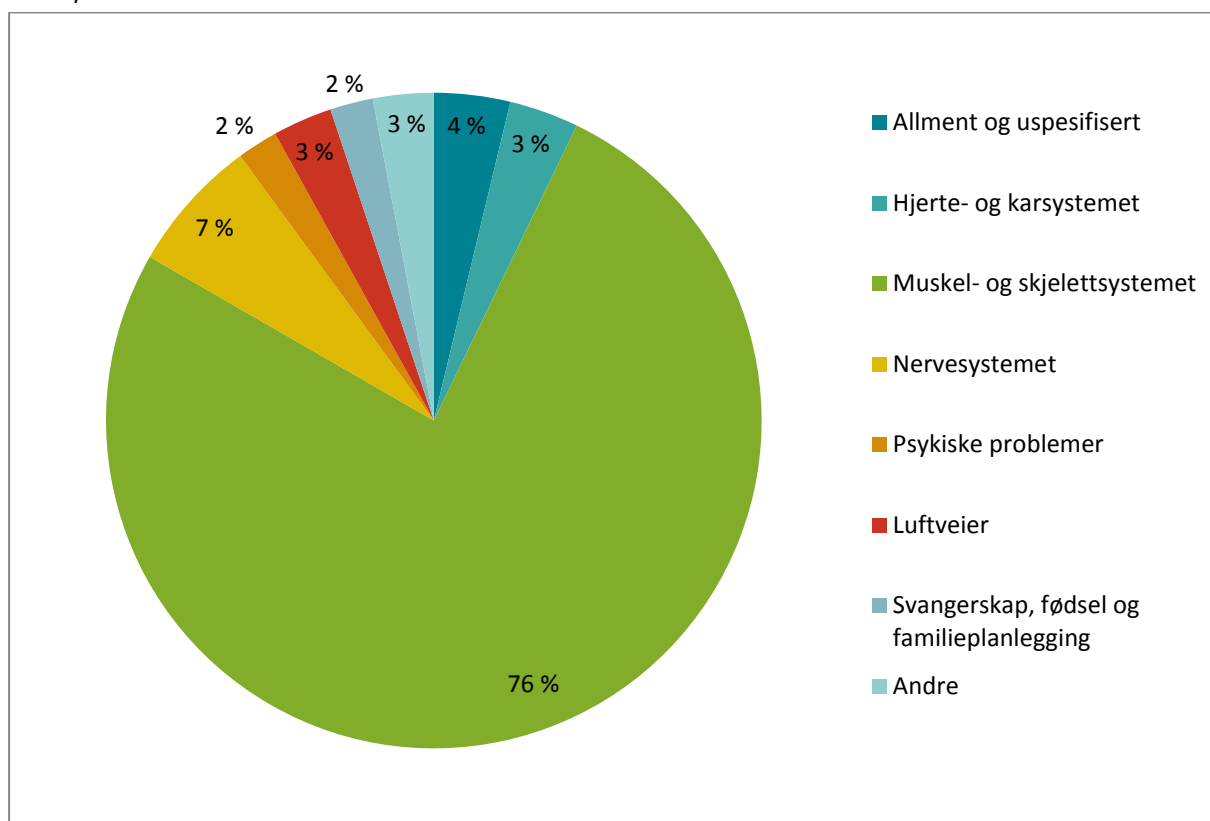


2.4 Diagnoser

Pasienter som mottar fysioterapi har ulike diagnoser, men den klart mest vanlige er diagnosegruppe L «Muskel- og skjelettsystemet» i ICPC-2-kodeverket. Figur 2.7 viser at 76 prosent av de som mottok fysioterapi hos private fysioterapeuter i 2014 hadde muskel- og skjelettplager som hoveddiagnose. Denne andelen har ligget stabilt på i overkant av 76 prosent siden 2011. Sju prosent av mottakerne av fysioterapi hadde en lidelse i nervesystemet som hoveddiagnose, mens fire prosent hadde allmenne og uspesifiserte lidelser. Mottakere med diagnoser innen kapittel K «Hjerte- og karsystemet» utgjorde til sammen tre prosent. Det samme gjorde mottakere med luftveisproblematikk.

²⁴ Kontakttypene «veiledet trening» og «øvrige kontakter» er tatt ut da det har vært registreringsendringer i perioden som gjør at utviklingstallene blir misvisende.

Figur 2.7 Andel mottakere av avtalefysioterapi etter hoveddiagnosegruppe i ICPC-2 i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



Tabell 2.3 nedenfor viser at det er forskjell mellom diagnosegruppene i forhold til hvor mange konsultasjoner pasientene i gjennomsnitt mottar. Det er mottakere med en hoveddiagnose i kapittel R «Luftveier» som i gjennomsnitt får flest konsultasjoner i løpet av ett år; i 2014 fikk denne pasientgruppen i gjennomsnitt nesten 30 konsultasjoner per pasient. Mottakere innen diagnosegruppene «Nervesystemet» og «Hjerte- og karsystemet» mottok i gjennomsnitt over 25 konsultasjoner. Mottakerne av fysioterapi innen den aller største diagnosegruppa «Muskel- og skjelettsystemet» får i gjennomsnitt 18 konsultasjoner hver i løpet av ett år.

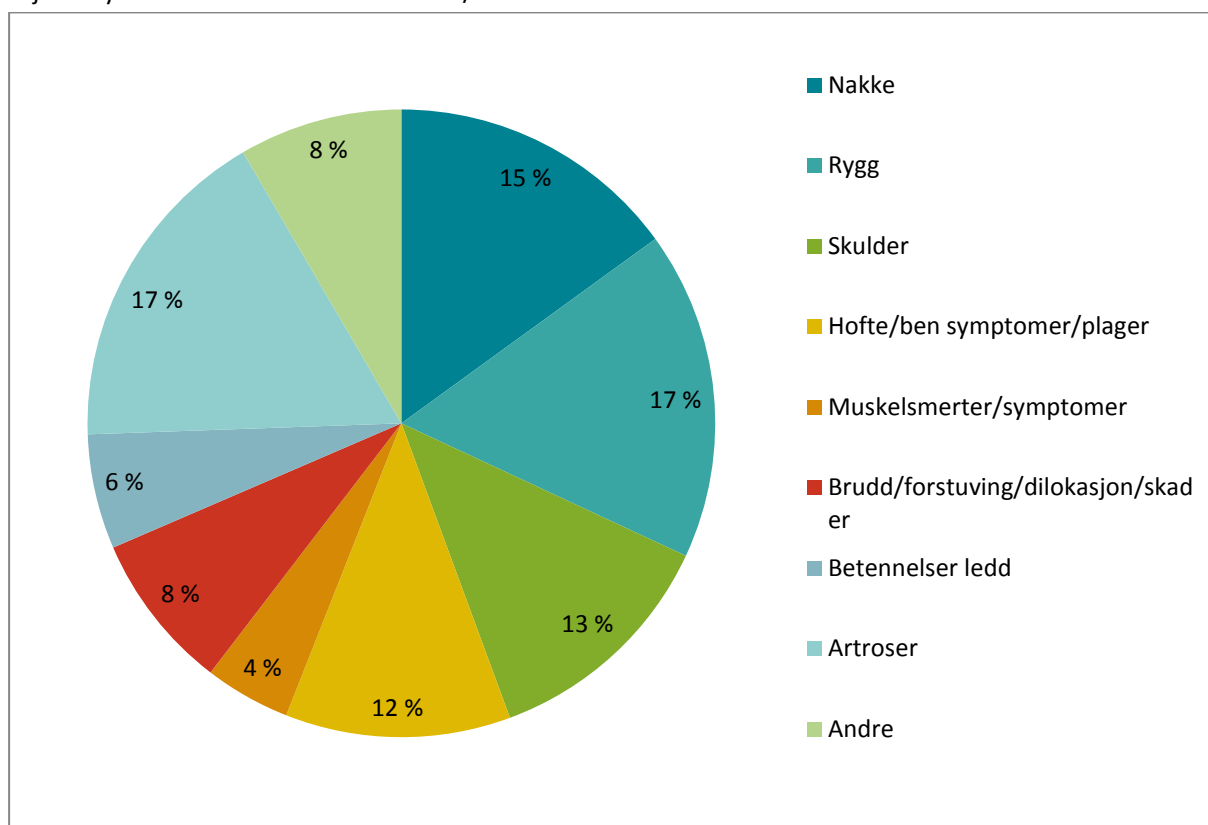
Tabell 2.3 Konsultasjoner per mottaker av avtalefysioterapi etter diagnosegruppe i 2011-2014. Data fra KUHR/HELFO.

Diagnosegrupper	2011	2012	2013	2014
Allment og uspesifisert	17,3	17,3	18,4	17,8
Hjerte- og karsystemet	24,2	24,3	25,9	25,6
Muskel- og skjelettsystemet	16,4	16,3	17,8	17,8
Nervesystemet	24,7	24,6	26,7	26,5
Psykiske problemer	15,5	15,6	15,8	15,9
Luftveier	25,7	25,6	28,7	29,2
Svangerskap, fødsel og familieplanlegging	11,3	11,2	12,0	11,5
Andre	13,9	13,9	14,5	14,8
Totalt	17,3	17,3	18,7	18,7

Muskel- og skjelettsystemet

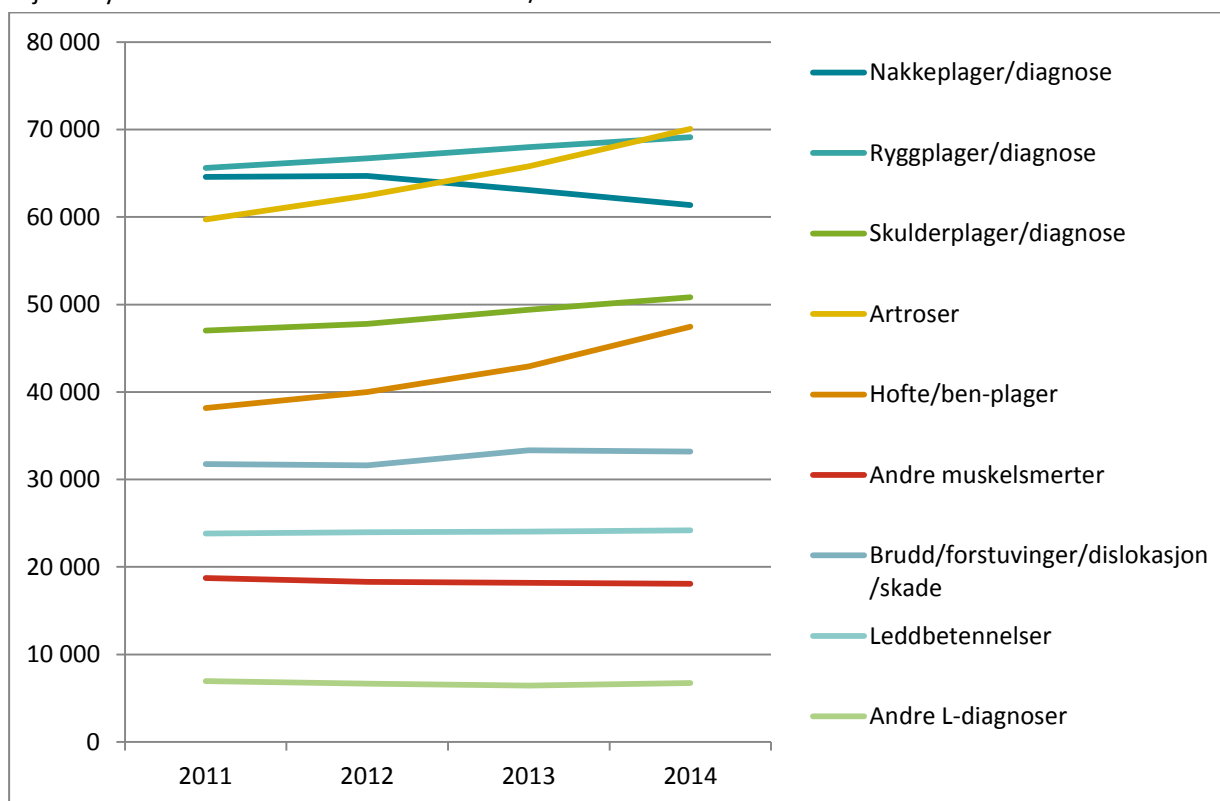
Vi har tidligere sett at det er pasienter med sykdommer og plager knyttet til muskel- og skjelettsystemet som er den klart største gruppen som får fysioterapi. Innen denne diagnosegruppen er det mottakere med ryggproblematikk og artroser som utgjør de største gruppene, begge med en andel på 17 prosent. Mottakere med nakkeproblematikk utgjør 15 prosent av de som får fysioterapi innen denne hoveddiagnosegruppen, mens mottakere med skulderplager og plager i hofter og ben utgjør henholdsvis 13 og 12 prosent.

Figur 2.8 Andel mottakere av avtalefysioterapi etter diagnosegruppe i kapittel L «Muskel- og skjelettsystemet» i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



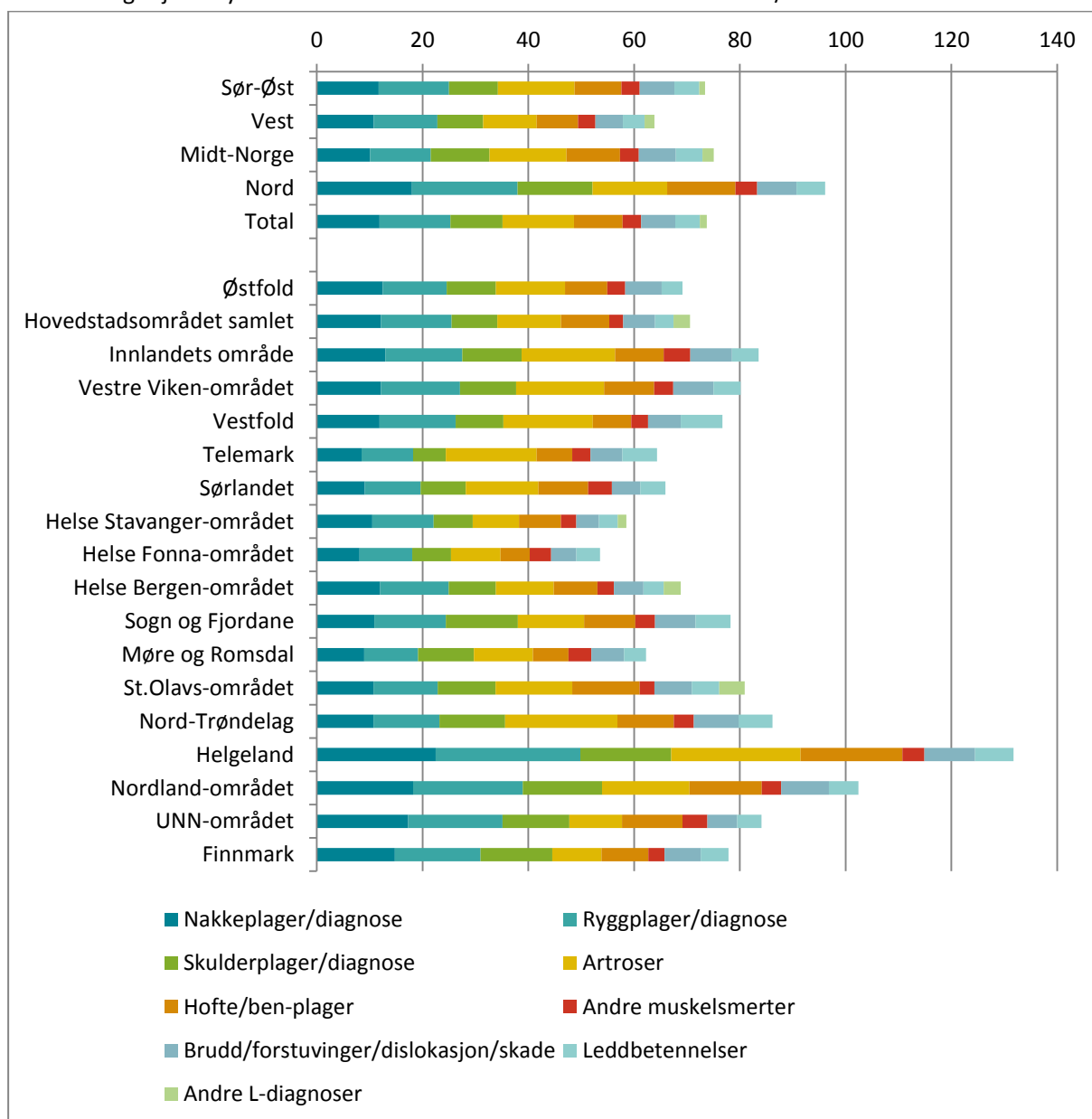
Figur 2.9 viser utviklingen i antall mottakere av fysioterapi i hoveddiagnosegruppen «Muskel- og skjelettsystemet» fordelt på underdiagnoser i perioden 2011 til 2014. Figuren viser at det er pasienter i gruppene «Hofte/ben-plager» og «Artroser» som har hatt størst vekst i perioden. Fra 2011 til 2014 har antall pasienter som har mottatt fysioterapi for plager i hofte og ben økt med drøyt 24 prosent. Veksten siste år, fra 2013 til 2014, har vært på i underkant av 11 prosent. Mottakere i gruppen «Artroser» har økt med drøyt 17 prosent i perioden 2011 til 2014, og har dermed gått fra å være den tredje største diagnosegruppen i 2011 til å være den største i 2014. Antall mottakere av fysioterapi med ryggplager har hatt en jevn vekst i perioden, mens mottakere med nakkeplager har gått ned. I 2011 var det nesten like mange mottakere av fysioterapi med nakkeplager som med ryggplager, men disse to gruppene har altså hatt noe ulik utvikling fram mot 2014. Antall mottakere med skulderplager har hatt en relativt jevn vekst i perioden.

Figur 2.9 Antall mottakere av avtalefysioterapi i ulike diagnosegrupper i kapittel L «Muskel- og skjelettsystemet» i 2011-2014. Data fra KUHR/HELFO.



Figur 2.10 viser hvordan de ulike diagnosegruppene i kapittel L «Muskel- og skjelettsystemet» er fordelt på regioner og bostedsområder i 2014. På regionnivå viser figuren at kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge ligger omtrent på landsgjennomsnittet når vi kontrollerer for innbyggertall. Både Sør-Øst og Midt-Norge ligger imidlertid noe over det nasjonale snittet når det gjelder antall mottakere med artroser. Kommunene i Midt-Norge har noen færre mottakere med ryggplager, men har igjen flere mottakere med skulderplager. Kommunene i Vest hadde i gjennomsnitt 64 mottakere per 1 000 innbyggere med muskel- og skjelettlidelser, mot landsgjennomsnittet på 74, og ligger dermed lavest av regionene. Kommunene i Vest ligger gjennomgående lavt innen alle undergruppene, men det er kanskje særlig i gruppen «Artroser» at det er få mottakere i denne regionen sammenliknet med de andre. De andre regionene hadde alle i overkant av 14 mottakere per 1 000 innbyggere som mottok fysioterapi for artroser, mens kommunene i Vest i gjennomsnitt lå på 10 mottakere. I Vest er det særlig kommunene i Stavanger- og Fonna-området som ligger lavt. Kommunene i Nord har flest mottakere av fysioterapi i gruppen «Muskel- og skjelettsystemet» med 96 mottakere per 1 000 innbyggere. Kommunene i denne regionen ligger gjennomgående høyt i alle underkategoriene, men det er kanskje særlig for nakke-, skulder- og ryggplager at det er mange som mottar fysioterapi her. Videre viser figuren at kommunene i Helgeland, og til dels Nordland, skiller seg ut med å ha mange mottakere av fysioterapi med muskel- og skjelettproblematikk.

Figur 2.10 Antall mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere i ulike diagnosegrupper i kapittel L «Muskel- og skjelettsystemet» etter bostedsområde i 2014. Data fra KUHR/HELFO.

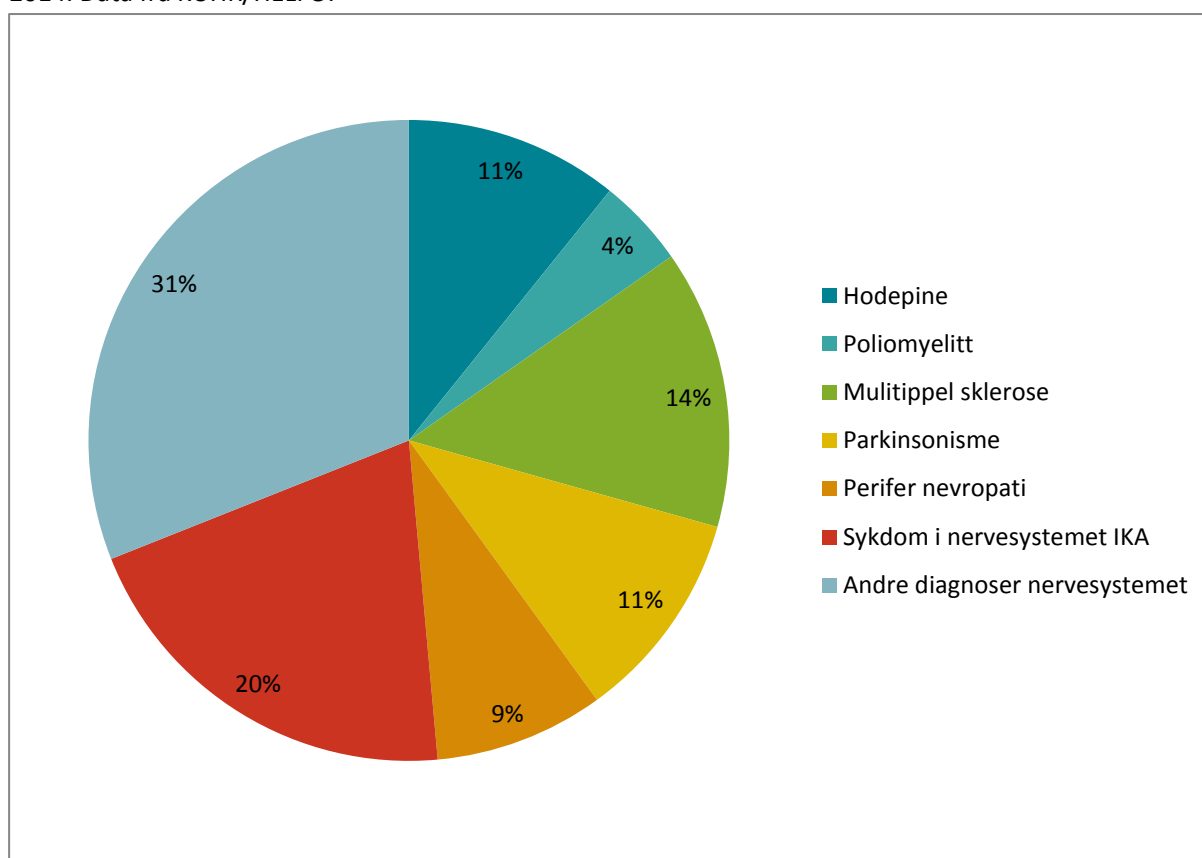


Nervesystemet

Figur 2.7 viste at om lag sju prosent av de som mottar fysioterapi har en hoveddiagnose i kapittel N «Nervesystemet». Innen denne diagnosegruppen er det pasienter med multipel sklerose som utgjør den største enkeltdiagnosegruppen med en andel på 14 prosent. Mottakere med parkinsonisme og hodepine

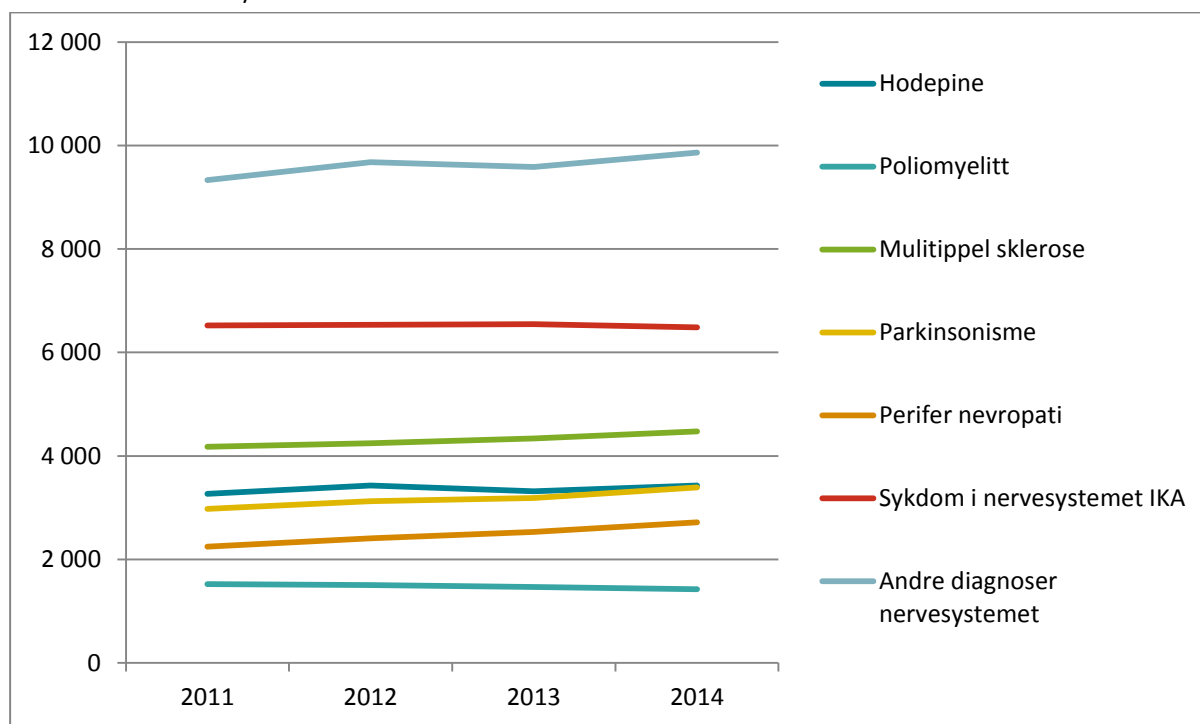
som hoveddiagnoser utgjør begge 11 prosent. Ni prosent av mottakerne har diagnosen perifer nevropati, mens fire prosent har diagnosen poliomyelitt. Innen hovedkapitlet om nervesystemet er det relativt mange mottakere (20 prosent) som har fått diagnosen N99 «Sykdom i nervesystemet IKA», som er en type samle-diagnosegruppe for diagnoser som ikke er klassifisert annet sted.

Figur 2.11 Andel mottakere av avtalefysioterapi etter diagnosegruppe i kapittel N «Nervesystemet» i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



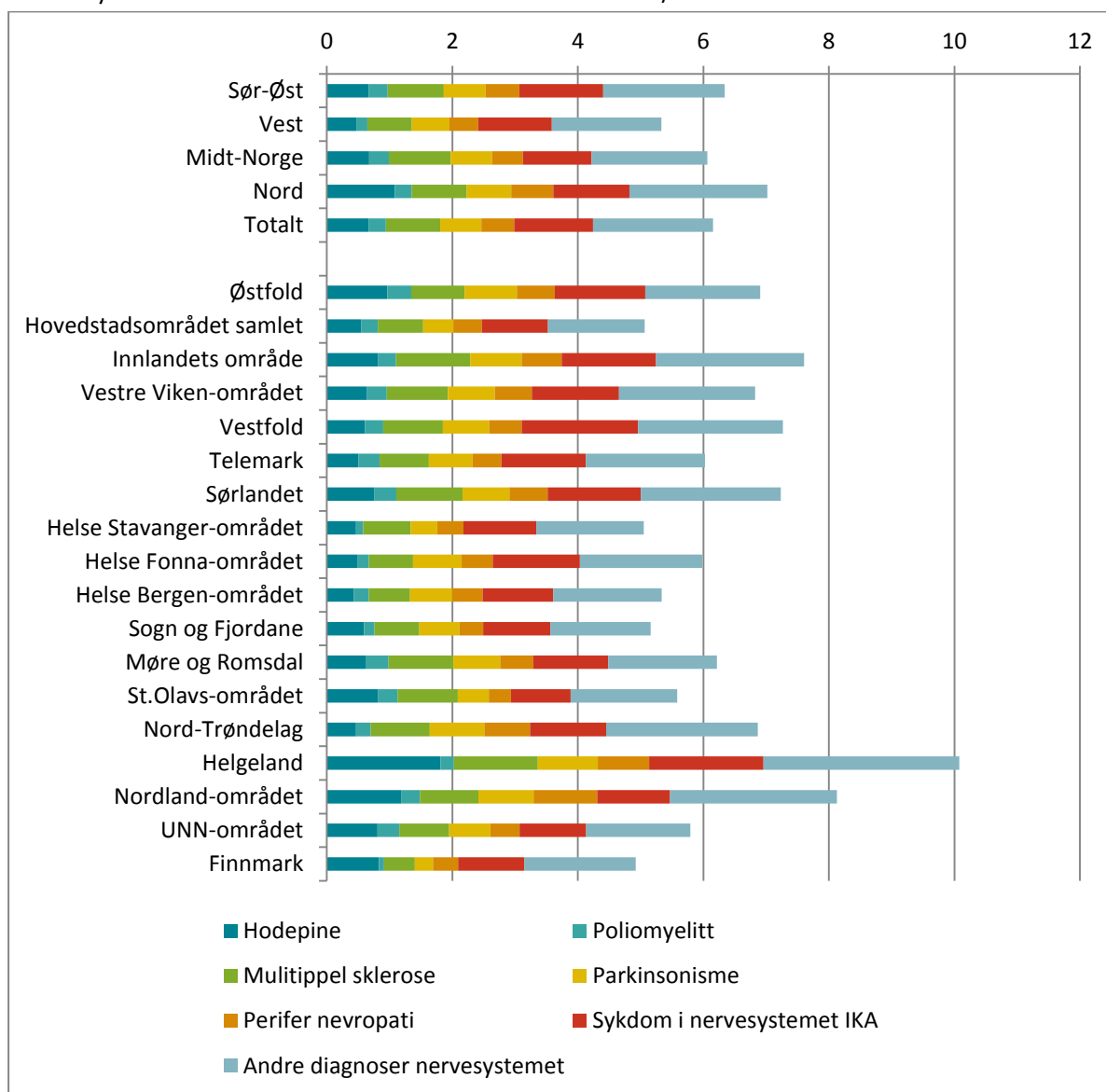
Figur 2.12 viser utviklingen i antall mottakere av fysioterapi i hoveddiagnosegruppen «Nervesystemet» fordelt på underdiagnoser i perioden 2011 til 2014. Figuren viser at det er pasienter med diagnosene «Perifer nevropati» og «Parkinsonisme» som har hatt størst vekst i perioden. Fra 2011 til 2014 har antall pasienter som har mottatt fysioterapi for perifer nevropati økt med 21 prosent. Veksten siste år, fra 2013 til 2014, har vært på nesten åtte prosent. Mottakere med diagnosen parkinsonisme har økt med nesten 14 prosent i perioden 2011 til 2014. Antall pasienter med diagnosen poliomyelitt er den eneste som har hatt en nedgang i perioden. Fra 2011 til 2014 har det vært en nedgang på i underkant av sju prosent i antall mottakere av fysioterapi med denne diagnosen.

Figur 2.12 Antall mottakere av avtalefysioterapi etter diagnosegruppe i kapittel N «Nervesystemet» i 2011-2014. Data fra KUHR/HELFO.



Når vi ser på antall mottakere av fysioterapi med en hoveddiagnose i kapittel N «Nervesystemet» fordelt på regioner og bostedsområder, ser vi til dels det samme mønsteret som for sykdomsgruppen «Muskel- og skjelettsystemet». Figuren under viser at kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge ligger omtrent på landsgjennomsnittet i antall mottakere per 1 000 innbyggere med en diagnose knyttet til nervesystemet. Dette gjelder for alle de mest vanlige diagnosene i dette hovedkapitlet. Kommunene i Vest har færrest mottakere av fysioterapi, mens det igjen er kommunene i Nord som i gjennomsnitt har flest mottakere av fysioterapi når man kontrollerer for innbyggertall. I Nord er det særlig kommunene i bostedsområdet Helgeland som ligger høyt med 10,1 mottakere per 1 000 innbyggere, mot 6,2 som er landsgjennomsnittet.

Figur 2.13 Antall mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere i ulike diagnosegrupper i kapittel N «Nervesystemet» etter bostedsområde i 2014. Data fra KUHR/HELFO.

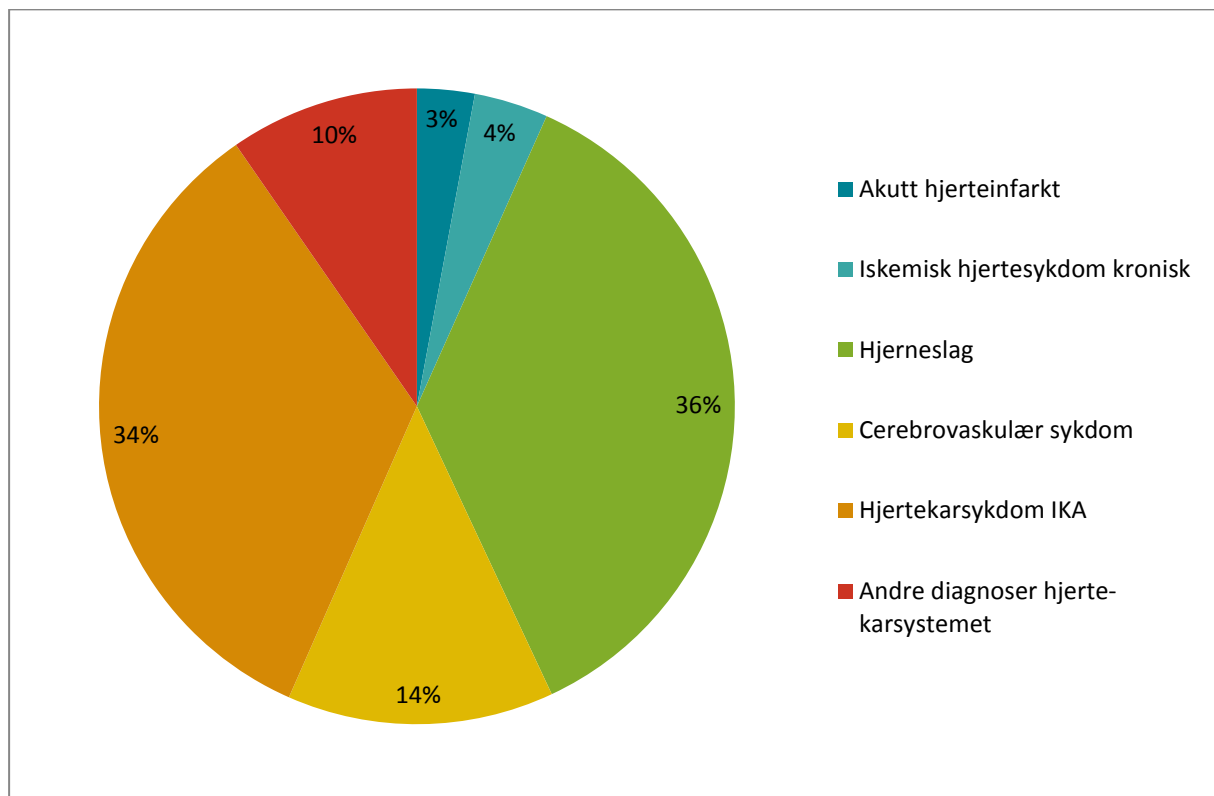


Hjerte- karsystemet

Figur 2.7 viste at tre prosent av alle som mottok fysioterapi i 2014 hadde en hoveddiagnose i kapittel K «Hjerte- karsystemet». Figur 2.14 viser de mest vanlige diagnosene i dette kapitlet og fordelingen av disse. Av figuren ser man at 36 prosent av mottakerne hadde hjerneslag som hoveddiagnose, noe som vil si at dette er den klart mest vanlige enkelt diagnosen for pasienter som mottar fysioterapi for hjerte- karsykdommer. 14 prosent av mottakerne hadde cerebrovaskulær sykdom som hoveddiagnose, mens henholdsvis tre og fire prosent hadde iskemisk hjertesykdom og akutt hjerteinfarkt. Diagnosegruppen K99

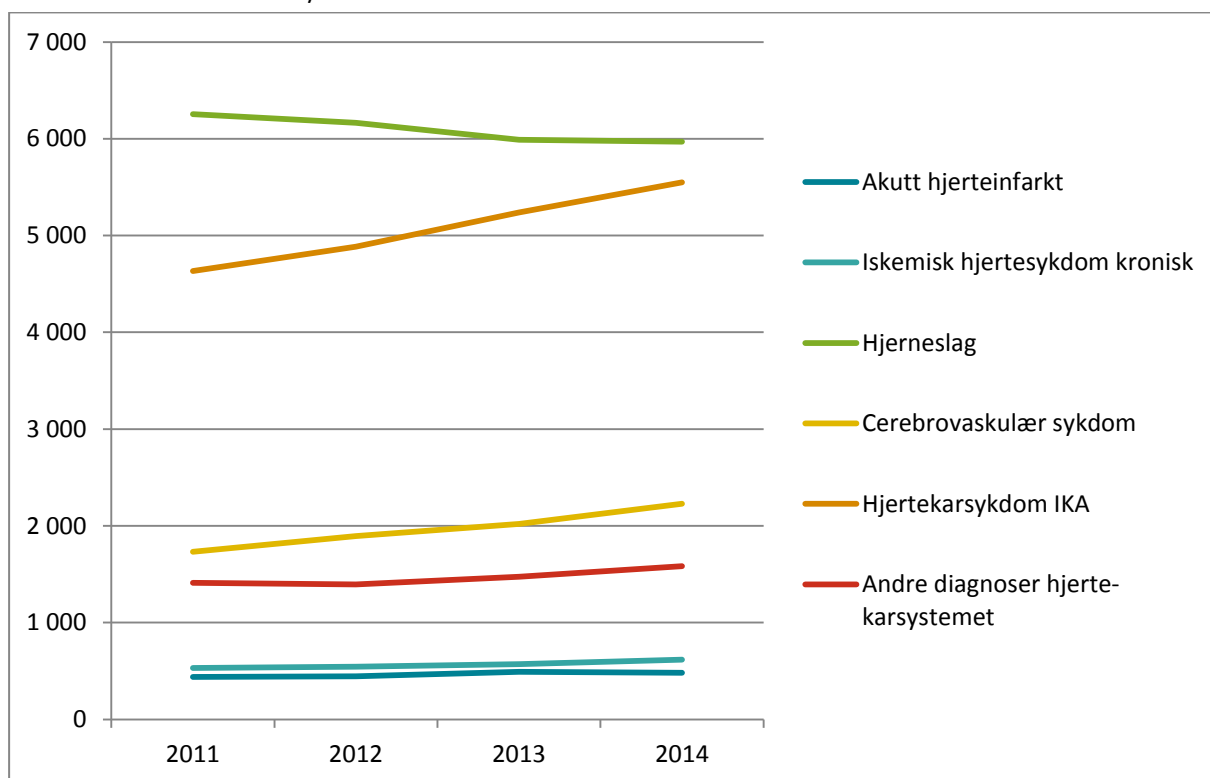
«Hjerte- karsykdom IKA», som er en samlegruppe for diagnoser som ikke er klassifisert et annet sted, utgjorde 34 prosent.

Figur 2.14 Andel mottakere av avtalefysioterapi etter diagnosegruppe i kapittel K «Hjerte- karsystemet» i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



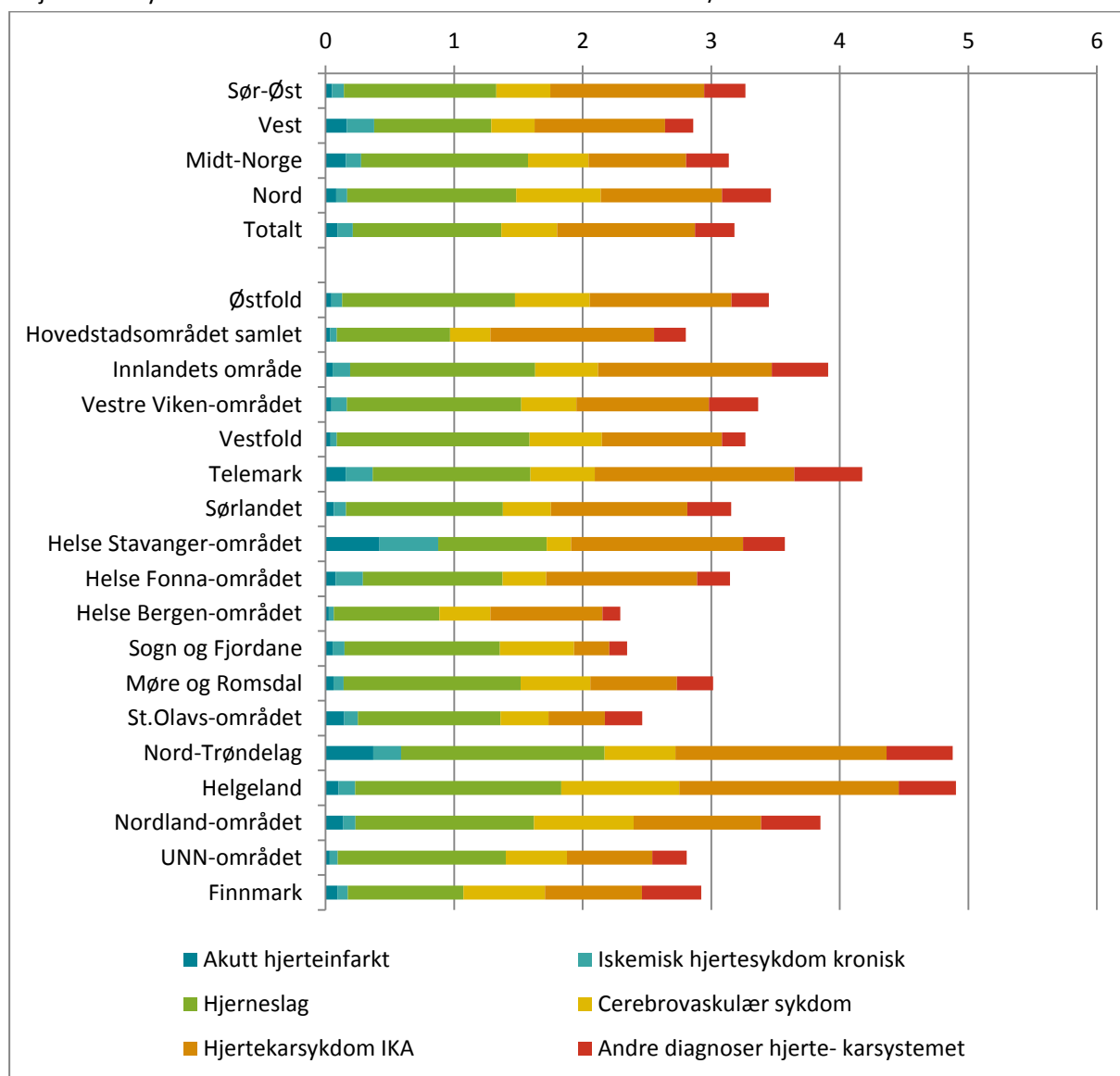
Figur 2.15 viser utviklingen i antall mottakere av fysioterapi for de mest vanlige diagnosene i hoveddiagnosegruppen «Hjerte- karsystemet» i perioden 2011 til 2014. I denne fireårsperioden er det diagnosegruppen cerebrovaskulær sykdom som har hatt den største veksten med en økning på nesten 29 prosent. Også antall mottakere med diagnosene iskemisk hjertesykdom og akutt hjerteinfarkt har økt, selv om tallene her i utgangspunktet er mindre. Denne største diagnosegruppen, mottakere med hjerneslag, er den eneste som har gått ned i perioden. Fra 2011 til 2014 var nedgangen på 4,5 prosent. Samlegruppen med hjerte- karsykdommer som ikke er klassifisert annet sted har også hatt en markant økning med en vekst på nesten 20 prosent.

Figur 2.15 Antall mottakere av avtalefysioterapi etter diagnosegruppe i kapittel K «Hjerte- karsystemet» i 2011-2014. Data fra KUHR/HELFO.



Figur 2.16 viser variasjonen mellom regioner og bostedsområder i antall mottakere av fysioterapi i kapittel K «Hjerte- karsystemet». Figuren viser at mønsteret fra de andre hovedkapitlene også gjentar seg her. Kommunene i Sør-Øst og i Midt-Norge ligger omtrent på landsgjennomsnittet med henholdsvis 3,3 og 3,1 mottakere per 1 000 innbyggere. Det er likevel til dels store variasjoner innad i disse regionene. Dette gjelder spesielt for kommunene i Midt-Norge, der særlig bostedsområdet Nord-Trøndelag skiller seg ut ved å ha 4,9 mottakere per 1 000 innbyggere. St. Olavs-området har til sammenlikning 2,5 mottakere per 1 000 innbyggere i denne hoveddiagnosegruppen. Kommunene i Vest utgjør regionen som i gjennomsnitt har færrest mottakere per 1 000 innbyggere, mens kommunene i Nord igjen ligger høyest. Og også her er det kommunene i bostedsområdet Helgeland som skiller seg ut ved å ha 4,9 mottakere per 1 000 innbyggere, det samme som bostedsområdet Nord-Trøndelag.

Figur 2.16 Antall mottakere av avtalefysioterapi per 1 000 innbyggere i ulike diagnosegrupper i kapittel K «Hjerte- karsystemet» etter bostedsområde i 2014. Data fra KUHR/HELFO.



3 DATAGRUNNLAG OG METODE

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator defineres habilitering og rehabilitering slik:

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

3.1 Habilitering og rehabilitering i og utenfor institusjon

I kommunene rapporteres tiltak, herunder rehabilitering i og utenfor institusjon, til mottakere av pleie- og omsorgstjenester til IPLOS-registeret, og dataene blir utlevert av SSB. I 2014 står 36 prosent av kommunene uten registrerte mottakere av rehabiliteringstjenester i institusjon. Tilsvarende er det 63 prosent av kommunene som ikke rapporterer mottakere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon. I analysene i denne rapporten er det ikke korrigeret for dette, da det er vanskelig å vite om den store andelen missing skyldes at de faktisk ikke har mottakere av disse tjenestene, om det er manglende rapportering, eller at det er så få mottakere at de blir «prikket» av SSB når data utleveres. Dette gjør av disse dataene må tolkes med forsiktighet. Tilbud til andre brukergrupper utenfor helse- og omsorgstjenesten blir ikke fanget opp.

I IPLOS-dataene er det ikke mulig å skille mellom hva som er habilitering og hva som er rehabilitering. Det er derfor svært vanskelig å si noe om hvor stor andel av aktiviteten som er habilitering. Det er også viktig å presisere at tjenester som blir gitt utenfor pleie- og omsorgstjenesten ikke vil bli fanget opp i disse dataene. Dette vil for eksempel gjelde en del habiliteringstjenester til barn og unge som blir gitt gjennom helsestasjon og skolehelsetjenesten.

Informasjon om andel mottakere av pleie- og omsorgstjenester som har fått utarbeidet individuell plan (IP) finnes i IPLOS og er hentet fra SSBs rapport «Kommunale helse -og omsorgstjenester 2014». Data om andel kommuner som har etablert koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering og som har en politisk vedtatt plan for habilitering og rehabilitering er hentet fra SSB/KOSTRA. Dette gjelder også informasjon om antall og andel plasser avsatt til rehabilitering i institusjon.

Informasjon om innhold i og organisering av tjenester, både rehabilitering i og utenfor institusjon og koordinerende enhet, er hentet fra Helsedirektoratets spørreundersøkelse til alle landets kommuner sommeren 2014. Denne spørreundersøkelsen ble besvart av 60 prosent av kommunene/bydelene.

3.2 Avtalefysioterapeuter

Dataene for de private fysioterapeutene er fra HELFO/KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og baserer seg på refusjoner som behandler har fått utbetalt fra HELFO. Data gjelder konsultasjoner og kontakter for 2011-2014 uavhengig av når disse er utbetalt. Tallene vil derfor avvike fra HELFO-tall som gjelder antallet utbetalte refusjoner for det aktuelle regnskapsåret. Data er basert på pasientens bostedskommune og gjelder refusjoner som inneholder pasientens FNR/DNR.

Når fastlegen henviser pasienter til fysioterapi benyttes kodeverket ICPC-2 (International Classification of Primary Care) for å klassifisere pasientens helseproblem. I denne rapporten er derfor analysene av diagnoser basert på hvilken hoveddiagnose mottakerne har i dette kodeverket. Det er takstkoder som angir hvilken kontakttipe konsultasjonen gjaldt.



Postadresse: Pb. 7000,
St. Olavs plass, 0130 Oslo

Telefon: +47 810 20 050

Faks: +47 24 16 30 01

E-post: postmottak@helsedir.no

www.helsedirektoratet.no