



REHABILITERINGSPYRAMIDEN

Rehabilitering - en investering i fremtiden

FoU-rapport utarbeidet for KS

2023

OPPDRAGSGIVER: KS

RAPPORTNUMMER: R 1022403

RAPPORTENS TITTEL: Rehabilitering - en investering i fremtiden

ANSVARLIG KONSULENT: Lisbet Kjøniksen, Kjell Værnor, Astrid Nesland, Cecilie Aagestad

KVALITETSSIKRET AV: Cecilie Aagestad

FOTOGRAFI I RAPPORT: Rehabiliteringspyramiden, hentet fra KS temahefte om hverdagsrehabilitering

DATO: 22. januar 2024

Forord

På oppdrag fra KS har Agenda Kaupang gjennomført prosjektet *Rehabilitering - en investering i fremtiden*. Formålet med dette FoU-prosjektet har vært å beskrive hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering og å vurdere hvilke variasjoner mellom kommuner som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke feltet. Denne rapporten dokumenterer resultatene fra en spørreundersøkelse i 27 norske kommuner og dybdeintervjuer i 11 av de 27 kommunene som har deltatt i spørreundersøkelsen. KS vil bruke kunnskapen fra undersøkelsen til å synliggjøre hensyn som bør ivaretas inn i det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet, bl.a. inn i arbeidet med og gjennomføringen av ny nasjonal helse- og samhandlingsplan og andre statlige initiativ (som f.eks. oppdatering av nasjonal veileder) på feltet.

Arbeidet er gjennomført av Cecilie Aagestad, Astrid Nesland, Kjell Værnor og Lisbet Kjøniksen, med sistnevnte som ansvarlig konsulent.

Vi vil takke alle som har stilt opp til intervju, og som har svart på spørreundersøkelsen. Det har vært viktige bidrag i prosjektet. Vi retter også en takk til referansekommunene og KS for faglige innspill og diskusjoner, samt god tilrettelegging, samarbeid og oppfølging under hele prosjektperioden. Dette har bidratt til forbedringer i gjennomføringen.

Skøyen, 22. januar 2024

Innhold

Sammendrag	6
1 Bakgrunn	5
1.1 Mål for prosjektet.....	5
1.2 Kunnskap om kommunal rehabilitering.....	5
1.3 Kort om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.....	6
1.3.1 Kort om helsefelleskapene.....	6
1.4 Problemstillinger.....	8
1.5 Organisering av prosjektet.....	8
2 Metode	9
2.1 Fase 1 – Kartlegging av dagens praksis.....	9
2.1.1 Spørreundersøkelse.....	9
2.1.2 Kvantitative data – statistikk og registerdata.....	10
2.2 Fase 2 – Kartlegging av årsaker til ulik praksis.....	10
2.3 Fase 3 – Anbefale hvilke variasjoner som bør hensyntas.....	11
2.4 Metodiske refleksjoner.....	12
3 Fase 1 - Dagens situasjon og praksis i kommunene	13
3.1 Funn fra spørreundersøkelsen.....	13
3.1.1 Oppsummering av hovedfunn.....	13
3.1.2 Forståelse og samarbeid om rehabilitering.....	16
3.1.3 Tjenester og faggrupper som inngår i rehabiliteringsarbeidet.....	19
3.1.4 Valg av strategisk retning.....	21
3.1.5 Dagens organisering av rehabiliteringsarbeidet.....	22
3.1.6 Digitalisering og teknologi.....	25
3.1.7 Faglige metoder og verktøy.....	26
3.1.8 Målinger.....	28
3.1.9 Vurdering, avslutning og oppfølging av rehabiliteringsforløp.....	31
3.1.10 Grunnlag for utvikling av rehabiliteringstjenestene.....	33
3.1.11 Kompetanse og kompetanseutvikling.....	34
3.1.12 Samarbeid og samhandling eksternt.....	34
3.1.13 Utfordringer og fremtidig fokus.....	38
4 Fase 2 – Årsaker til ulik praksis	40
4.1 Oppsummering av funn i intervjuene.....	40
4.2 Tilnærming til rehabilitering.....	42
4.2.1 Valg av strategisk retning, mål og prioriteringer for rehabilitering i kommunen.....	42
4.2.2 Felles forståelse.....	42
4.2.3 Økonomi.....	43
4.2.4 Ulik organisering av rehabilitering i kommunene.....	43
4.2.5 Samarbeid.....	44
4.2.6 Styringsdata og målinger.....	44

4.3	Lokale forhold og hensyn	45
4.3.1	Kommunens evne til å prioritere rehabilitering	45
4.3.2	Kompetanse, rekrutteringssituasjon og tilgang til kvalifisert personell	45
4.4	Spesialisthelsetjenesten og helsefelleskapet	45
4.4.1	Opplevelse av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten	45
4.4.2	Kommunene opplever ikke likeverdighet i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten	46
4.4.3	Ulik bruk av spesialisthelsetjenester	46
4.4.4	Helsefelleskapene er på ulike steder i etableringen	47
4.5	Fremtidsperspektiver	47
4.5.1	Kommunene er opptatt av å forankre rehabilitering i planer	47
4.5.2	Faktorer som fremmer den kommunale rehabiliteringen	47
4.5.3	Utfordringer kommunene møter i rehabiliteringsarbeidet	47
4.5.4	Kommunens ønsker for fremtidens rehabiliteringstilbud varierer	48
4.6	Andre grunner og behov	48
5	Vurdering av årsaker til ulik praksis	50
5.1	Oppsummering av årsaker til ulik praksis	50
5.2	Kommunestørrelse og sentralitet	51
5.3	Kommuneøkonomi	51
5.4	Valg av strategisk retning og oppfølging av planer for rehabilitering	52
5.5	Kompetansetilgang og kapasitet	52
5.6	Spesialiseringsbehov	53
5.7	Spesialisthelsetjenesten som premissgiver	53
6	Fase 3 – Agenda Kaupangs anbefalinger	55
6.1	Det er behov for et nasjonalt løft for rehabilitering i kommunene	55
6.2	Det er behov for økte økonomiske bevilgninger for å styrke feltet	55
6.3	Det er behov for å avgrense definisjonen på rehabilitering	56
6.4	Kommunenes posisjon i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten må fortsatt styrkes og utvikles	56
6.5	Kommunene må inkluderes i prioriteringsspørsmålene	56
6.6	Kommunene har behov for hjelp til å utvikle styringsdata og kvalitetsindikatorer for rehabilitering	57
6.7	Det er behov for forskning og økt kunnskap om den kommunale rehabiliteringen	57
6.8	Lokalt selvstyre, handlingsrom og fleksibilitet er viktig for kommunene	57
6.9	Kommunenes ulikhet i kapasitet og kompetanse bør hensyntas i nasjonal veileder	58
	Vedlegg	59
	Vedlegg I: Spørreundersøkelsen	59
	Vedlegg II: Intervjuguide brukt i casekommunen	64
	Vedlegg III: Egenskaper ved kommunene i utvalget	66
	Vedlegg IV Ordforklaring	76

Sammendrag

Vårt oppdrag har vært å bistå KS med å undersøke hvordan kommuner forstår og jobber med rehabilitering, og hvilke forskjeller i tilnærming som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke feltet. KS vil bruke kunnskapen fra undersøkelsen til å synliggjøre hensyn som bør ivaretas inn i det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet, bla. inn i arbeidet med og gjennomføringen av ny nasjonal helse- og samhandlingsplan og andre statlige initiativ (som f.eks. oppdatering av veileder) på feltet.

Prosjektet belyser to problemstillinger der den første problemstillingen har til hensikt å kartlegge hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering. Dette innebærer både å kartlegge og beskrive dagens situasjon og kommunenes praksis. Den andre problemstillingen har til hensikt å undersøke variasjoner i kommuners tilnærming til rehabilitering og hvilke variasjoner i behov mellom kommunene som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke feltet.

For å kartlegge og beskrive hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering er det gjennomført en spørreundersøkelse i 27 kommuner. Undersøkelsen inneholder følgende temaer:

- ▶ Forståelse av rehabilitering
- ▶ Valg av strategisk retning
- ▶ Dagens organisering av rehabilitering
- ▶ Digitalisering og teknologi
- ▶ Faglige metoder og verktøy
- ▶ Målinger
- ▶ Samarbeid og samhandling
- ▶ Kompetanse og kompetanseutvikling
- ▶ Vurdering, avslutning og oppfølging av rehabiliteringsforløp
- ▶ Utdfordringer og fremtidig fokus
- ▶ Drivere for utvikling av rehabiliteringstjenestene

Blant de 27 kommunene er det etter sammenstilling av spørreundersøkelsen, gjort et utvalg av casekommuner og gjennomført dybdeintervjuer i elleve kommuner for å undersøke variasjoner i kommunenes tilnærming, årsaker til ulik praksis og variasjoner som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke rehabilitering i kommunene. I intervjuene er det blant annet undersøkt:

- ▶ Hvorfor kommuner har valgt sin tilnærming til rehabilitering
- ▶ Hvordan kommunene mener det er hensiktsmessig å innrette tilbudet i framtiden?
- ▶ Hva kommunene mener er sentrale barrierer og fremmere for å styrke feltet.

Det er også innhentet offentlig tilgjengelige data om kommunenes økonomi, dekningsgrader og årsverk fra SSB, samt statistikk over rehabilitering i spesialisthelsetjenesten (SAMDATA) som er tilgjengelig fra Helsedirektoratet. Datagrunnlaget følger som vedlegg til rapporten.

Funn fra spørreundersøkelsen

Mer enn halvparten av kommunene svarer at de har en **overordnet definisjon** av rehabilitering i egen kommune. Av de som oppgir at de har det, svarer mer enn halvparten at de legger forskriftens definisjon til grunn for egen aktivitet. De andre kommunenes definisjoner av rehabilitering er i hovedsak sammenfallende med formålet i forskriftens definisjon.

60 prosent av de som har svart på enhetsnivå, oppgir at de har en **felles forståelse av rehabilitering** i egen enhet. To tredjedeler svarer at det finnes en felles oppfatning av hvordan man skal jobbe med rehabilitering på tvers av enhetene i kommunen.

Når det gjelder **samarbeid om rehabilitering** internt i den enkelte kommune er respondentene i hovedsak enige i at dette fungerer bra.

Med utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden ble kommunene spurt om **hvilke nivåer for rehabilitering som tilbys** i egen kommune. De fleste kommunene tilbyr flere nivåer av rehabilitering.

Med hensyn til hvilke **faggrupper som inngår i rehabiliteringen** har vi sett at i samtlige kommuner er fysio- og ergoterapeuter involvert i tjenesteytingen. I de fleste kommuner er også sykepleiere, helsefagarbeidere, fastleger, leger i institusjon og logoped er involvert. Vernepleiere er nevnt i halvparten av kommunene. De faggruppene som i mindre grad deltar er psykologer, sosionomer, jobbspesialister og pedagoger.

Når det gjelder valg av **strategisk retning** har vi sett at for de aller fleste kommunene er rehabilitering forankret i én eller flere planer. Hvorvidt rehabilitering fremstår som et prioritert område i kommunens strategier og budsjetter er noe mer usikkert.

Med hensyn til dagens **organisering av rehabiliteringsarbeidet** har de aller fleste lagt dette som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten (fastlege, fysio/ergo, hjemme-tjeneste, psykisk helse og rus). Nesten halvparten har organisert eget/egne rehabiliteringstilbud, en tredjedel har organisert dette som et samarbeid mellom ulike enheter, og nesten en tredjedel har organisert rehabiliteringsarbeidet i egne team. I caseintervjuene fremkommer det at kommunene gjennomgående opplever at organiseringen oppleves som hensiktsmessig.

Kommunenes bruk av faglige metoder og verktøy ble kartlagt. Nesten halvparten av respondentene oppgir at de er godt kjent med **nasjonal veileder for rehabilitering**, vel 40 prosent sier at de er noe kjent med den.

Med hensyn til **metoder og verktøy** som benyttes i rehabiliteringsarbeidet svarer samtlige at de benytter seg av tverrfaglig samarbeid. Rundt ni av ti kommuner oppgir at de bruker verktøy som individuell planlegging, målorienterte tilnærminger og bruker- og pasientopplæring. Vel halvparten av kommunene gjør evidensbaserte intervensjoner. En tilsvarende kartlegging av metoder og verktøy som benyttes for å kartlegge brukers funksjon viser et helt annet mangfold i kommunene.

Det har vært sentralt å kartlegge i hvilken grad og på hvilke måter kommunene **evaluerer eller måler effekter av rehabiliteringsarbeidet**. To tredjedeler svarer at de ikke har metoder for å vurdere **økonomiske virkninger** av rehabiliteringstilbudet. I caseintervjuene fremkommer det at måling av effekt av rehabilitering er vanskelig da det ikke finnes gode målemetoder og indikatorer. Mange kommuner etterlyser nasjonale initiativ for å få etablert dette. Det at en kommune ikke gjør systematiske målinger av effekt, betyr ikke at man ikke måler **endring på individnivå**. Alle kommuner måler funksjonsnivå hos enkeltpersoner før og etter rehabilitering.

Når det gjelder i hvilken grad den enkelte kommune har oversikt over **behovet for rehabilitering** fremkommer det at to tredjedeler av kommunene oppfatter at de i stor grad har dette, mens en fjerdedel svarer «verken i stor eller liten grad». Det er et litt annet mønster når det gjelder det å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet. Nesten en fjerdedel oppgir at de har en fast praksis knyttet til dette, nesten tre-fjerdedeler svarer at de ikke har en slik praksis.

Nesten to tredjedeler av de kartlagte kommunene har gjennomført **kompetansegivende opplæring/videreutdanning** for sine ansatte innen rehabilitering de siste to årene. Blant de som svarer at de ikke har gjort dette, er årsakene økonomi og manglende oversikt over kompetansebehovet. Nesten tre-fjerdedeler av kommunene gjennomfører opplæring i egen regi, mens én av fem samarbeider med andre.

Kommunenes praksis med hensyn til **samarbeid** med andre kommuner og tjenesteytere og samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og andre aktører i helsefellesskapet¹ ble kartlagt. Hovedinntrykket er at det er få rehabiliteringstjenester som er organisert i eller utføres i et **interkommunalt samarbeid**. De aller fleste kommunene løser oppgavene i egen regi. De begrunner dette valget i stor grad med at de selv har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse.

Når det gjelder **kjøp av rehabiliteringstjenester** svarer vel halvparten at de ikke gjør det, mens en tredjedel kjøper tjenester. Logopedtjenester og eksterne rehabiliteringsplasser er det de fleste oppgir at de kjøper.

Når det gjelder samarbeidet med **spesialisthelsetjenesten** gir respondentene i kommunene uttrykk for vesentlig høyere tilfredshet med den somatiske spesialisthelsetjenesten enn for psykisk helsevern. Det er få kommuner som opplever at samarbeid i **helsefellesskapet** bidrar til felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet. Det er kun en tredjedel som er enig i at spesialisthelsetjenesten tilbyr tilstrekkelig veiledning i rehabiliteringsforløp for enkeltpasienter når det er behov for det. De fleste svarer «verken eller» på dette spørsmålet.

Det siste temaet som ble kartlagt er kommunenes oppfatning av **utfordringer og fremtidig fokus**. De utfordringene kommunene har når det gjelder rehabiliteringstjenestene i dag handler i størst grad om kapasitet, økonomi og samarbeid både internt og eksternt, i tillegg til personellmangel, kompetanse og prioritering.

Når det gjelder forhold som er viktige for **utvikling av tjenestene fremover** er det mye av de samme faktorene som går igjen. Samarbeid og økonomi er viktigst i tillegg til organisatoriske forbedringer opplæring og økt kompetanse. Lavest skårer bedre tilgang på fagpersonell. Det siste indikerer at tilfanget av fagpersonell innenfor rehabiliteringsfeltet i kommunene er rimelig god.

Funn fra caseintervjuene

Gjennomgående svarer casekommunene at det er **hensynet til bærekraftig utvikling** som ligger til grunn for kommunens strategiske veivalg og prioriteringer når det gjelder rehabilitering. Informantene peker på demografiutviklingen, kommuneøkonomi, mangel på personell og kommunenes mål om at innbyggerne skal bo lengst mulig hjemme. De aller fleste kommunene trekker frem at kommunen har et **overordnet mål om at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig hjemme og mestre eget hverdagsliv**.

De færreste av kommunene oppgir å ha etablerte strukturer eller arenaer for å jobbe med perspektivene og forståelse av rehabiliteringsbegrepet på et systemnivå. De fleste sier at rehabilitering har fått økt oppmerksomhet og prioritet i egen kommune de senere årene.

Kommunene i utvalget **etterlyser nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabilitering** og bedre tilgang til styringsdata. Kommunene er samstemte i behovet for styringsdata, men er i mindre grad klare på hvilke data det er behov for utover at det er viktig å synliggjøre effekten av rehabilitering.

Informantene i casekommunene peker på at **prioriteringer og endringer i spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet har en direkte påvirkning på kommunene**. Her trekker kommunene særlig frem raskere pasientforløp med kortere liggetid på sykehus, pasienter som er «dårligere» når de skrives ut til kommunen og krever større ressurser enn tidligere.

Ingen av kommunene kan vise til at rehabilitering er satt nevneverdig på dagsorden i helsefellesskapet. Ett helsefellesskap har etablert eget fagråd for rehabilitering.

¹ Helsefellesskapet er en formalisert samarbeidsarena og -struktur mellom helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Det er totalt 19 helsefellesskap fordelt i de ulike helseregionene i Norge.

Gjennomgående er kommunene opptatt av å videreføre, revidere og videreutvikle både **overordnede planer som forankrer rehabiliteringsvirksomheten og rehabiliteringsplanene** sine. Det vises også til at planstrategien er viktig for å sikre at rehabilitering får sitt fokus og sin plass i plansystemet. Enkelte peker også på at det er vesentlig at det følger handlingsplaner med de overordnede planene og at det blir en kobling til økonomiplan og budsjettarbeid for å sikre ressurser. Kommunene formidler i samtale **noe variasjon i hvordan de konkret følger opp planene og strategiene**, men flertallet av kommunene organiserer dette som en del av virksomhetsstyringen med målarbeid, rapportering og oppfølging i ledermøter og i lederlinjen.

Kommunene er relativt samstemte i at en kontinuerlig oppgaveglidning utfordrer kommunen i å følge opp krav både når det kommer til kapasitet, men særlig på spesialisert kompetanse. De små kommunene trekker særlig frem at føringer/krav om bemannings- og kompetasenormer og spesifikke tilbud og organisering, vil kunne være krevende å imøtekomme. De mindre kommunene presiserer at det er avgjørende å kunne ha fleksibilitet i organisasjonene og tjenestene for å dekke et bredt spekter av behov i befolkningen.

Kommunene oppgir ulike ønsker og innsatsområder for hvordan de ser for seg rehabiliteringstilbudet fremover. Kommunene ser for seg en videreutvikling av det de allerede gjør, å fortsette med å utvikle lavterskeltilbud, de lavere trinnene i innsatstrappen, rendyrke rehabiliteringsplasser-/avdelinger og videreutvikle en teambasert organisering. Enkelte kommuner trekker frem betydningen av å jobbe annerledes og satse mer på digitale løsninger. Noen av distriktskommunene presiserer også behovet for å avklare mulighetene kommunen har til hva som kan leveres desentralt og sentralt.

På spørsmål om **forskjeller mellom kommunene som bør hensyntas** i det videre arbeidet med rehabilitering, svarer kommunene at de er forskjellige både når det gjelder **størrelse, kommuneøkonomi, avstander, tilgang på kompetanse, klima og sentrum-distrikt**. Flere av kommunene mener at vi må tåle at det er noen ulikheter, at disse forskjellene må hensyntas, samtidig som det påpekes at det ligger muligheter i utvidet interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene.

Årsaker til variasjon mellom kommuner

De viktigste årsakene til variasjon mellom kommuner vi har funnet i undersøkelsen handler om **kommunestørrelse i form av innbyggertall, bredde og sammensetning av rehabiliteringstilbudet, kommunenes sentralitet og kommuneøkonomi**. Dette er faktorer som virker inn på forhold som fagmiljøer, grad av spesialisering i det kommunale rehabiliteringstilbudet og bruk av spesialisthelsetjenester. Kommuneøkonomi gir også variasjoner i kommunens praksis, men kan ikke alene forklare ulikhetene.

Agenda Kaupangs anbefalinger

Basert på funn og vurderinger fra spørreundersøkelsen, dybdeintervjuene og fra kvantitative data har vi utviklet noen sentrale anbefalinger. Anbefalingene retter seg mot hensyn som bør ivaretas i det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet, samtidig som enkelte betraktninger reiser noen prinsipielle spørsmål for KS å vurdere i fortsettelsen. Anbefalingene følger oppsummert:

- ▶ Det er behov for et nasjonalt løft for rehabilitering i kommunene
- ▶ Det er behov for økte økonomiske bevilgninger for å styrke rehabilitering i kommunene
- ▶ Kommunenes posisjon i samhandling med spesialisthelsetjenesten må fortsatt styrkes og utvikles
- ▶ Kommunene må inkluderes i prioriteringsspørsmålene
- ▶ Kommunene har behov for hjelp til å utvikle styringsdata og kvalitetsindikatorer for rehabilitering

- ▶ Det er behov for forskning og økt kunnskap om den kommunale rehabiliteringen
- ▶ Lokalt selvstyre, handlingsrom og fleksibilitet er viktig for kommunene
- ▶ Kommunenes ulikhet i kapasitet og kompetanse bør hensyntas i nasjonal veileder for rehabilitering

1 Bakgrunn

1.1 Mål for prosjektet

Formålet med FoU-prosjektet har vært å beskrive hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering og å vurdere hvilke variasjoner mellom kommuner som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke feltet. Slike variasjoner kan blant annet være tilgang på kompetanse, geografi, sentralitet m.m. KS vil bruke kunnskapen fra undersøkelsen til å synliggjøre hensyn som bør ivaretas inn i det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet, blant annet inn i arbeidet med og gjennomføringen av ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan og andre statlige initiativ (som f.eks. oppdatering av veileder) på feltet.

1.2 Kunnskap om kommunal rehabilitering

Rehabilitering er et område som historisk har vært underprioritert sammenlignet med øvrige helse- og omsorgstjenester. Til tross for opptrappingsplaner preges feltet fortsatt av svak forankring og ledelse, uklare ansvarsforhold, svak koordinering og manglende kunnskapsgrunnlag². Samtidig peker en rekke utredninger, stortingsmeldinger og reformer på metoder og virkemidler som er kjent fra rehabiliteringsfeltet som mulige løsninger og innganger for å sikre bærekraftig utvikling og møte samfunnsendringene som følger med demografiutviklingen. Hverdagsrehabilitering og Leve hele livet-reformen er eksempler på dette. Hverdagsmestring som perspektiv og hverdagsrehabilitering er et nivå for rehabilitering som de senere årene har hatt stor spredning i kommunene i Norge. Det foreligger en rapport fra en følgeevaluering³ i norske kommuner som har undersøkt effektene av hverdagsrehabilitering for brukere og gevinstene for kommunene. Dette er ett av flere nivåer for rehabilitering i kommunene.

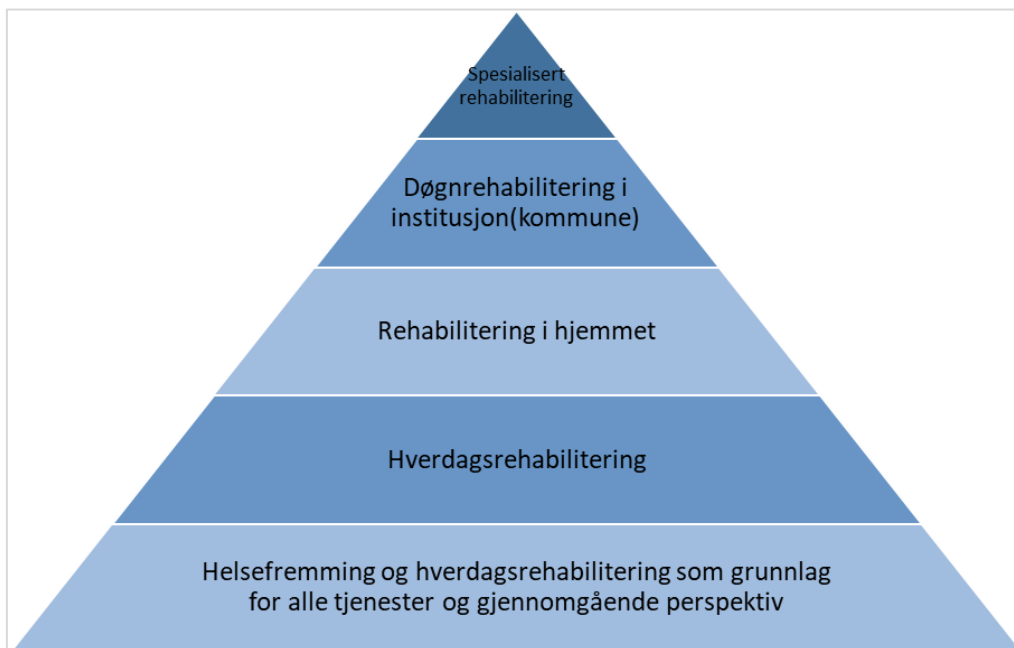
Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator som sist ble oppdatert i desember 2020. Det er vanskelig å finne forsknings- eller konsulentrapporter som inneholder aggregert kunnskap om status i den kommunale rehabiliteringen med unntak av KPMGs Evaluering av Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) som ble gjort på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2020. Noen viktige funn knyttet til de kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i denne evalueringen er at det er mange måter å organisere tjenestene på. Undersøkelsen av casekommunene tydeliggjorde hvor forskjellig habilitering og rehabilitering er innrettet i kommunene. Kommunens organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet er ofte preget av fragmentering og siloorganisering. Andelen kommuner som har en plan for habilitering og rehabilitering har gått opp under Opptappingsplanen, men kommunene har i liten grad involvert spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjonene i utarbeidelsen av planer. Det er svært vanskelig å gjøre en vurdering av utviklingen av kvaliteten av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Mangelen på kvalitetsindikatorer har vært påvist i vurderinger og evalueringer av helsetjenesten i en lang tid. Større kommuner har bedre forutsetninger for å levere habiliterings- og rehabiliteringstjenester

Norske kommuner benytter gjerne rehabiliteringspyramiden som referanse for å vise nivåer av rehabilitering. I figuren under ses en beskrivelse av de ulike nivåene.

² KPMG, *Evaluering av Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*, 2020

³ Langeland, et al. *Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene?* Senter for omsorgsforskning, Vest, 2016

Figur 1-1 Rehabiliteringspyramiden



1.3 Kort om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

Rehabilitering er en prosess som inkluderer flere aktører, forvaltningsnivåer og sektorer. Helheten i rehabiliteringsprosessen innebærer at løsningene for brukerne ofte må finnes i samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene skal sørge for at befolkningen får sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i samsvar med sine behov, og i tråd med forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator §§ 1 og 3. Tilbudet om rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er organisert på ulike måter. I sykehusene skilles det mellom primær døgnrehabilitering, sekundær døgnrehabilitering og dag- og poliklinisk rehabilitering. Primær døgnrehabilitering vil si at det er rehabiliteringen som er hovedårsak til innleggelsen. Her skilles det videre mellom primær kompleks og primær enkel (tidligere vanlig) rehabilitering, avhengig av grad av kompleksitet.⁴

1.3.1 Kort om helsefelleskapene

I 2019 inngikk regjeringen og KS en avtale om etablering av helsefelleskap. Helsefelleskapene er en formalisert samarbeidsarena- og struktur mellom helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Formålet er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I helsefelleskapene møtes representanter for å planlegge og utvikle tjenestene sammen.

Følgende grupper er prioritert i arbeidet i helsefelleskapene:

- ▶ Barn og unge
- ▶ Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

⁴ Helsedirektoratet (2015). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 15. desember 2023, lest 01. januar 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

- ▶ Personer med flere kroniske lidelser
- ▶ Skrøpelige eldre

Rehabilitering inngår i alle de prioriterte gruppene i helefelleskapenes arbeid. Et av formålene med helsefelleskapene er å legge til rette for bedre samhandling, men også å bidra til tydelig ansvars- og oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten har vært et tema på rehabiliteringsfeltet. I 2012 lanserte Helsedirektoratet en modell for støtte til avklaring av ansvar og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet⁵. Modellen tar utgangspunkt i brukerens behov og ved hjelp av ulike spørsmål bidrar den til å identifisere om behovene best kan ivaretas av kommunen eller spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1-1 Modell for avklaring av ansvar og oppgaver mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (kilde: Helsedirektoratets rapport, 2012)

Kommune	 <p data-bbox="603 1160 983 1294">Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.</p>	Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers livsarena?		Behov for nærhet til spesialisert medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?		Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger

I dette prosjektet har modellen i figur 1-2 vært nyttig for å få forståelse for grenseoppgangen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet, men også for utvikling av spørsmål i kartleggingen. I kartleggingen har vi også lagt vekt på å få innsikt i hvordan kommunene samhandler med spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsfeltet.

⁵ Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet, Rapport IS-1847, Helsedirektoratet 2012

1.4 Problemstillinger

KS har beskrevet to hovedproblemstillinger med underpunkter som skal belyses. Nedenfor operasjonaliserer vi hovedproblemstillingene i konkrete spørsmål som kartleggingen skal gi svar på.

Problemstilling 1: Hvordan forstår og jobber kommuner med rehabilitering?

Problemstilling 1 er å forstå som en deskriptiv beskrivelse av hvordan kommuner forstår og avgrensar rehabiliteringsarbeidet. Her har vi blant annet sett nærmere på:

- ▶ om kommunene har egne enheter der det er dedikerte ansatte som jobber med rehabilitering, eller om rehabilitering er en del av arbeidsporteføljen til helsepersonell i forskjellige avdelinger i helse- og omsorgstjenestene
- ▶ hvilke områder i kommunen som jobber med rehabilitering. Er det kun avgrenset til somatikk, eller har kommunen en bredere tilnærming til rehabilitering?
- ▶ kommunale enheter vs. interkommunalt samarbeid vs. ambulante team vs. video,
- ▶ andre tilnærminger som beskriver kommunenes arbeid med rehabilitering.

Det er også gjort en kartlegging av hvordan kommuner vurderer/evaluerer/måler nytten av eget rehabiliteringsarbeid på individnivå. Det er blant annet sett nærmere på:

- ▶ om kommunene setter mål i samarbeid med bruker og ev. andre aktører
- ▶ om kommunen evaluerer eller måler eget arbeid på individnivå?
 - I så fall, hvilke målinger gjør kommunen -kvantitative/kvalitative målinger
 - Hvilke funksjonsvurderinger?

Problemstilling 2: Hvilke variasjoner i kommuners tilnærming til rehabilitering og behov bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke feltet?

KS ønsker en vurdering av hvilke variasjoner i tilnærming til rehabilitering som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke feltet. Det er blant annet undersøkt:

- ▶ Hvorfor kommuner har valgt sin tilnærming til rehabilitering
- ▶ Avstand til og samhandling med spesialisthelsetjenesten
 - Helsefelleskapenes fokus/prioritering av rehabilitering som felles innsatsområde
- ▶ Kommunestørrelse
- ▶ Framskrivninger knyttet til utfordringsbilde
- ▶ Kompetanse/tilgang til personell
- ▶ Andre grunner og behov
- ▶ Hvordan mener kommunene det er hensiktsmessig å innrette tilbudet i framtiden?
- ▶ Hva kommunene mener er sentrale barrierer og fremmere for å styrke feltet.

Kartleggingen er avgrenset ved at vi ikke vurderer kvaliteten på rehabiliteringstilbudene i deltakerkommunene. Dette er ikke en del av prosjektet.

1.5 Organisering av prosjektet

Oppdraget er organisert som et prosjekt med en prosjektgruppe i KS, bestående av fagsjef og rådgivere. I tillegg ble det etablert en referansegruppe med fagressurser fra henholdsvis Bø i Vesterålen, Drammen, Sjøk og Øvre Eiker kommuner. Referansegruppen har deltatt i utvikling av spørreundersøkelsen og intervjuguide, i statusmøter i prosjektet, samt gitt innspill på rapporten.

2 Metode

Vår overordnede tilnærming har vært å besvare problemstillingene i kartleggingen gjennom tre faser. Den første fasen handler om å kartlegge dagens praksis, for deretter i neste fase å utforske hvilke forhold som kan ha betydning for kommunenes tilnærming til rehabilitering. I den siste fasen gir vi en samlet vurdering av årsaker til ulik praksis med utgangspunkt i et sett av kriterier. I de følgende kapitlene beskriver vi kriterier for valg av kommuner og kort om datainnsamlingsmetodene i kartleggingen.

2.1 Fase 1 – Kartlegging av dagens praksis

2.1.1 Spørreundersøkelse

For å kartlegge dagens praksis i kommunene ble det gjennomført en spørreundersøkelse til et utvalg kommuner. I alt 30 kommuner ble invitert til å delta i undersøkelsen. Utvalget av kommuner er gjort i samråd med KS og representerer kommuner i sentralitetsklassene 1 til 6⁶ og fra ulike deler av landet.

Temaene i spørreundersøkelsen handlet overordnet om:

- ▶ Forståelse av rehabilitering
- ▶ Valg av strategisk retning
- ▶ Dagens organisering av rehabilitering
- ▶ Digitalisering og teknologi
- ▶ Faglige metoder og verktøy
- ▶ Målinger
- ▶ Samarbeid og samhandling
- ▶ Kompetanse og kompetanseutvikling
- ▶ Vurdering, avslutning og oppfølging av rehabiliteringsforløp
- ▶ Utfordringer og fremtidig fokus
- ▶ Drivere for utvikling av rehabiliteringstjenestene

Spørreundersøkelsen ble kvalitetssikret og pilotert av KS og tre referansekommuner før utsendelse til utvalget av kommuner. Undersøkelsen ble gjennomført i uke 35 og 36⁷. I alt 27 kommuner svarte på undersøkelsen. Det utgjør en svarprosent på 90 prosent.

Det var en ambisjon om at respondentene som svarte på undersøkelsen skulle representerer ulike deler av rehabiliteringsvirksomheten i kommunene. For å sikre bredde i tilnærmingen til temaet, ble representanter fra ulike fagretninger som arbeidsrehabilitering, sosial rehabilitering og psykososial rehabilitering i tillegg til medisinsk rehabilitering invitert til å svare på undersøkelsen. Vi har forsøkt å nå representanter fra ulike nivåer i kommuneorganisasjonen og ulike tjenesteområder (eks. psykisk helse og rustjenester). I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å krysse av for hvilket kommunalområde de tilhørte og sektor.

Alle respondentene som svarte i de ulike kommunene, kom fra samme kommunalområde (Helse og mestring og Helse og omsorg) og sektor. Overvekten av respondentene var tilknyttet fysio- og ergoterapitjenesten. Et mindre tall var tilknyttet hjemmetjenesten. Tabellen nedenfor viser hvilken rolle respondentene oppga at de har. De fleste oppgir at de er avdelingsleder, deretter følger avkrysning for kategorien «annet». Følgende roller ble spesifisert: enhetsleder mestring og

⁶Sentralitet er en indeks med verdi for hver enkelt kommune basert kommunens beliggenhet i forhold til tettsteder og disse tettstedenes størrelse.

⁷ For å distribuere ut og samle inn data fra spørreundersøkelsen ble verktøyet *Analyzer* benyttet

(re)habilitering, fysio-/ ergoterapiavdeling og rådgiver til kommunedirektøren, rådgivere og fagutviklere knyttet til etat for vurdering og rehabilitering, kommunefysioterapeut med faglederansvar og tjenestekoordinator.

Tabell 2-1 Respondentenes rolle(N=27)

Rolle	Andel i prosent
Kommunalsjef/sektorleder	11,1
Helsesjef/pleie- og omsorgssjef	0,0
Virksomhetsleder	22,2
Avdelingsleder	40,7
Annet, spesifiser	25,9

Resultatene presenteres som gjennomsnittverdier eller prosentandeler. Utvalget er ikke tilstrekkelig stort til å gjennomføre mer inngående analyser av spørreundersøkelsen, for å identifisere eventuelle forskjeller mellom kommuner med hensyn til sentralitetsklasse, størrelse, eller region.

Resultatene fra spørreundersøkelsen i kapittel 2 presenteres samlet for hele utvalget.

For å få dypere innsikt i eventuelle forskjeller mellom ulike typer av kommuner når det gjelder tilnærming til rehabiliteringsfeltet har vi benyttet kvalitative intervju i et utvalg casekommuner som datainnsamlingsmetode (kapittel 2.2).

2.1.2 Kvantitative data – statistikk og registerdata

Vi har innhentet relevant offisiell statistikk for å tallfeste og sammenligne kommuner på utvalgte indikatorer som gjelder rehabilitering i kommunene. Data er hentet fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering), SAMDATA⁸ og Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Denne oversikten ligger som vedlegg til rapporten. Dataene viser enkelte kjennetegn ved kommunene i utvalget basert på innrapporterte tall.

2.2 Fase 2 – Kartlegging av årsaker til ulik praksis

For å få innsikt i eventuelle årsaker til ulik praksis mellom kommunene, ble det i fase 2 i kartleggingen gjennomført caseintervju i 11 av kommunene som hadde svart på spørreundersøkelsen. I utvelgelsen av casekommunene la vi til grunn følgende kriterier:

- ▶ Størrelse (innbyggertall)
- ▶ Geografi
- ▶ Sentralitetsklasse

Utvalget av casekommuner fordeler seg som følger:

- ▶ 3 mindre kommuner (under 10 000 innbyggere) i sentralitetsklasse 6
- ▶ 1 liten kommune (under 10 000 innbyggere) i sentralitetsklasse 6
- ▶ 1 liten kommune i sentralitetsklasse 2
- ▶ 2 middels store kommuner (10 000-25 000 innbyggere) i sentralitetsklasse 3
- ▶ 2 store kommuner (over 25 000 innbyggere) i sentralitetsklasse 3
- ▶ 1 stor kommune i sentralitetsklasse 2
- ▶ 1 stor kommune i sentralitetsklasse 1

I tillegg til valg av kommuner har vi vektlagt representasjon fra ulike fagområder innen rehabilitering i casekommunene. Det vil si at vi har etterspurt deltakelse fra ulike tjenesteområder, som psykisk helse og rus, hjemmetjenester, rehabiliteringsavdeling/korttidsavdeling, eventuelle

⁸ SAMDATA er sammenligningsdata for spesialisthelsetjenesten

rehabiliteringsteam, tjenestekontor og koordinerende enhet. En slik bredde har vært ønskelig for å belyse rehabilitering i kommunen fra de ulike tjeneste- og fagområdenes ståsted.

Det er gjennomført 26 intervjuer med totalt 66 respondenter.

I de fleste casekommunene deltok representanter fra de ulike tjeneste- og fagområdene i intervjuene.

Målet med denne fasen var å kartlegge årsakene til hvorfor kommunene har valgt sin gitte tilnærming til rehabilitering og hvilke forhold som synes å ha påvirket valgene. Utgangspunktet var å finne ut hvilke begrunnelser som finnes for, eller forhold som har påvirket valg av, ulike typer tilnærming til rehabilitering. Dette dreide seg om:

- ▶ Avstand til og samhandling med spesialisthelsetjenesten
- ▶ Kommunestørrelse
- ▶ Valg av strategisk retning på bakgrunn av framskrivninger knyttet til eget utfordringsbilde
- ▶ Kompetanse
- ▶ Tilgang til kvalifisert personell – rekrutteringssituasjon
- ▶ Kommunens økonomiske situasjon og handlingsrom
- ▶ Politiske prioriteringer
- ▶ Ulike faglige og tjenstlige behov som skal ivaretas
- ▶ Andre grunner og behov

I tillegg har vi i denne fasen også kartlagt hvordan kommunene tenker at det er hensiktsmessig å innrette tilbudet i framtiden.

Datainnsamlingen ble gjennomført som en blanding av individuelle intervjuer og gruppeintervjuer. Individuelle intervjuer ble gjennomført med toppledelsen, kommunedirektør og kommunalsjef. Gruppeintervjuer ble gjennomført med lederne i de ulike virksomhetene som utfører rehabiliteringsoppgaver i de respektive casekommunene.

Både de individuelle- og gruppeintervjuene var semistrukturerte hvor vi brukte en intervjuguide, som ga rom for å utforske det informantene er mest opptatt av.

2.3 Fase 3 – Anbefale hvilke variasjoner som bør hensyntas

Fase 3 handler om å vurdere og anbefale hvilke variasjoner mellom kommunene som bør hensyntas inn i det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet, blant annet knyttet til gjennomføringen av ny nasjonal helse- og samhandlingsplan og andre statlige initiativ (som f.eks. oppdatering av veileder) på feltet.

Det legges til grunn at vurderingene av hvilke variasjoner som bør hensyntas, må gjøres på bakgrunn av et sett kriterier. De kriteriene vi anbefaler at brukes i denne sammenhengen er:

- ▶ Kommunestørrelse og sentralitet
- ▶ Kommuneøkonomi
- ▶ Valg av strategisk retning og oppfølging av planer for rehabilitering
- ▶ Kompetansetilgang og kapasitet
- ▶ Spesialiseringsbehov
- ▶ Spesialisthelsetjenesten som premissgiver

Delleveransen i fase 3 er en anbefaling av hvilke variasjoner mellom kommunene som bør hensyntas.

2.4 Metodiske refleksjoner

Kartleggingen baserer seg på et lite utvalg av norske kommuner. Funnene fra spørreundersøkelsen kan ikke generaliseres til kommunene som helhet, men det har heller ikke vært formålet med kartleggingen. Vi har gjennom strategisk tilnærming til utvelgelse av casekommuner forsøkt å dekke bredden av ulike typer kommuner i dybdeintervjuene. I den kvalitative delen av kartleggingen var formålet å utdype og utforske funnene i spørreundersøkelsen for å få innsikt i ulike forhold og kjennetegn ved kommunene, som kan ha betydning for tilnærming til rehabilitering i kommunene. Det å kombinere spørreundersøkelse med kvalitative intervju utgjør en styrke i kartleggingen. Samlet sett oppnådde vi et tilstrekkelig godt kunnskapsgrunnlag for å identifisere ulikheter mellom kommuner som et grunnlag for å anbefale hvilke variasjoner mellom kommuner som bør hensyntas for å stryke rehabiliteringsarbeidet i kommunene.

Når det gjelder uttrekket av nasjonal statistikk og data, finnes det lite data spesifikt om rehabilitering i kommuner. Det vi har hentet ut kan tyde på at datakvaliteten på rapporteringen trolig er svært varierende mellom år og mellom kommuner.

3 Fase 1 - Dagens situasjon og praksis i kommunene

I dette kapittelet beskriver vi resultatene fra spørreundersøkelsen og intervjuene med et utvalg kommuner om tilnærming til rehabilitering og hvilken praksis kommunene legger til grunn for måling av nytte av rehabiliteringsarbeidet.

Spørreundersøkelsen og intervjuene i utvalgte casekommuner gir informasjon om oppfatning av dagens situasjon, når det gjelder rehabilitering, i kommunene i utvalget.

3.1 Funn fra spørreundersøkelsen

I dette kapittelet presenterer vi funnene fra spørreundersøkelsen og caseintervjuene som dekker problemstillingen knyttet til fase 1: *Hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering.*

Vi starter dette kapittelet med en oppsummering av hovedfunnene. I de påfølgende avsnittene redegjør vi for alle funn i detalj.

3.1.1 Oppsummering av hovedfunn

Mer enn halvparten av kommunene svarer at de har en **overordnet definisjon** av rehabilitering i egen kommune. Av de som oppgir at de har det, svarer mer enn halvparten at de legger forskriftens definisjon til grunn for egen aktivitet. De andre kommunenes definisjoner av rehabilitering er i hovedsak sammenfallende med formålet i forskriftens definisjon.

60 prosent av de som har svart på enhetsnivå, oppgir at de har en **felles forståelse av rehabilitering** i egen enhet. To tredjedeler svarer at det finnes en felles oppfatning av hvordan man skal jobbe med rehabilitering på tvers av enhetene i kommunen

Når det gjelder **samarbeid om rehabilitering** internt i den enkelte kommune er respondentene i hovedsak enige i at dette fungerer bra.

I caseintervjuene er det funn som tyder på at en felles forståelse av rehabilitering på tvers av enheter og tjenester eksisterer i mer begrenset grad enn det som fremkommer av spørreundersøkelsen og at dette påvirkes blant annet av ulike faglige fokus og en fragmentert organisering.

Med hensyn til samarbeid peker de mindre kommunene på at samarbeidet fungerer godt blant annet fordi det er små forhold og tette relasjoner mellom de som utfører tjenestene, noe som muliggjør en fleksibel arbeidsform. Større kommuner peker på at suksessfaktorer for et godt samarbeid handler om forhold som en tverrfaglig organisering og formaliserte samhandlingsarenaer.

Med utgangspunkt i rehabiliteringspyramiden ble kommunene spurt om **hvilke nivåer for rehabilitering som tilbys** i egen kommune. De fleste kommunene tilbyr de fire første rehabiliteringsnivåene: helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester, hverdagsrehabilitering, rehabilitering i hjemmet og rehabilitering i kommunal institusjon. De vanligste nivåene er rehabilitering i kommunal institusjon, rehabilitering i hjemmet, hverdagsrehabilitering og helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester. Spesialisert rehabilitering tilbys kun av én av fem kommuner i utvalget.

I samtlige kommuner er fysioterapi, ergoterapi, og hjelpemidler og tilrettelegging en del av rehabiliteringstilbudet. Sosial støtte og veiledning gis i vel halvparten av kommunene, kognitiv rehabilitering gis av nesten en tredjedel av kommunene, mens en fjerdedel gir tilbud om arbeidstrening.

Med hensyn til hvilke **faggrupper som inngår i rehabiliteringen** har vi sett at i samtlige kommuner er fysio- og ergoterapeuter involvert i tjenesteytingen. I de fleste kommuner er også sykepleiere, helsefagarbeidere, fastleger, leger i institusjon og logopedar involvert. Vernepleiere er nevnt i halvparten av kommunene. De faggruppene som i mindre grad deltar er psykologer, sosionomer, jobbspesialister og pedagoger.

Når det gjelder valg av **strategisk retning** har vi sett at for de aller fleste kommunene er rehabilitering forankret i en eller flere planer. Hvorvidt rehabilitering fremstår som et prioritert område i kommunens strategier og budsjetter er noe mer usikkert.

Informantene fra casekommunene er samstemte i at strategien for rehabilitering handler om å prøve ut rehabilitering og velferdsteknologi før man setter inn kompenserende tiltak og at målet er at brukerne i størst mulig grad skal greie seg selv og bo lengst mulig hjemme. Informantene erkjenner at det er utfordrende å bruke rehabiliteringstiltak aktivt for å forebygge behov for fremtidige helsetjenester. I praksis settes rehabiliteringstiltak oftest inn etter at det foreligger en funksjonsnedsettelse.

Med hensyn til dagens **organisering av rehabiliteringsarbeidet** har de aller fleste lagt dette som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten (fastlege, fysio/ergo, hjemmetjeneste, psykisk helse og rus). Nesten halvparten har organisert eget/egne rehabiliteringstilbud, en tredjedel har organisert dette som et samarbeid mellom ulike enheter, og nesten en tredjedel har organisert rehabiliteringsarbeidet i egne team.

Når det gjelder plassering av **ansvaret for rehabiliteringsarbeidet** har over tre fjerdedeler lagt dette til fysio- ergoterapitjenesten og gjerne som en egen rehabiliteringsenhet/et eget rehabiliteringsteam. En tredjedel har lagt ansvaret til tildelingskontoret/tjenestekontoret, samme andel har lagt ansvaret til koordinerende enhet⁹.

I caseintervjuene fremkommer det at kommunene gjennomgående opplever at organiseringen oppleves som hensiktsmessig. Tendensen er at de små kommunene har en desentralisert organisering av rehabiliteringsvirksomheten der rehabilitering er en integrert del av helse- og omsorgstjenestene, og at tjenestene samarbeider ved behov. I det største kommunene ses en mer sentralisert organisering der kommunene peker på at det er behov for å organisere rehabiliteringstjenestene i egne enheter/team, og med større grad av spesialisering.

Kommunene er samstemte når det gjelder **kriterier som brukes for å vurdere behov**. De vanligste kriteriene er potensial for funksjonsbedring, og bedre opplevd livskvalitet, deretter følger oppnå redusert hjelpebehov, oppnå selvhjulpenhet og potensial for å komme tilbake til arbeid. De fleste kommunene bruker alle kriteriene.

Praksisen knyttet til **henvisning av tjenester** er svært lik kommunene imellom. Henvisning fra lege eller annet helsepersonell og melding fra spesialisthelsetjenesten gjøres i så godt som alle kommuner. I de aller fleste kommunene melder pasienten selv behov, eller det skjer en vurdering gjennom individuell kartlegging.

⁹ I flere av spørsmålene i spørreundersøkelsen er flere valg mulig. Derfor summerer prosentene seg til mer enn 100.

Kommunenes bruk av faglige metoder og verktøy ble kartlagt. Nesten halvparten av respondentene oppgir at de er godt kjent med **nasjonal veileder for rehabilitering**, vel 40 prosent sier at de er noe kjent med den.

Til tross for noe begrenset kjennskap mener to tredjedeler at veilederen er nyttig. Ifølge respondentene brukes veilederen av to tredjedeler av kommunene som utgangspunkt for faglig planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenestene i egen kommune, og mange bruker den som utgangspunkt/inspirasjon for organisering av rehabiliteringsarbeidet.

Med hensyn til **metoder og verktøy** som benyttes i rehabiliteringsarbeidet svarer samtlige at de benytter seg av tverrfaglig samarbeid. Rundt ni av ti kommuner oppgir at de bruker verktøy som individuell planlegging, målorienterte tilnærminger og bruker- og pasientopplæring. Vel halvparten av kommunene gjør evidensbaserte intervensjoner.

En tilsvarende kartlegging av metoder og verktøy som benyttes for å kartlegge brukers funksjon viser et helt annet mangfold i kommunene, Ni av ti bruker IPLOS, vel 60 prosent bruker Barthel ADL-indeks, Bergs balanseskala og COPM¹⁰. Utover dette er det stor variasjon i hvilke metoder og verktøy som brukes og ikke minst hvor mange metoder som er i bruk i den enkelte kommune.

Hvordan kommunene **vurderer, avslutter og følger opp rehabiliteringsforløp** ble også kartlagt. Nesten halvparten av kommunene utreder i stor grad rehabiliteringsbehov før det iverksettes permanente tiltak. En tredjedel svarer at de gjør det i noen grad, mens en femtedel svarer at de i liten grad utreder behovet. Nesten tre fjerdedeler av kommunene bruker skjema for å fastsette mål for rehabiliteringen sammen med bruker, den siste fjerdedelen gjør det ikke.

På spørsmål om hvordan oppfølgingsarbeidet er organisert, svarer vel halvparten at de ikke har en fast rutine for oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering, men følger opp etter behov. En femtedel har en fast struktur for oppfølging av en bruker etter endt rehabiliteringsforløp, mens vel en fjerdedel svarer at de har andre måter å følge opp brukere som har gjennomgått rehabilitering på. Ingen svarer at de ikke følger opp brukerne. Måtene brukerne følges opp på er enten ved hjemmebesøk eller telefonsamtaler eller begge deler.

Det har vært sentralt å kartlegge i hvilken grad og på hvilke måter kommunene **evaluerer eller måler effekter av rehabiliteringsarbeidet**. To tredjedeler svarer at de ikke har metoder for å vurdere **økonomiske virkninger** av rehabiliteringstilbudet. I caseintervjuene fremkommer det at måling av effekt av rehabilitering er vanskelig da det ikke finnes gode målemetoder og indikatorer. Mange kommuner etterlyser nasjonale initiativ for å få etablert dette. Noen av casekommunene etterlyser også mer forskning på kommunal rehabilitering og kommunale helsetjenester for å få økt kunnskap om virkning og effekt av tjenester og tiltak. Resultatene viser at 30 prosent av kommunene foretar systematiske målinger av rehabiliteringsarbeidet på individnivå, mens over halvparten ikke foretar slike målinger.

Det at en kommune ikke gjør systematiske målinger av effekt, betyr ikke at man ikke måler **endring på individnivå**. Alle kommuner måler funksjonsnivå hos enkeltpersoner før og etter rehabilitering. Om lag halvparten måler livskvalitet og velvære, samt brukertilfredshet. Rundt en tredjedel måler unngått og redusert behov for tjenester og nesten en fjerdedel oppgir at de har oversikt over antall nye brukere og brukere med tidligere rehabiliteringstjenester.

Når det gjelder i hvilken grad den enkelte kommune har oversikt over **behovet for rehabilitering** fremkommer det at to tredjedeler av kommunene oppfatter at de i stor grad har dette, mens en fjerdedel svarer «verken i stor eller liten grad». Det er et litt annet mønster når det kommer til å

¹⁰ COPM – Canadian Occupational Performance Measure. Verktøy for å vurdere utførelse av daglig aktivitet

registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet. Nesten en fjerdedel oppgir at de har en fast praksis knyttet til dette, nesten tre fjerdedeler svarer at de ikke har en slik praksis.

Nesten to tredjedeler av de kartlagte kommunene har gjennomført **kompetansegivende opplæring/videreutdanning** for sine ansatte innen rehabilitering de siste to årene. Blant de som svarer at de ikke har gjort dette er årsakene til manglende opplæring/videreutdanning økonomi og manglende oversikt over kompetansebehovet. Nesten tre -fjerdedeler av kommunene gjennomfører opplæring i egen regi, mens én av fem samarbeider med andre.

Kommunenes praksis med hensyn til **samarbeid** med andre kommuner og tjenesteytere og samarbeid med spesialisthelsetjeneste og andre aktører i helsefellesskapet ble kartlagt. Hovedinntrykket er at det er få rehabiliteringstjenester som er organisert i eller utføres i et **interkommunalt samarbeid**. De aller fleste kommunene løser oppgavene i egen regi. De begrunner dette valget i stor grad med at de selv har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse.

Når det gjelder **kjøp av rehabiliteringstjenester** svarer vel halvparten at de ikke kjøper tjenester, mens en tredjedel gjør det. Logopedtjenester og eksterne rehabiliteringsplasser er det de fleste oppgir at de kjøper.

Når det gjelder samarbeidet med **spesialisthelsetjenesten** gir respondentene i kommunene uttrykk for vesentlig høyere tilfredshet med den somatiske spesialisthelsetjenesten enn for psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Det er få kommuner som opplever at samarbeid i **helsefellesskapet** bidrar til felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet spesifikt. Det er kun en tredjedel som er enig i at spesialisthelsetjenesten tilbyr tilstrekkelig veiledning i rehabiliteringsforløp for enkeltpasienter når det er behov for det. De fleste svarer «verken eller» på dette spørsmålet.

Det siste temaet som ble kartlagt er kommunenes oppfatning av **utfordringer og fremtidig fokus**. De utfordringene kommunene har når det gjelder rehabiliteringstjenestene i dag handler i størst grad om kapasitet, økonomi og samarbeid både internt og eksternt, i tillegg til personellmangel, kompetanse og prioritering.

Når det gjelder forhold som er viktige for utvikling av tjenestene fremover er det mye av de samme forholdene som går igjen. Samarbeid og økonomi er viktigst i tillegg til organisatoriske forbedringer opplæring og økt kompetanse. Lavest skårer bedre tilgang på fagpersonell. Det siste indikerer at tilfanget av fagpersonell innenfor rehabiliteringsfeltet i kommunene er rimelig god.

Med utgangspunkt i spørreundersøkelsen, som består av et begrenset utvalg kommuner, lar det seg ikke gjøre å identifisere systematiske variasjoner når det gjelder oppfatninger om rehabilitering mellom kommuner i ulike sentralitetsklasser og ulik kommunestørrelse.

3.1.2 Forståelse og samarbeid om rehabilitering

Det første spørsmålet vi stilte respondentene i spørreundersøkelsen var om egen kommune *benytter en overordnet definisjon av rehabilitering* som felles faglig referanse på tvers av tjenestene.

Tabell 3-1 Benytter kommunen en overordnet definisjon av rehabilitering som felles faglig referanse på tvers av tjenestene? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ja	52
Nei	37
Vet ikke	11

Det er vel halvparten av respondentene som svarer at kommunen har en felles definisjon. I underkant av 40 prosent sier at de ikke har det mens 11 prosent svarer at det ikke vet.

De kommunene som svarte ja på spørsmålet om at de hadde en overordnet definisjon av rehabilitering ble bedt om å oppgi hvilken definisjon de brukte i kommunen. Svarene fremkommer i tabellen under.

Tabell 3-2 Hvordan den enkelte kommune definerer begrepet rehabilitering. N= 13

Definisjon	Antall
I tråd med forskriftens definisjon ¹¹ : <i>Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.</i>	6
Tverrfaglige og målrettede tiltak for å hjelpe bruker til å bli mest mulig selvhjulpen, samt kunne delta på aktuelle aktiviteter	2
Rehabilitering er opptrening etter skade/sjukdom (funksjonsfall) Rehabilitering kan også være vedlikehold av funksjoner	1
Opptrening, livsmestring, tilbake i habituell tilstand, hverdagsmestring	1
Opptrening, trening, tverrfaglig rehabilitering i og utenfor institusjon så godt som mulig innenfor de tilgjengelige ressurser og i tråd med felles nasjonal definisjon på habilitering/rehabilitering	1
Tjenester innen habilitering og rehabilitering skal bidra til at du kan trene opp og vedlikeholde ferdighetene og evnene dine. Målet er at du skal kunne leve et mest mulig selvstendig liv ut fra dine forutsetninger og ønsker. Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt, og din medvirkning og innflytelse er viktig	1
Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.	1

¹¹ Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator, kap. 2 § 3

Neste spørsmål handler om hvorvidt enheten den enkelte respondent representerer har en felles forståelse/definisjon av rehabilitering.

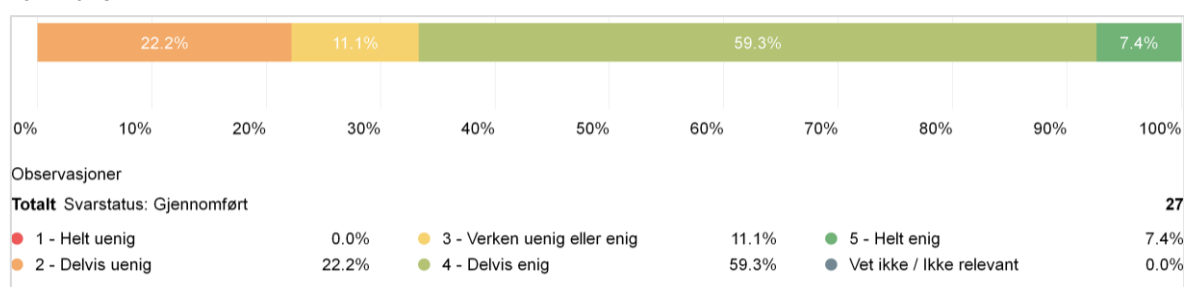
Tabell 3-3 I min enhet har vi en felles forståelse/definisjon av rehabilitering. N= 10

Kategori	Andel i prosent
Ja	60
Nei	40
Vet ikke	0

60 prosent av respondentene oppgir at de har en felles forståelse av rehabilitering i egen enhet. 40 prosent svarer at de ikke har det.

Vi spurte også om i hvilken grad det eksisterer en felles forståelse for hvordan man skal jobbe med rehabilitering på tvers av enhetene.

Tabell 3-4 Vi har en felles forståelse av hvordan vi skal jobbe med rehabilitering på tvers av enhetene i kommunen

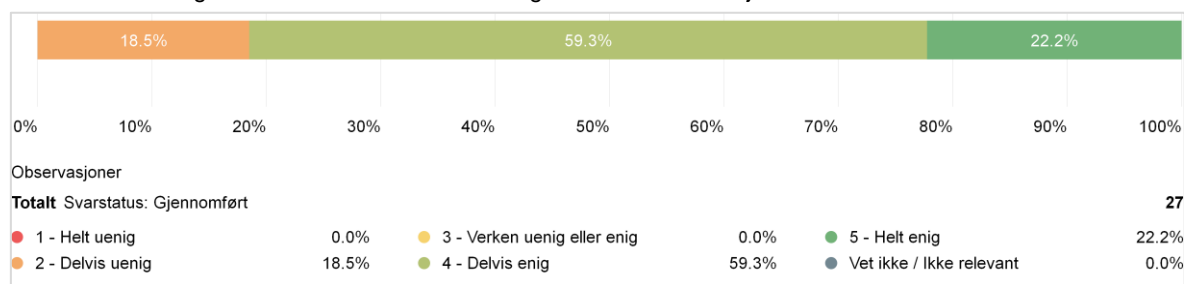


To tredjedeler opplever at det eksisterer en felles forståelse på tvers av enheter av hvordan det skal jobbes med rehabilitering. Vel 22 prosent er delvis uenig, mens 11 prosent svarer «verken eller».

En viktig del av det å ha en felles forståelse av rehabilitering er også det at de tjenester og avdelinger som er involvert i rehabiliteringen samarbeider godt på tvers. I spørreundersøkelsen hadde vi fire spørsmål knyttet til samarbeid.

Det første av disse spørsmålene var: *Det er godt samarbeid om rehabilitering mellom utøvende tjenester i kommunen.*

Tabell 3-5 Det er godt samarbeid om rehabilitering mellom utøvende tjenester i kommunen



Vel 80 prosent av respondentene oppfatter at det er et godt samarbeid på tvers i den enkelte kommune. Det er 18,5 prosent som er delvis uenig i dette.

I caseintervjuene spurte vi utdypende spørsmål om felles forståelse for rehabilitering på tvers av enhetene/tjenestene. Her fremkommer det mer detaljerte og nyanserte opplevelser enn det som kom frem i spørreundersøkelsen. Informantene opplever at det på overordnet nivå i kommunene i stor grad synes å eksistere en felles forståelse. I hvilken grad dette er tilfellet «ute» i tjeneste varierer. Det finnes kommuner som opplever at rehabiliteringstankegangen er godt forankret i alle

ledd, men gjennomgående fremkommer det at, selv om mange mener at forståelsen for viktigheten av rehabilitering er økende, er det fortsatt forskjeller mellom de som jobber med (hverdags)rehabilitering og de som eksempelvis jobber i hjemmetjenesten. Det hevdes at dette skyldes forskjeller i fagbakgrunn og kultur, ergo-/fysio vs. sykepleie og en fragmentert organisering. Et typisk utsagn rundt denne situasjon er: «Rehabilitering er for oss å jobbe med hendene på ryggen. Vi skal i minst mulig grad gjøre ting for, men mange ansatte har et stort hjelpegen slik at de ofte hjelper i stedet for å la brukere gjøre selv.» Flere av kommunene påpeker også at det er forskjell på rehabilitering som tankesett og rehabilitering som metode.

Videre spurte vi informantene i caseintervjuene om hvordan de vurderer egen kommunes praksis med hensyn til samarbeid mellom aktuelle enheter/avdelinger/tjenester som er involvert i rehabiliteringen. Gjennomgående beskrives samarbeidet mellom ulike avdelinger og tjenester som er involvert som godt. De mindre kommunene peker på forhold som at det er et lite miljø og korte kommunikasjonslinjer som suksessfaktorer som muliggjør en fleksibel tilnærming og bidrar til at man kan komme raskt i gang med oppfølging.

De mellomstore kommunene peker på utfordringer knyttet til organisatoriske barrierer som autonome enheter med egne budsjett, mål og styringssystemer. Flere nyanserer bildet ved at det er på systemnivå, som for eksempel ved manglende formelle samarbeidsarenaer, at utfordringen ligger, men at samhandlingen fungerer bedre på individnivå.

De store kommunene peker også på gode samarbeidsrelasjoner, men også her er de avhengig av at man lykkes med sammenhengende pasientforløp, at tjenestene har en tverrfaglig sammensetning og at man unngår at virksomhetene får ulik praksis.

Erfaringene med samarbeid med fastlegene i rehabiliteringsforløpet varierer fra kommune til kommune. Noen peker på at fastlegene har en henvisende rolle og er knyttet til pasienten i det videre forløpet, mens andre beskriver fastlegene som passive i rehabiliteringen, men peker på at legene ved institusjonene har en aktiv rolle. Noen viser også til at samarbeidet med fastlegene først og fremst er behovsdrivet i enkeltsakene. Kommunene formidler at fastlegene i liten grad er påkoblet kommunenes perspektiver rundt rehabilitering som strategivalg i utvikling av bærekraftige helse- og omsorgstjenester og dreining av tjenestene.

3.1.3 Tjenester og faggrupper som inngår i rehabiliteringsarbeidet

Vi har også kartlagt hvilke nivåer for rehabilitering¹² som tilbys i den enkelte kommune.

Tabell 3-6 Hvilke nivåer for rehabilitering tilbys i din kommune? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester	57
Hverdagsrehabilitering (forebygging og tidlig innsats)	82
Rehabilitering i hjemmet (inkluderer mer omfattende oppfølgingsbehov)	85
Rehabilitering i kommunal institusjon	93
Spesialisert rehabilitering	19
Vet ikke	0
Annet, spesifiser	21

Resultatene viser at de fleste kommunene tilbyr alle de fire første rehabiliteringsnivåene. De vanligste er rehabilitering i kommunal institusjon, rehabilitering i hjemmet, hverdagsrehabilitering og helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester. Første nivå, helsefremming

¹² Nivåer av rehabilitering henviser i denne sammenheng til rehabiliteringspyramiden.

og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester, tilbys av 57 prosent av kommunene i utvalget. Spesialisert rehabilitering tilbys kun av en femtedel av kommunene.

Med hensyn til andre rehabiliteringsnivåer fremkommer det fra fritekstsvarene at det tilbys:

- ▶ Rehabilitering hvor pasienter kommer inn til kommunale fysioterapeuters lokaler og mottar oppfølging der. Ofte en gradvis overgang fra rehabilitering i hjemmet, til rehabilitering ved behandlingssted
- ▶ Rehabilitering inn i korttidsopphold på sykehjem, har ingen egne rehabiliteringsplasser grunnet liten kommune
- ▶ Dagrehabilitering (poliklinisk rehabilitering)

Vi har også stilt spørsmål om hvilke rehabiliteringstjenester som tilbys i den enkelte kommune.

Tabell 3-7 Hvilke tjenester inngår i rehabiliteringstjenestene i din kommune? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Fysioterapi	100
Ergoterapi	100
Kognitiv rehabilitering	33
Sosial støtte og veiledning	48
Arbeidstrening	30
Hjelpemidler og tilrettelegging	100
Vet ikke	0
Annet, spesifiser	33

De tjenestene som inngår i tilbudet i samtlige kommuner er fysioterapi, ergoterapi, og hjelpemidler og tilrettelegging. Sosial støtte og veiledning gis i vel halvparten av kommunene, kognitiv rehabilitering gis av nesten en tredjedel, mens en fjerdedel gir tilbud om arbeidstrening.

Når det gjelder andre tjenester som tilbys nevnes det:

- ▶ Innsatsteam organisert i Helse- og velferdskontoret som jobber med tidlig rehabilitering ved utskrivning fra sykehus til egen bolig, samt hverdagsrehabilitering (ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier)
- ▶ Hverdagsrehabilitering, kommunal døgnbasert rehabiliteringsavdeling, fastlege, ansatte i hjemmetjenesten, ansatte på korttids- /rehabiliteringsavdeling og sykehjemsleger
- ▶ IPS (jobbspesialist)
- ▶ Logopedi
- ▶ Synspedagogikk
- ▶ Lege- og sykepleiertjenester
- ▶ Tverrfaglig rehabilitering gjennom korttidsopphold.
- ▶ Støttesamtaler i tjenesten ROP (samtidig rus og psykisk lidelse)
- ▶ Innsatsteam
- ▶ Innsatsteam for mennesker med ervervet hjerneskade
- ▶ Klinisk ernæringsfysiologi

I spørreundersøkelsen kartla vi hvilke faggrupper som er involvert i rehabiliteringsarbeidet i den enkelte kommune.

Tabell 3-8 Hvilke faggrupper er involvert i rehabiliteringsarbeidet i din kommune? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Fastlege	67
Fysioterapeut	100
Ergoterapeut	100
Sykepleier	96
Lege i institusjon	82
Psykolog	15
Sosionom	11
Vernepleier	41
Pedagog	4
Logoped	63
Helsefagarbeider	89
Jobbspesialist	7
Annet, spesifiser	7

Tabellen viser at i samtlige kommuner er fysio- og ergoterapeuter involvert. I de fleste kommuner er også sykepleiere, helsefagarbeidere fastlege, leger i institusjon og logoped involvert. Vernepleiere er nevnt i halvparten av kommunene De faggruppene som i mindre grad deltar (nevnt i fallende rekkefølge) er psykologer, sosionomer, jobbspesialister, og pedagoger.

I «annet» kategorien nevnes ytterligere tre faggrupper:

- ▶ Ernæringsfysiologer
- ▶ Synspedagoger
- ▶ Idrettspedagog

3.1.4 Valg av strategisk retning

Dette kapittelet gir innsikt i i) hvordan rehabiliteringsarbeidet er forankret i den enkelte kommune, ii) i hvilken grad respondentene oppfatter at rehabiliteringsarbeidet fremstår som et prioritert område i kommunens planer, iii) i hvilken grad man opplever at kommunen har metoder og /eller verktøy for å vurdere økonomiske virkninger av rehabiliteringsarbeidet i kommunen, iv) i hvilken grad det oppleves å være et godt samarbeid om rehabilitering mellom de utøvende tjenestene i kommunen, v) i hvilken grad det oppfattes å være en felles forståelse av hvordan det skal jobbes med rehabilitering på tvers av enhetene i kommunen, vi) i hvilken grad det oppfattes å eksistere et godt samarbeid mellom kommunen og somatiske spesialisthelsetjenester og tilsvarende mellom kommunen og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Respondentene ble stilt spørsmål om kommunen har forankret rehabiliteringsarbeidet i kommunens planer.

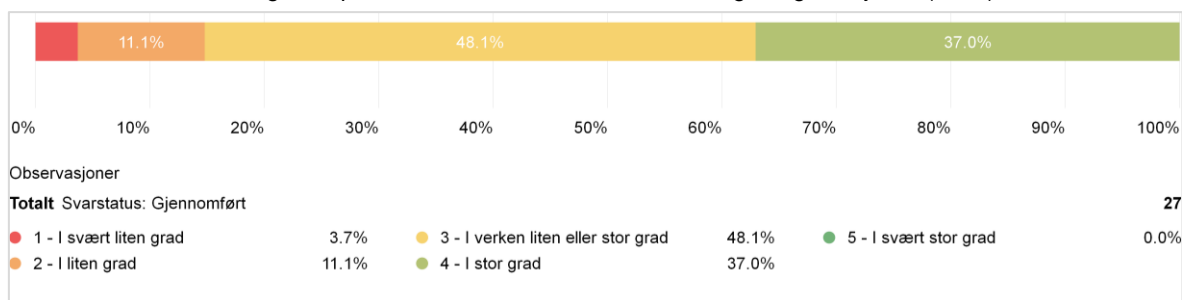
Tabell 3-9 Har kommunen forankret rehabiliteringsarbeidet i kommunens planer? N=27

Kategori	Andel i prosent
Nei, rehabilitering inngår ikke i kommunens planer	4
Ja, rehabilitering inngår som en del av kommunens planer	59
Ja, kommunen har egen rehabiliteringsplan	37

Tabellen viser at i nesten alle kommunene er rehabilitering forankret i én eller flere av kommunens overordnede planer. Vel en tredjedel av respondentene oppgir at kommunen har egen rehabiliteringsplan.

Respondentene ble også spurt om i hvilken grad respondentene oppfatter at *rehabilitering er et prioritert område i kommunens strategier og budsjetter*. Svarene fremkommer i figuren under.

Tabell 3-10 Rehabilitering er et prioritert område i kommunens strategier og budsjetter (n=27)



Figuren viser at 37 prosent opplever at rehabilitering er et prioritert område i kommunens strategier og budsjetter, 48 prosent svarer verken i liten eller stor grad, mens 15 prosent opplever at rehabiliteringsarbeidet i liten grad er et prioritert område.

Da vi i caseintervjuene etterspurte hva de viktigste prioriteringer og mål for rehabilitering er i kommunene, var informantene samstemte. Målet er å legge til rette for at brukerne i størst mulig grad skal greie seg selv og bo lengst mulig hjemme. Strategien handler om å prøve ut rehabilitering og velferdsteknologi før man setter inn kompensierende tiltak. Kommunene begrunner prioriteringene i lys av samfunnsendringer som demografiutviklingen, hensyn til kommuneøkonomi og mangel på helsepersonell.

De kommunene som har egen rehabiliteringsplan eller der rehabilitering er løftet frem som en del av en helse- og omsorgsplan, rapporterer at de bruker planen aktivt og at de følger opp mål og tiltak i planene.

Vi spurte også casekommunene om i hvilken grad kommunen er opptatt av å bruke rehabilitering for å forebygge nye behov. Samtlige kommuner er opptatt av dette, men det er ikke alle som har innrettet tjenestene sine på den måten. Flere peker på at for å få dette til, kreves det en annen måte å tenke på. Flere kommuner erkjenner at de i større grad bruker ressurser på å sette i gang rehabiliterende tiltak etter at det foreligger en hendelse som har ført til en funksjonsnedsettelse. Eksempler som brukes er at falltrening i stor grad tilbys til dem som har hatt fallepisoder. Andre peker på at de jobber med friskliv og gruppetrening som rene forebyggende tiltak uten at volumet på slike tjenester blir presisert.

3.1.5 Dagens organisering av rehabiliteringsarbeidet

Dette kapitlet handler om ulike aspekter knyttet til hvordan rehabiliteringsarbeidet er organisert i den enkelte kommune. Vi har kartlagt forhold som i) organisasjonsform, ii) plassering av ansvar, iii) nivåer for rehabilitering, iv) hvilke tjenester som inngår i rehabiliteringsarbeidet, v) hvilke faggrupper som inngår i rehabiliteringsarbeidet, vi) hvilke kriterier behovet for rehabilitering vurderes etter, vii) hvem som melder behov for eller henviser til rehabiliteringstjenestene og viii) hvilke møter den enkelte kommune har for oppfølging av rehabiliteringsforløpet

Første spørsmål under dette temaet var: *Hvordan er rehabiliteringsarbeidet organisert i din kommune?*

Tabell 3-11 Hvordan er rehabiliteringsarbeidet organisert i din kommune? (Flere valg mulig). n=27

Kategori	Andel i prosent
Eget/egne rehabiliteringstilbud (en eller flere enheter)	48
Som en del av helse- og omsorgstjenesten sentralt (overordnet)	11
Som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten (fastlege, fysio/ergo, hjemmetjeneste, psykisk helse og rus)	82
Som egne team (med representanter fra ulike tjenester)	30
Samarbeid mellom ulike enheter	33
Interkommunalt samarbeid	7
Annet, spesifiser	11

Tabellen viser at de fleste kommunene har organisert rehabiliteringstjenesten som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten (fastlege, fysio/ergo, hjemmetjeneste, psykisk helse og rus), mens i underkant av halvparten har valgt en løsning med eget/egne rehabiliteringstilbud (én eller flere enheter). Av de øvrige organisasjonsformene ser vi at samarbeid mellom ulike enheter, som egne team (med representanter fra ulike tjenester) og som en del av helse- og omsorgstjenesten sentralt brukes av mellom 11 prosent og 33 prosent av kommunene. 7 prosent har organisert disse tjenestene i et interkommunalt samarbeid.

Når det gjelder andre organisasjonsformer enn de som er nevnt i tabellen, har en av kommunene organisert utviklingen av kommunens rehabiliteringstjenester i en egen enhet under en egen etat for vurdering og rehabilitering (ergo, fysio, hverdagsrehabilitering, vurderingsteam, logopeder, synspedagoger, koordinerende enhet, innsatsteam og saksbehandlerteam og en annen kommune har også et eget FACT-team.¹³

For å få innsikt i hvor den enkelte kommune har valgt å plassere ansvaret for rehabiliteringstjenestene stilte vi spørsmål om dette i spørreundersøkelsen. Tabellen nedenfor viser hvor kommunene har plassert ansvaret for rehabiliteringstjenestene.

Tabell 3-12 Hvor har dere plassert ansvar for rehabiliteringstjenester i din kommune? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
I hjemmesykepleien	19
I hjemmesykepleien med ekstra (egne) ressurser (f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter og sykepleiere)	22
I fysio-/ergoterapitjenesten	78
I egen rehabiliteringsenhet/rehabiliteringsteam	52
I tildelingskontoret/tjenestekontoret	33
I koordinerende enhet	33
Annet, spesifiser	15

Tabellen over viser at det er stor variasjon i hvor den enkelte kommune har lagt ansvaret for rehabiliteringstjenestene. Den langt vanligste løsningen er å legge ansvaret i fysio-/ergoterapitjenesten, 78 prosent har gjort det. Mellom 33 og 52 prosent av kommunene har valgt løsninger hvor ansvaret er lagt til egen rehabiliteringsenhet/rehabiliteringsteam, i tildelingskontoret/

¹³ FACT-team er fleksibel aktiv oppsøkende behandling (med rehabiliteringskomponenter) til alvorlig psykisk syke og ROP-pasienter. FACT-teamet er et samarbeid mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten.

tjenestekontoret eller i koordinerende enhet. 41 prosent har valgt å legge ansvaret til hjemmesykepleien (alene eller med ekstra ressurser).

Når det gjelder andre måter å plassere ansvaret på melder en kommune at de har samlet tjenestene i Etat for vurdering og rehabilitering, en kommune har lagt ansvaret til hverdagsrehabilitering, en kommune har lagt ansvaret til sykehjemmet mens en annen kommune svarer at ansvars plasseringen er diffus.

Deretter stilte vi spørsmål om: *Hvilke kriterier vurderes behovet for rehabilitering etter i din kommune?*

Tabell 3-13 Hvilke kriterier vurderes behovet for rehabilitering etter i din kommune? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Potensial for funksjonsbedring	93
Oppnå redusert hjelpebehov	89
Oppnå selvhjulpenhet	89
Bedre opplevd livskvalitet	93
Potensial for å komme tilbake til arbeid	74
Vet ikke	4
Annet, spesifiser	4

De fleste kommunene bruker alle kriteriene som er nevnt i tabellen over. De vanligste kriteriene er potensial for funksjonsbedring, bedre opplevd livskvalitet, å oppnå selvhjulpenhet og å oppnå redusert hjelpebehov (antallet som svarte dette var 89-93 prosent), mens potensial for å komme tilbake til arbeid får noe lavere skåre (74 prosent). Andre kriterier som er i bruk, er for eksempel kriterier definert i kommunens egen metodebok for rehabilitering og fall i funksjon.

Hvem som melder behov for eller henviser til rehabiliteringstjenester i den enkelte kommune ble også kartlagt i spørreundersøkelsen.

Tabell 3-14 Hvem melder behov for / henviser til rehabiliteringstjenester? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Henvising fra lege eller annet helsepersonell	96
Egen melding fra pasienten	85
Vurdering gjennom individuell kartlegging	78
Melding fra spesialisthelsetjenesten	96
Annet, spesifiser	15

Tabellen over viser at henvising fra lege eller annet helsepersonell og melding fra spesialisthelsetjenesten gjøres i 96 prosent av alle kommuner. I så godt som alle kommuner melder pasienten selv behov eller det skjer en vurdering gjennom individuell kartlegging.

Andre som også melder behov, er:

- ▶ Hjemmetjeneste
- ▶ Tildelingskontor
- ▶ Hverdagsrehabilitering etter korttidsopphold på sykehjem og pårørende
- ▶ Andre tjenester i kommunen, NAV, tildelingskontoret

Å følge opp brukerne under rehabiliteringsforløpet er sentralt. Derfor spurte vi om hvilke møteformer kommunene bruker for å sikre at dette skjer.

Tabell 3-15 Hvilke av følgende møteformer brukes systematisk for å følge opp brukerens rehabiliteringsforløp? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Tverrfaglige rehabiliteringsmøter	78
Fagspesifikke rehabiliteringsmøter	30
Vi har ingen spesifikk møteform, men innkaller relevante parter etter behov	37
Annet, spesifiser	11

Tabellen over viser at tverrfaglige rehabiliteringsmøter er det mest vanlige. Dette svarer 78 prosent av kommunene at de bruker. Å ikke ha en bestemt møteform, men å innkalle relevante parter etter behov gjøres i vel en tredjedel av kommunene, mens i underkant av en tredjedel bruker fagspesifikke rehabiliteringsmøter.

Når det gjelder andre møteformer nevnes det at hver avdeling har sine fagmøter hvilket innebærer at noen møter, eksempelvis i hjemmetjenesten, er fagspesifikke, mens møtene i psykisk helse og rus ikke er det da de ansatte har ulike fagbakgrunner. En annen respondent peker på at møteform er avhengig av hvilken tjeneste som er inne, og en tredje forteller at de har målmøter hvor tjenesten innkaller relevante parter etter behov. I tillegg nevnes overføringsmøter, samhandlingsform for brukere med sammensatte behov, samt interne tavlemøter og evalueringsmøter.

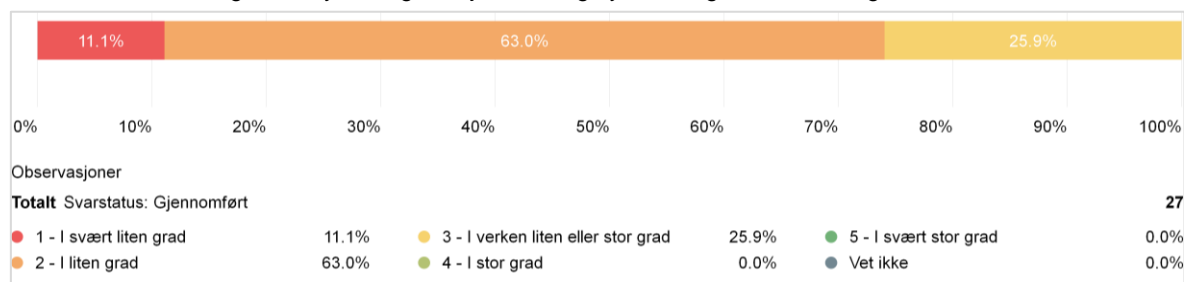
I intervjuene med casekommunene fulgte vi opp temaet om organisering ved å spørre i hvilken grad kommunen opplever organiseringen av rehabiliteringstjenestene/rehabiliteringsvirksomheten som hensiktsmessig. Kommunene svarer gjennomgående at de opplever at organiseringen fungerer hensiktsmessig og at organiseringen er valgt med hensyn til kommunens rammebetingelser som størrelse, tilgang på kompetanse, fagmiljøer og bredde på rehabiliteringstilbudet. Tendensen er at de små kommunene har en desentralisert organisering av rehabiliteringsvirksomheten der rehabilitering er en integrert del av helse- og omsorgstjenestene, og at enhetene samarbeider ved behov. I det største kommunene er det en mer sentralisert organisering der kommunene peker på at det er behov for å organisere rehabiliteringstjenestene i egne enheter/team, og med større grad av spesialisering.

3.1.6 Digitalisering og teknologi

Det er for tiden et stort fokus på digitalisering og bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgstjenestene. Det er derfor interessant å kartlegge i hvilken grad dette har gjort seg gjeldende i rehabiliteringstjenestene. Tema som er kartlagt, dreier seg om i hvilken grad respondentene oppfatter at det benyttes digitale tjenester og ny teknologi i rehabiliteringsarbeidet i egen kommune og deretter spørsmål om hvilken type teknologi som er tatt i bruk som støtte i rehabiliteringsprosessene.

I figuren nedenfor viser vi i hvilken grad respondentene opplever at det benyttes digitale tjenester og ny teknologi i rehabiliteringsarbeidet i egen kommune.

Tabell 3-16 I hvilken grad benyttes digitale tjenester og ny teknologi i rehabiliteringsarbeidet i din kommune?



Svarene indikerer at det i liten grad er blitt tatt i bruk eller benyttes digitale tjenester og ny teknologi i rehabiliteringsarbeidet. 74 prosent av kommunene svarer at det gjør det i liten eller svært liten grad. De siste 26 prosentene svarer i verken i stor eller liten grad. Det er ingen kommuner som svarer «i stor eller svært stor grad».

Selv om flertallet oppfatter at digitale tjenester og ny teknologi i liten grad anvendes i rehabiliteringsarbeidet er det likevel interessant å få innsikt i hvilken type teknologi som faktisk er tatt i bruk. Dette synliggjøres av tabellen under.

Tabell 3-17 Hva slags teknologi er tatt i bruk som støtte i rehabiliteringsprosessen? (Flere svar mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Videokommunikasjon	48
Assistert digital selvhjelp	7
PC/nettbrett	33
Spillteknologi	15
Løsninger for digital trening	26
Teknologisk utstyr for gangtrening	11
Robotteknologi	7
Digitale løsninger for kognitiv trening	11
Annet, spesifiser	22

Tabellen over viser at nesten halvparten av kommunen har tatt i bruk videokommunikasjon og en tredjedel bruker PC/nettbrett. For de andre teknologitypene varierer svarene mellom 7,4 og 14,8 prosent som har tatt i bruk assistert digital selvhjelp, robotteknologi, digitale løsninger for kognitiv trening, og teknologisk utstyr for gangtrening. 26 prosent har tatt i bruk løsninger for digital trening.

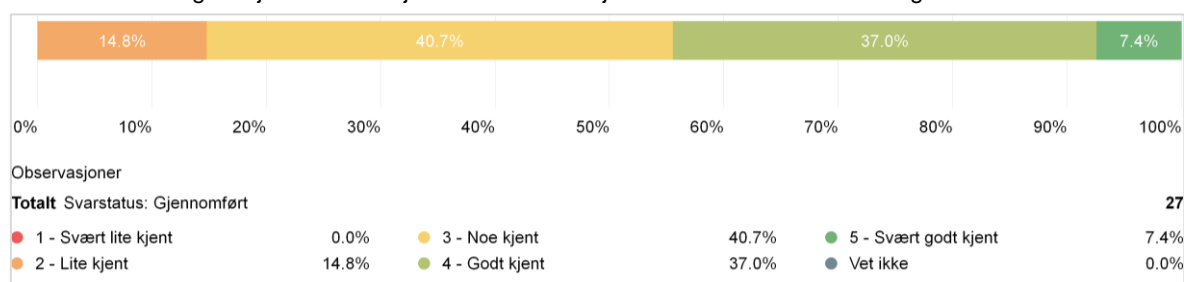
I fritekstsvarene trekker en kommune frem at de bruker hjelpemidler innen kognisjon og syn, og en annen peker på at i tillegg til det som er nevnt i tabellen over, gir de tips og råd om digital selvhjelp. En annen nevner Join (videosamtale), som kan brukes over telefon. Det nevnes også lokaliseringsteknologi, elektronisk medisineringsstøtte, digital hjemmeoppfølging, digital trygghetsalarm og døralarmtjeneste.

3.1.7 Faglige metoder og verktøy

For å få et godt bilde på hvilke faglige metoder og verktøy kommunene benytter, har vi stilt en rekke spørsmål. Respondentene ble stilt tre spørsmål om kjennskap til, nytte av og praktisk bruk av nasjonal veileder for rehabilitering. Deretter om hvilke metoder og verktøy som vanligvis benyttes i rehabiliteringstjenestene og til slutt hvilke metoder og verktøy som benyttes for å kartlegge brukers funksjon/å gjøre funksjonsvurderinger.

Første spørsmål handlet om kjennskap til den nasjonale veilederen.

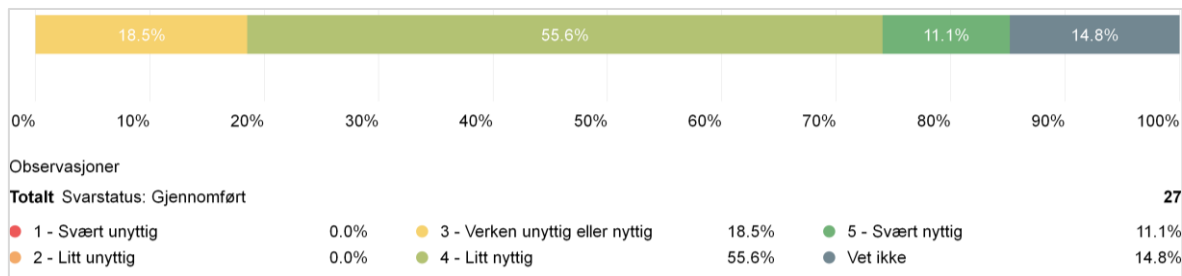
Tabell 3-18 Hvor godt kjent eller lite kjent er du med nasjonal veileder for rehabilitering?



Tabellen over viser at i underkant av halvparten av respondentene svarer at de er godt eller svært godt kjent med veilederen og 41 prosent svarer at de er noe kjent. På den annen side er det 15 prosent som oppgir at de er lite kjent med veilederen.

Neste spørsmål knyttet til nasjonal veileder for rehabilitering handlet om hvor praktisk nyttig eller unyttig respondentene opplever at den er.

Tabell 3-19 Hvor praktisk nyttig eller unyttig opplever du at den nasjonale veilederen er?



To tredjedeler opplever at veilederen er nyttig. I underkant av 20 prosent svarer «verken eller», ingen svarer at den er unyttig, mens 15 prosent svarer «vet ikke».

Det siste spørsmålet knyttet til nasjonal veileder var en kartlegging av hvilke formål den enkelte kommune bruker veilederen til.

Tabell 3-20 Til hvilket formål har din kommune benyttet nasjonal veileder for rehabilitering? (Flere svar mulig) N=27

Kategori	Andel i prosent
Som utgangspunkt/inspirasjon for organisering av rehabiliteringsarbeidet i egen kommune	38
Som utgangspunkt for faglig planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenestene i egen kommune	67
Som grunnlag for kompetanseutvikling for ansatte	19
Annet, spesifiser	11
Vi har ikke benyttet den nasjonale veilederen i rehabiliteringsarbeidet	15

15 prosent av respondentene som svarer at de ikke bruker nasjonal veileder. To tredjedeler av kommunene bruker veilederen som utgangspunkt for faglig planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenestene i egen kommune 38 prosent bruker den som utgangspunkt/inspirasjon for organisering av rehabiliteringsarbeidet i egen kommune. I underkant av 20 prosent bruker den som grunnlag for kompetanseutvikling for ansatte.

Av de kommunene som har bruk «annet»-kategorien, svarer én kommune at veilederen brukes til å formidle til toppledelsen viktigheten av å tenke tidlig innsats og egen mestring før kompensierende tjenester, en annen kommune oppgir at de bruker veilederen som et grunnlagsdokument ved utarbeidelse av rutiner og retningslinjer og for å preke ut retning for rehabiliteringsarbeidet, mens den tredje kommunen oppgir at de bruker den i forbindelse med utarbeidelse av egen rehabiliteringsplan.

De to neste spørsmålene innen dette temaet går konkret på hvilke metoder og verktøy kommunene bruker i utøvelse av rehabiliteringstjenester og i kartleggingen av behov for slike tjenester.

Først skal vi se på hvilke metoder og verktøy som vanligvis benyttes i rehabiliteringstjenestene i kommunene.

Tabell 3-21 Hvilke metoder og verktøy benyttes vanligvis i rehabiliteringstjenestene i din kommune? (Flere svar mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Individuell planlegging	96
Målorienterte tilnærminger	89
Tverrfaglig samarbeid	100
Evidensbaserte intervensjoner	56
Bruker- og pasientopplæring	85
Teknologiske løsninger	11
Annet, spesifiser	0

Samtlige kommuner benytter seg av tverrfaglig samarbeid. Så godt som alle benytter individuell planlegging. Ni av ti oppgir at de bruker verktøy som målorienterte tilnærminger og bruker- og pasientopplæring. Halvparten av kommunene gjør evidensbaserte intervensjoner mens én av ti bruker teknologiske løsninger.

Til slutt under dette temaet ble det spurt om hvilke metoder og verktøy som benyttes for å kartlegge brukers funksjon eller å gjøre funksjonsvurderinger i rehabiliteringsarbeidet kartlagt.

Tabell 3-22 Hvilke metoder og verktøy benyttes for å kartlegge brukers funksjon/gjøre funksjonsvurderinger i rehabiliteringsarbeidet? (Flere valg mulig) N=27

Kategori	Andel i prosent
ADL-taksonomien	41
Sunnaas ADL-indeks	7
Barthel ADL-indeks	56
Bergs balanseskala	67
AMPS	4
IPLOS	89
ICF	30
COPM	63
Timed up and go	48
Vi benytter metoder/verktøy vi selv har utviklet	11
Vi benytter ikke standardiserte verktøy/metoder	0
Annet, spesifiser	52

Ni av ti kommuner oppgir at de bruker IPLOS data. To tredjedeler bruker Bergs balanseskala, nesten like mange bruker COPM. Barthel ADL-indeks brukes av vel halvparten av kommunene mens i underkant av halvparten bruker Timed up and go. 41 prosent bruker ADL-taksonomien. De øvrige metodene brukes av mellom 3,7 og 29,6 prosent. Mellom en fjerdedel og 60 prosent bruker ICF, og/eller ADL-taksonomien. Svært få bruker AMPS. En forklaring av verktøyene følger i vedlegg IV for ordforklaring til sist i denne rapporten.

Mer enn halvparten svarer «annet» og av disse er det 7 som bruker Short Physical Performance Battery (SPPB), fire som bruker gangtest, to som bruker Pasient spesifikk funksjonsskala (PSFS) og to som bruker EQ5D. I tillegg oppgis det en rekke andre metoder og verktøy som benyttes ved funksjonsvurderinger.

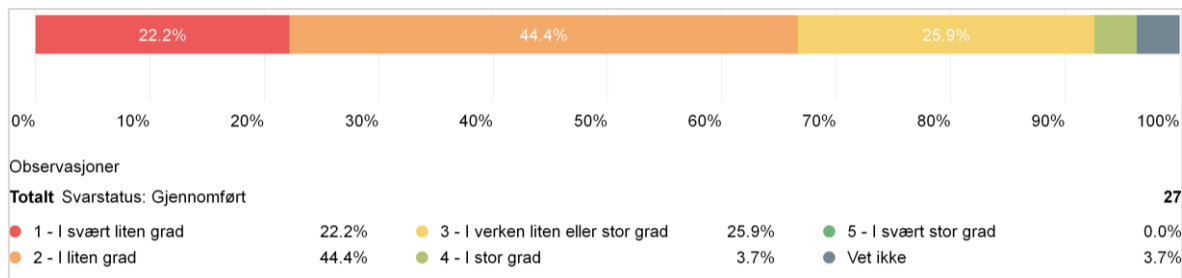
3.1.8 Målinger

En annen variabel det er viktig å kartlegge er i hvilken grad og på hvilke måter kommunen evaluerer eller måler eget arbeid på individnivå. Vi stilte følgende spørsmål knyttet til denne problemstillingen: Har kommunene metoder/verktøy for å vurdere økonomiske virkninger av

rehabiliteringstilbudet? Gjennomfører kommunen systematiske målinger av rehabiliteringsarbeidet på individnivå? Hvilke målinger foretar din kommune for å måle effekten av rehabilitering? I hvilken grad har dere oversikt over behovet for rehabilitering i egen kommune? Har din kommune en praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet?

Vi starter med metoder og verktøy for å vurdere økonomisk effekt.

Tabell 3-23 Kommunene har metoder/verktøy for å vurdere økonomiske virkninger av rehabiliteringstilbudet



To tredjedeler av kommunene svarer at de i svært liten eller liten grad har metoder/verktøy for å vurdere økonomiske virkninger av rehabiliteringstilbudet 8 prosent svarer at de i stor eller svært stor grad har det, mens den siste fjerdedelen svarer at de verken i stor eller liten grad har slike metoder/verktøy.

Spørsmålet om måling av effekter ble også tatt opp i caseintervjuene hvor vi spurte informantene om hvilke sammenhenger de ser mellom de prioriteringene de gjør og tilnærmingene de har, og de resultatene de oppnår. Tilbakemeldingene er gjennomgående at effekter og resultater er vanskelig å måle da man mangler både gode indikatorer og hensiktsmessige målemetoder.

Det neste vi kartla var om kommunene gjennomfører systematiske målinger av rehabiliteringsarbeidet på individnivå.

Tabell 3-24 Gjennomfører kommunen systematiske målinger av rehabiliteringsarbeidet på individnivå? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ja	30
Nei	52
Vet ikke	18

30 prosent av kommunene svarer ja til at de foretar systematiske målinger, over halvparten svarer nei, mens en femtedel svarer at de ikke vet.

En naturlig oppfølging var å etterspørre hvilke karlegginger den enkelte kommune foretar for å måle effekten av rehabilitering

Tabell 3-25 Hvilke målinger foretar din kommune for å måle effekten av rehabilitering? (Flere valg mulig).
N=27

Kategori	Andel i prosent
Funksjonsnivå hos enkeltpersoner før og etter rehabilitering	96
Livskvalitet og velvære hos enkeltpersoner før og etter rehabilitering	56
Feedback-informerte tjenester	15
Måloppnåelse	85
Tilbakeføring til arbeid eller skole	15
Brukertilfredshet	56
Pårørendetilfredshet	19
Bruk av helsetjenester og ressurser over tid	15
Unngått og redusert tjenestebehov	37
Lengde på rehabiliteringstilbud	11
Oversikt over antall nye brukere og brukere med tidligere rehabiliteringstjeneste	22
Annet, spesifiser	15

Så godt som alle kommuner måler funksjonsnivå hos enkeltpersoner før og etter rehabilitering. Nesten alle sjekker hvordan måloppnåelsen har vært for den enkelte bruker. Vel halvparten måler livskvalitet og velvære samt brukertilfredshet. Vel en tredjedel måler unngått og redusert tjenestetilbud og 22 prosent har oversikt over antatt nye brukere og brukere med tidligere rehabiliteringstjenester. Mellom 11 og 19 prosent måler lengden på rehabiliteringstilbudet, bruk av helsetjenester og ressurser over tid, tilbakeføring til arbeid eller skole, feedback-informerte¹⁴ tjenester og pårørendetilfredshet.

Under «annet» nevnes det av en kommune at hverdagsrehabilitering gjør målinger knyttet til omfang av tjenestetilbud. Tre kommuner sier at de ikke gjør systematiske målinger, men at de foretar målinger innen deltjenester.

Vi spurte også respondentene hvorvidt egen kommune har en praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet.

Tabell 3-26 Har din kommune en praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet?
N=27

Kategori	Andel i prosent
Nei, vi har ikke en fast praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsforløpet	70
Nei, men vi planlegger å utarbeide system for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet	8
Ja, vi har en fast praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet	22

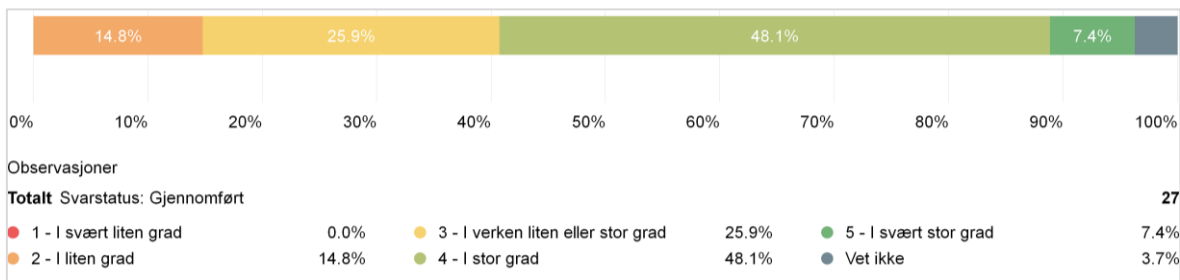
Tabellen viser at 22 prosent av kommunene har fast praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet, 70 prosent svarer nei på spørsmålet, mens 8 prosent svarer at de er i ferd med å utarbeide et slikt system.

Gjennom caseintervjuene uttrykker informantene at det finnes mange målinger og måleverktøy for å kartlegge rehabiliteringsarbeidet på individnivå. Utdelingen, som flere peker på er å måle effekter av rehabilitering.

¹⁴ Feedback-informerte tjenester er en arbeidsform der tjenestene innhenter systematisk og umiddelbar tilbakemelding fra brukerne på hvordan behandlingen passer og virker. Formålet er å kunne forbedre og tilpasse hjelpen underveis. (kilde FHI – feedback kan forbedre behandling)

For å foreta systematiske målinger kan det være en fordel å ha oversikt over behovet. Vi stilte respondentene spørsmål om i hvilken grad de har oversikt over behovet for rehabilitering i egen kommune.

Tabell 3-27 I hvilken grad har dere oversikt over behovet for rehabilitering i egen kommune?



Over to tredjedeler av kommunene oppgir at de i stor eller svært stor grad har oversikt over behovet for rehabilitering i egen kommune. 15 prosent svarer «i liten grad» og en fjerdedel svarer «verken eller».

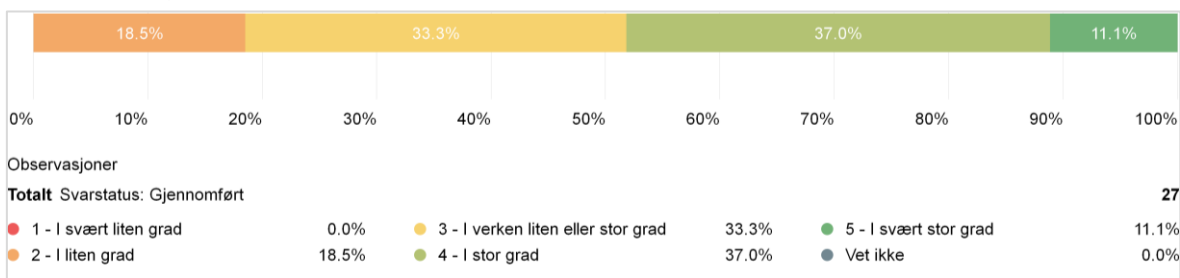
Det fremkommer i caseintervjuene at de fleste kommuner har et system eller en metode for å holde oversikt over behovet. De færreste har prognoseverktøy, flere av kommunene fører statistikker og holder oversikt over hva som er blitt gjort, men på ulikt vis. Dette er kun historiske data, så gode metoder for framskrivning etterlyses. Noen venter på at kunstig intelligens teknologi skal komme på plass og kunne bidra med hjelp.

3.1.9 Vurdering, avslutning og oppfølging av rehabiliteringsforløp

I tillegg til det å utøve selve rehabiliteringstjenesten er det sentralt at kommunene også jobber med vurdering av behov før tjenestene starter og at de jobber systematisk med avslutningen og oppfølgingen av rehabiliteringsforløpet.

Vi har derfor kartlagt disse temaene i spørreundersøkelsen. Vi starter med kartleggingen med spørsmål om kommunen utreder rehabiliteringsbehovet før det iverksettes permanente tiltak.

Tabell 3-28 Kommunen utreder rehabiliteringsbehov, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne



Halvparten av kommunene svarer at de i stor eller svært stor grad utreder rehabiliteringsbehov før det iverksettes permanente tiltak. En tredjedel svarer at de gjør det i verken stor eller liten grad mens en femtedel svarer at de i liten grad gjør det.

Det neste vi kartla var om det benyttes et eget skjema i forbindelse med fastsettelse av mål sammen med bruker.

Tabell 3-29 Benytter din kommune et eget skjema i forbindelse med fastsettelse av mål sammen med bruker? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ja	70
Nei	26
Vet ikke	4

Det fremkommer at 70 prosent av kommunene benytter seg av et eget skjema, mens i 26 prosent ikke gjør det. 4 prosent oppgir at de ikke vet.

Neste spørsmål var å kartlegge hvordan den enkelte kommune har organisert oppfølgingen etter at rehabiliteringstilbudet til bruker er avsluttet.

Tabell 3-30 Hvordan har din kommune organisert oppfølgingen etter at rehabiliteringstilbudet til bruker er avsluttet? N=27

Kategori	Andel i prosent
Kommunen har en fast struktur for oppfølging av en bruker etter endt rehabiliteringsforløp (f.eks. ved å kontakte bruker på et spesifikt tidspunkt etter at rehabiliteringsforløpet er avsluttet)	19
Kommunen har ikke en fast oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering, men følger opp etter behov (f.eks. etter melding fra hjemmetjenesten)	56
Vi har ikke oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering	0
Annet, spesifiser	25

Vel halvparten av kommune krysser av på at de ikke har en fast oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering, men følger opp etter behov. Andelen som har en fast struktur for oppfølging av en bruker etter endt rehabiliteringsforløp, er nesten en femtedel. Det er ingen kommuner som oppgir at de ikke følger opp brukerne etter gjennomgått rehabilitering. En fjerdedel rapporterer at de har andre måter å følge opp dette på. Eksemplene som nevnes er:

- ▶ Det er ulik praksis fra enhet til enhet. I noen enheter ringer vi brukerne f.eks. 1 mnd. etter avsluttet rehabilitering.
- ▶ Kommunen har en fast struktur for oppfølging av noen brukergupper etter endt rehabiliteringsforløp (hverdagsrehabilitering)
- ▶ Hjemmerehabilitering har oppfølging etter 3 mnd. Hverken ambulans fysioterapitjeneste eller rehabiliteringsavdelingen følger opp etter endt behandling
- ▶ Brukerne tar selv kontakt med kommunen ved behov
- ▶ Kommunen har ikke en fast oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering, men følger opp etter behov. Gjerne da etter melding fra hjemmetjenesten, tildelingskontor eller andre tjenester. Det gjøres også individuelle avtaler med bruker om oppfølging etter endt rehabiliteringsforløp- alt etter hva som vurderes mest hensiktsmessig for den enkelte pasient. Bruker selv eller pårørende kan også ta kontakt ved behov. I hvilken grad kommunen utreder rehabiliteringsbehov, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne er vanskelig å svare på, da dette oppleves noe varierende fra sak til sak. Det er ulike tjenester som vurderer dette, alt etter hvem som har hatt bruker i oppfølging. Noen

ganger er det fysio/ergo som vurderer dette, andre ganger tildeling, korttidsavdeling og igjen hjemmetjenesten.

Det siste forholdet som ble kartlagt under dette temaet var hvordan kommunen gjennomfører oppfølgingen, hvilke metoder som brukes.

Tabell 3-31 Hvordan gjennomføres oppfølgingen? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ved hjemmebesøk	44
Telefon	30
Brev/e-post	0
Videomøte	0
Annet, spesifiser	26

Tabellen over viser at hjemmebesøk er den vanligste metoden, nesten halvparten av respondentene oppgir at de bruker denne metoden. En fjerdedel bruker telefon. Brev/e-post og videomøte brukes ikke. En fjerdedel av kommunene oppgir at de benytter seg av andre metoder enn de som fremkommer av tabellen. Disse kommunene bruker i stor grad kombinasjon av hjemmebesøk og telefon.

3.1.10 Grunnlag for utvikling av rehabiliteringstjenestene

Et av formålene med FoU-prosjektet er å beskrive hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering og å vurdere hvilke variasjoner mellom kommuner som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke feltet. En av disse variasjonene er hvilke drivere den enkelte kommune vektlegger når det gjelder utvikling av tjenestene.

Vi ba respondentene om å krysse av på de viktigste av følgende drivere: Forskning på feltet, brukerundersøkelser, økonomiske rammer, tilgang på fagpersoner, samfunnsmessige trender og behov, politiske prioriteringer, erfaringer og innspill fra ansatte/fagpersoner, planer og strategiske veivalg og nasjonale føringer. Svarene fremkommer av tabellen under.

Tabell 3-32 Hva har vært viktig for utviklingen av rehabiliteringstilbudet i din kommune? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Forskning på feltet	52
Brukerundersøkelser	19
Økonomiske rammer	82
Tilgang på fagpersoner	52
Samfunnsmessige trender og behov	37
Politiske prioriteringer	82
Erfaringer og innspill fra ansatte/fagpersoner	70
Planer og strategiske veivalg	70
Nasjonale føringer	67

Vi ser at de driverne som i størst grad har betydning, er politiske prioriteringer og økonomiske rammer, deretter følger planer og strategiske veivalg, erfaringer og innspill fra ansatte/fagpersoner og nasjonale føringer. Prosentandelen på disse driverne ligger mellom 66,7 og 82,5 prosent. Mindre viktige forhold (i synkende rekkefølge) er: Forskning på feltet, tilgang på fagpersoner, brukerundersøkelser og samfunnsmessige trender og behov.

3.1.11 Kompetanse og kompetanseutvikling

For å videreutvikle rehabiliteringstilbudet er det viktig at de ansattes kompetanse økes. I spørreundersøkelsen stiles det spørsmål om i) kommunen har tilbudt opplæring/videreutdanning som gir kompetanse i rehabilitering i løpet av de siste to årene, ii) om hva som er eventuelt årsakene til manglende opplæring eller videreutdanning og iii) om kommunene samarbeider med andre kommuner om kompetansetiltak i rehabilitering.

Det første spørsmålet handler om kommunen har gitt kompetansegivende opplæring/videreutdanning de siste to årene.

Tabell 3-33 Har kommunen tilbudt opplæring/videreutdanning som gir kompetanse i rehabilitering i løpet av de siste to år? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ja	63
Nei	19
Vet ikke	18

Tabellen over viser at 63 prosent av respondentene oppgir at egen kommune har i løpet av de to siste årene gitt kompetansegivende opplæring/videreutdanning. 19 prosent svarer «nei» og samme andel svarer «vet ikke».

Respondentene som svarte nei på spørsmålet om tilbud om opplæring/videreutdanning, fikk oppfølgingsspørsmålet: *Hva er årsakene til manglende opplæring/videreutdanning?* Det var fem respondenter som ga tilbakemelding på dette svaret. To oppga økonomi som årsak to svarte at de ikke hadde oversikt over kompetansebehovet, mens en svarte at det skyldes manglende fokus på opplæring fra ledelsens side.

Siste spørsmål i denne kategorien var om kommunene gjennomfører kompetansetiltak i egen regi eller om de samarbeider med andre kommuner.

Tabell 3-34 Samarbeider din kommune med andre kommuner om kompetansetiltak i rehabilitering? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ja	19
Nei	70
Ikke aktuelt	4
Vet ikke	7

70 prosent gjennomfører opplæring i egen regi. 19 prosent samarbeider med andre, mens 7 prosent svarer «vet ikke».

3.1.12 Samarbeid og samhandling eksternt

Hvordan kommunene i sin utøvelse av rehabiliteringstjenester samhandler eksternt er et forhold som ble undersøkt i spørreundersøkelsen. I dette kapittelet viser vi resultater fra undersøkelsen som handler om i) om kommunene deltar i interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenester, ii) hvilke tjenester som inngår i det interkommunale samarbeidet, iii) hva årsakene eventuelt er for at de ikke deltar i et interkommunalt samarbeid, iv) om kommunene kjøper tjenester av eksterne tilbydere og v) eventuelt hvilke tjenester de kjøper. I tillegg ser vi på i hvilken grad kommunen opplever at samarbeid i helsefelleskapet bidrar til felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet, og i hvilken grad de opplever at spesialisthelsetjenesten tilbyr tilstrekkelig veiledning i rehabiliteringsforløp for enkeltpasienter når det er behov for det.

Tabell 3-35 Inngår kommunen i interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ja	15
Nei	74
Vet ikke	11

Tabellen over viser at 15 prosent av respondentene oppgir at deres kommune inngår i et interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene, 11 prosent svarer «vet ikke», mens tre fjerdedeler svarer at kommunen ikke inngår i et interkommunalt samarbeid.

Hvilke tjenester som inngår i det interkommunale samarbeidet, fremkommer av tabellen nedenfor.

Tabell 3-36 Hvilke rehabiliteringstjenester inngår i det interkommunale samarbeidet? N=4

Type samarbeid
Rehabiliteringsopphold
Intermediær sengepost på lokalmedisinsk senter
Kompetanseheving i et rehabiliteringsnettverk med fagdag for alle aktuelle ansatte
Arbeidstrening i en arbeids og inkluderingsbedrift
Oppfølging av pasienter med rehabiliteringsbehov etter rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Veiledning og støtte til ansatte i rehabiliteringsarbeidet med disse pasientene.

Årsakene til at kommunene ikke inngår i et interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenester fremkommer i tabellen under.

Tabell 3-37 Hva er årsaken til at kommunen ikke deltar i interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene? N=27

Kategori	Andel i prosent
Vi har kompetanse og kapasitet til selv å levere tjenestene	50
Vi samarbeider på andre måter	25
Det er ikke noen andre kommuner å samarbeide med	0
Annet, spesifiser	25

Tabellen viser at begrunnelsen for ikke å delta i et interkommunalt samarbeid er at kommunen selv har kompetanse og kapasitet til å levere tjenesten. En fjerdedel oppgir at de samarbeider på andre måter og samme andel svarer «annet».

Omfanget av kjøp av rehabiliteringstjenester ble også kartlagt i spørreundersøkelsen.

Tabell 3-38 Kjøper kommunen rehabiliteringstjenester? N=27

Kategori	Andel i prosent
Ja	33
Nei	56
Vet ikke	11

Tabellen viser at vel halvparten av kommunene ikke kjøper rehabiliteringstjenester, mens en tredjedel svarer at de kjøper rehabiliteringstjenester.

I tabellen nedenfor viser vi oversikt over hvilke tjenester kommunene i fritekstsvaret i spørreundersøkelsen oppgir at de kjøper.

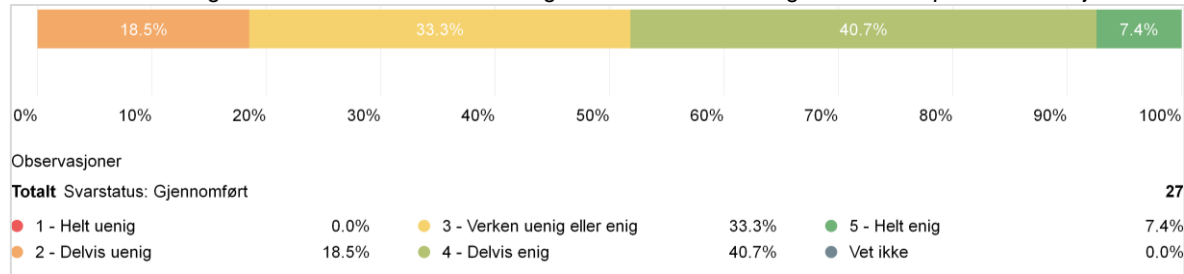
Tabell 3-39 Hvilke rehabiliteringstjenester kjøper kommunen? N=7

Type tjenester	Antall
Logopedtjenester	4
Synsrehabilitering	1
Rehabilitering i EØS-land	1
Korttidsopphold ved private sykehjem hvor også oppfølging fra fysioterapeut inngår	1
Rehabilitering ved private rehabiliteringssentre	2
Plasser for døgnrehabilitering i privat virksomhet	1
Driftsavtale med privat fysioterapeut som jobber på oppdrag fra kommunen	1

Til slutt i dette kapittelet viser vi resultater fra spørreundersøkelsen om samarbeidet mellom den enkelte kommune og henholdsvis somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten.

Figuren nedenfor viser grad av enighet i om samarbeidet om rehabilitering mellom kommunen og somatiske spesialisthelsetjenester er godt.

Tabell 3-40 Det er godt samarbeid om rehabilitering mellom kommunen og somatiske spesialisthelsetjenester

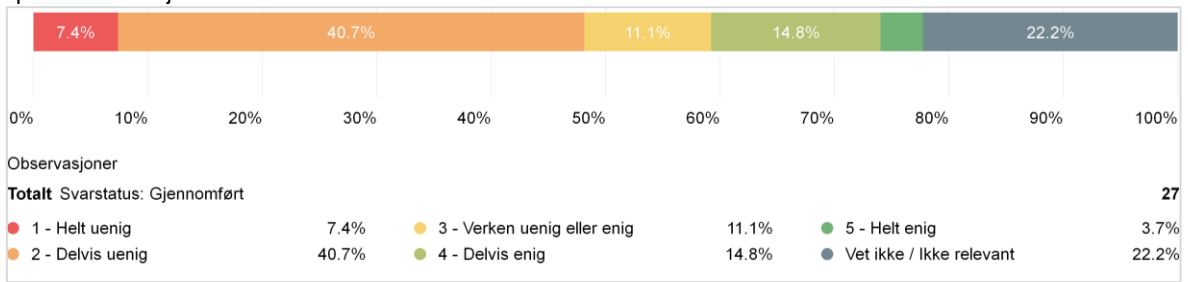


Figuren viser at litt under halvparten av respondentene opplever at samarbeidet med den somatiske spesialisthelsetjenesten fungerer godt. Nesten en femtedel er delvis uenig i dette, en tredjedel er verken enig eller uenig.

I caseintervjuene kommer det frem at informantene er i stor grad fornøyd med samarbeidet med den somatiske spesialisthelsetjenesten, men de opplever en tendens til at spesialisthelsetjenesten i mindre grad enn tidligere henviser til regionale rehabiliteringsinstitusjoner og i økende grad sender pasientene hjem til egen kommune. I særlig grad peker de største kommunene på dette. Kommunene opplever at de får pasienter med stadig mer ressurskrevende behov, noe som binder mange ressurser i toppen av rehabiliteringspyramiden.

Når det gjelder samarbeidet med psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten er situasjonen annerledes. Resultatene fremkommer av figuren under.

Tabell 413-42 Det er godt samarbeid om rehabilitering mellom kommunen og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten

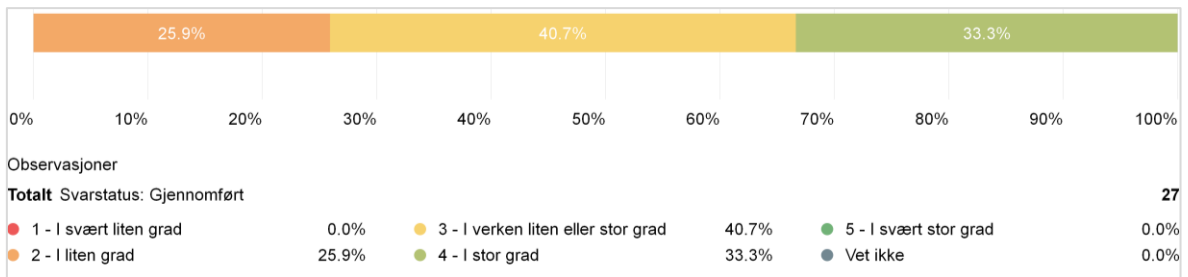


Litt under en femtedel er enig eller helt enig i at samarbeidet fungerer godt, nesten halvparten er helt eller delvis uenig, mens vel en tiendedel svarer «verken eller». 22 prosent svarer «vet ikke» på spørsmålet.

Informantene i casekommunene bekrefter dette inntrykket og peker på at det i liten grad henvises til regionale tilbud slik at kommunene opplever at de står alene med ansvaret for rehabiliteringsarbeidet med stadig mer skrøpelige pasienter.

De to siste spørsmålene som ble stilt under temaet samarbeid og samhandling var i hvilken grad respondentene opplever at spesialisthelsetjenesten tilbyr tilstrekkelig veiledning i rehabiliteringsforløp for enkeltpasienter når det er behov for det og i hvilken grad man opplever at samarbeid i helsefelleskapet bidrar til felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet. Opplevelsen av spesialisthelsetjenestens veiledning i rehabiliteringsforløpet for enkeltpasienter vises i figuren nedenfor.

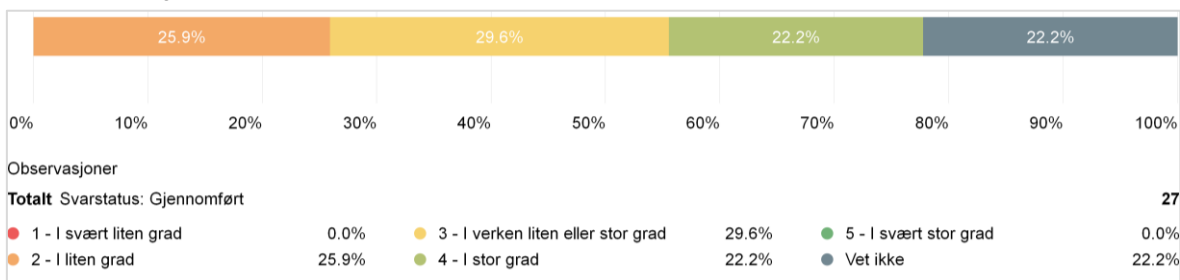
Tabell 3-43 I hvilken grad opplever du at spesialisthelsetjenesten tilbyr tilstrekkelig veiledning i rehabiliteringsforløp for enkeltpasienter når det er behov for det?



Figuren viser at en tredjedel av respondentene gir uttrykk for at spesialisthelsetjenesten i stor grad tilbyr tilstrekkelig veiledning i rehabiliteringsforløp for enkeltpasienter når det er behov for det. 4 prosent svarer «verken eller», mens en fjerdedel opplever dette i liten grad.

Neste spørsmål kartlegger opplevelsen av om helsefelleskapet bidrar til felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet.

Tabell 3-44 I hvilken grad opplever du at samarbeid i helsefelleskapet bidrar til felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet?



Figuren viser at en fjerdedel av kommunene svarer at de i liten grad opplever at samarbeid i helsefelleskapet bidrar til felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet. 30 prosent svarer «verken eller», vel en femtedel svarer «i stor grad» og samme andel svarer «vet ikke». Dette spørsmålet ble også stilt i caseintervjuene. De fleste informantene opplever at rehabilitering i liten grad får oppmerksomhet i helsefelleskapene. Det er derimot en oppfatning om at det er mye fokus på utskrivningsklare pasienter.

3.1.13 utfordringer og fremtidig fokus

Siste tema i spørreundersøkelsen handler om i) hvilke utfordringer den enkelte kommune opplever når det gjelder å tilby rehabiliteringstjenester, ii) hva som skal til for å utvikle og å forbedre rehabiliteringstilbudet og iii) i hvilken grad egen kommune ser på rehabilitering som en sentral del av helse- og omsorgstjenestene i fremtiden.

Tabellen nedenfor viser hvilke utfordringer den enkelte kommune opplever når det gjelder å tilby rehabiliteringstjenester.

Tabell 3-45 Hvilke utfordringer opplever din kommune når det gjelder å tilby rehabiliteringstjenester? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Økonomiske utfordringer	67
Personellmangel	37
Kompetanse	37
Kapasitet	70
Prioritering	37
Samarbeid	48
Annet, spesifiser	5

Tabellen viser at det er kapasitet, økonomiske utfordringer og samarbeid som er de viktigste faktorene. Både personellmangel, kompetanse og prioritering trekkes frem av 37 prosent av respondentene. Innspillet som kommer frem i fritekstsvar under kategorien «annet» handler om organisering og struktur i egen kommune

Når det gjelder hva som skal til for å utvikle og forbedre rehabiliteringstilbudet, fremkommer respondentenes svar i tabellen under.

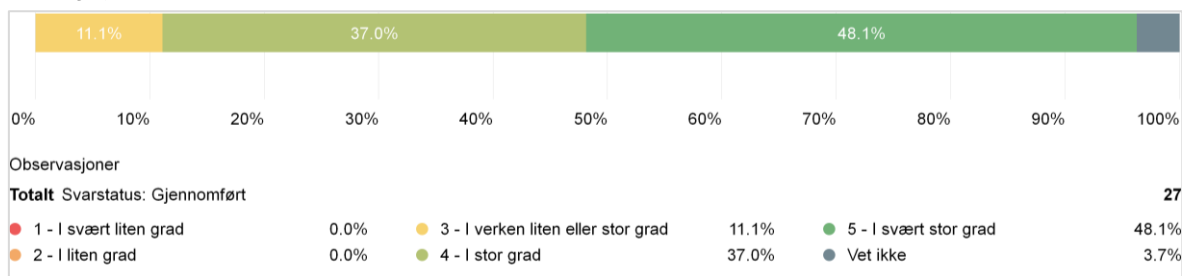
Tabell 3-46 Hva mener du skal til for å utvikle og forbedre rehabiliteringstilbudet i din kommune? (Flere valg mulig). N=27

Kategori	Andel i prosent
Opplæring og økt kompetanse	48
Organisatoriske forbedringer/endringer	52
Økte økonomiske ressurser	52
Bedre tilgang på fagpersonell	19
Tettere samarbeid på tvers av enheter	56
Måling og dokumentasjon av resultater av rehabilitering	37
Endringer i politiske prioriteringer	30
Annet, spesifiser	4

Svarene i tabellen over samsvarer med tilbakemeldingene på forrige spørsmål. Også her er det samarbeid og økonomi som er viktigst, i tillegg til organisatoriske forbedringer og opplæring og økt kompetanse. Resultatene indikerer at det er andre forhold enn tilgang på fagpersonell som skal til for å utvikle og forbedre den kommunale rehabiliteringen.

Siste spørsmål i spørreundersøkelsen handlet om i hvilken grad den enkelte kommune ser på rehabilitering som en sentral del av helse- og omsorgstjenestene i fremtiden.

Tabell 3-47 I hvilken grad ser din kommune på rehabilitering som en sentral del av helse- og omsorgstjenestene i fremtiden?



Figuren over viser at 85 prosent mener at egen kommune enten i stor eller svært stor grad anser rehabilitering som en sentral del av fremtidens helse- og omsorgstjenester.

4 Fase 2 – Årsaker til ulik praksis

Gjennom ulike temaer i dybdeintervjuene belyses årsaker til hvorfor kommunene har valgt sin tilnærming til rehabilitering og hvilke forhold som har påvirket valgene. Utgangspunktet har vært å utforske hvilke begrunnelser som finnes for, eller forhold som har påvirket valg av, ulike typer tilnærming til rehabilitering, samt kommunenes egne forklaringer til retningsvalg, prioriteringer, metoder mm. Forhold vi har kartlagt er:

- ▶ Tilnærming til rehabilitering, grad av felles forståelse og samarbeid
 - Valg av strategisk retning, mål og prioriteringer for rehabilitering
 - Sammenhenger mellom prioriteringer, tilnærming og resultater innenfor rehabilitering
 - Bruk av styringsdata og målinger for utvikling av rehabiliteringsvirksomheten
- ▶ Lokale forhold og hensyn
 - Kommunens evne til å prioritere rehabilitering
 - Kommunens økonomiske situasjon og handlingsrom
 - Kompetanse, tilgang til kvalifisert personell – rekrutteringssituasjon
 - Kommunestørrelse og sentralitet
 - Politiske prioriteringer
- ▶ Spesialisthelsetjenesten og helsefelleskapet
 - Informantenes opplevelse av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten
 - Avstand til og samhandling med spesialisthelsetjenesten
 - Helsefelleskapets fokus og prioritering av rehabilitering som felles innsatsområde
 - Hvordan ser kommunen for seg samarbeidet med spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet
- ▶ Andre grunner og behov

I tillegg har vi undersøkt casekommunenes fremtidsperspektiver på rehabiliteringstilbudet i egen kommune. Dette temaet har inkludert forhold som blant annet planer for utvikling av rehabilitering, fremmere og barrierer for å styrke rehabilitering i kommunen, hvordan kommunene ønsker at tilbudet bør innrettes i fremtiden og tanker om forskjeller mellom kommunene som er viktig å hensynta i det videre arbeidet med rehabilitering.

I dette kapittelet presenterer vi funnene fra caseintervjuene som har til formål å undersøke variasjoner i kommunenes tilnærming til rehabilitering, årsaker til variasjoner og eventuelle behov som bør hensyntas i det videre arbeidet med å styrke rehabilitering i kommunen. Intervjuene har også bidratt til å utdype temaer i spørreundersøkelsen.

4.1 Oppsummering av funn i intervjuene

Gjennomgående svarer casekommunene at det er **hensynet til bærekraftig utvikling** som ligger til grunn for kommunens strategiske veivalg og prioriteringer når det gjelder rehabilitering. Informantene peker på demografiutviklingen, kommuneøkonomi, mangel på personell og kommunenes mål om at innbyggerne skal bo lengst mulig hjemme. De aller fleste kommunene trekker frem at kommunen har et **overordnet mål om at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig hjemme og mestre eget hverdagsliv**.

De færreste av kommunene oppgir å ha etablerte strukturer eller arenaer for å jobbe med perspektivene og forståelse av rehabiliteringsbegrepet på et systemnivå. De fleste sier at rehabilitering har fått økt oppmerksomhet og prioritet i egen kommune de senere årene.

Casekommunene er kjent med rehabiliteringspyramiden, og de fleste av kommunene har benyttet denne som referanse i utvikling av kommunens rehabiliteringstilbud.

Kommunene har ulik organisering av rehabiliteringsvirksomheten. I intervjuene ser vi en tendens til at middels store og **større kommuner** oftere har en **sentralisert modell og større grad av spesialisering** enn de mindre og mer desentrale kommunene. I de **mindre kommunene** ses for det meste en **desentralisert organisering** der rehabilitering er en integrert del av enkelttjenestene, og der tjenestene kommer sammen om samarbeid i enkeltsaker. De mindre kommunene oppgir å ha mindre fagmiljøer og et behov for å bruke fagkompetansen fleksibelt og bredt på flere områder.

Kommunene oppgir gjennomgående **utfordringer med å ha tilgang til relevante styringsdata**, både mangel på nasjonalt tilrettelagte tall, men også muligheter til å ta ut relevante lokale data fra fagsystemene. Flere av kommunene mener at **IPLOS er lite egnet til rehabiliteringsformål**.

Kommunene i utvalget **etterlyser nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabilitering** og bedre tilgang til styringsdata. Kommunene er samstemte i behovet for styringsdata, men er i mindre grad klare på hvilke data det er behov for utover at det er viktig å synliggjøre effekten av rehabilitering.

Informantene i casekommunene peker på at **endringer i spesialisthelsetjenesten** på rehabiliteringsområdet **har en direkte påvirkning på kommunene**. Her trekker kommunene særlig frem raskere pasientforløp med kortere liggetid på sykehus, pasienter som er «dårligere» når de skrives ut til kommunen og krever større ressurser enn tidligere. Det sies også at pasientene i mange tilfeller ikke er klare til å starte rehabilitering når de kommer til kommunene, men har behov av annen helsehjelp. Flere av kommunene trekker frem at spesialisthelsetjenestens prioriteringsveileder direkte påvirker kommunene gjennom kortere forløp, og at diagnosespesifikke pakkeforløp i liten grad passer med kommunens måte å innrette tjenester og kommunens funksjonsrettede fokus. Kommunene trekker også frem at de opplever en kontinuerlig glidning av oppgaver, og at de forventer at denne oppgaveglidningen vil fortsette.

Utskrivningsklare pasienter tar mye av ressursene og får stort fokus også i samhandlingen. Samtidig sier kommunene at det at spesialisthelsetjenesten ikke kjenner kommune er en stor utfordring. Spesialisthelsetjenesten kan tenke at kommunen overtar oppgaver som kommunen ikke har kompetanse eller kapasitet til å ta. Kommunene oppgir i samtalene at de ikke opplever likeverdighet i samhandlingen, og at det oppleves at sykehusene ser ned på kommunene.

Ingen av kommunene kan vise til at rehabilitering er satt nevneverdig på dagsorden i helsefellesskapet. Ett helsefellesskap har etablert eget fagråd for rehabilitering.

Gjennomgående er kommunene opptatt av å **videreføre, revidere og videreutvikle både overordnede planer som forankrer rehabiliteringsvirksomheten og rehabiliteringsplanene** sine. Det vises også til at planstrategien er viktig for å sikre at rehabilitering får sitt fokus og sin plass i plansystemet. Enkelte peker også på at det er vesentlig at det følger handlingsplaner med de overordnede planene og at det blir en kobling til økonomiplan og budsjettarbeid for å sikre ressurser. Kommunene formidler i samtalene **noe variasjon i hvordan de konkret følger opp planene og strategiene**, men flertallet av kommunene organiserer dette som en del av virksomhetsstyringen med målarbeid, rapportering og oppfølging i ledermøter og i lederlinjen.

Kommunene er relativt samstemte i at en kontinuerlig oppgaveglidning utfordrer kommunen i å følge opp krav både når det kommer til kapasitet, men særlig på spesialisert kompetanse. Flere av de mindre kommunene sier at de vil måtte se til interkommunale løsninger for å innfri krav dersom de får større oppgaveoverføringer. Kommunenes muligheter til å rekruttere relevant kompetanse trekkes også frem som en avgjørende faktor.

Kommunene oppgir ulike ønsker og innsatsområder for hvordan de ser for seg rehabiliteringstilbudet fremover. Kommunene ser for seg en videreutvikling av det de allerede gjør,

å fortsette med å utvikle lavterskeltilbud, de lavere trinnene i innsatstrappen, rendyrke rehabiliteringsplasser-/avdelinger og videreutvikle en teambasert organisering. Enkelte kommuner trekker frem betydningen av å jobbe annerledes og satse mer på digitale løsninger. Noen av distriktskommunene presiserer også behovet for å avklare mulighetene kommunen har til hva som kan leveres desentralt og sentralt.

Når det gjelder krav det kan være vanskelig for kommunene å imøtekomme, er det ulikt hvordan dette arter seg mellom store kommuner og de mindre kommunene. Sentralitet har også betydning i denne sammenheng. De små kommunene trekker særlig frem at **føringer/krav om bemannings- og kompetansenormer og spesifikke tilbud og organisering, vil kunne være krevende å imøtekomme**. De mindre kommunene presiserer at det er avgjørende å kunne ha fleksibilitet i organisasjonene og tjenestene for å dekke et bredt spekter av behov i befolkningen.

På spørsmål om **forskjeller mellom kommunene som bør hensyntas i det videre arbeidet** med rehabilitering, svarer kommunene at kommunene er forskjellige både når det gjelder størrelse, kommuneøkonomi, avstander, tilgang på kompetanse, klima og sentrum-distrikt. **Flere av kommunene mener at vi må tåle at det er noen ulikheter, at disse forskjellene må hensyntas**, samtidig som det påpekes at det ligger muligheter i utvidet interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene.

4.2 Tilnærming til rehabilitering

4.2.1 Valg av strategisk retning, mål og prioriteringer for rehabilitering i kommunen

Gjennomgående svarer casekommunene at det er hensynet til bærekraftig utvikling som ligger til grunn for kommunens strategiske veivalg og prioriteringer når det gjelder rehabilitering. Informantene peker på demografiutviklingen, kommuneøkonomi, mangel på personell og kommunenes mål om at innbyggerne skal bo lengst mulig hjemme. Flere påpeker at det har vært en utvikling i perspektivet siden innføringen av samhandlingsreformen. Kommunene trekker frem at de har et overordnet mål om at innbyggerne skal kunne bo lengst mulig hjemme og mestre eget hverdagsliv.

I intervjuene fremkommer det at kommunene har kjennskap til forskrift for re-/habilitering og nasjonale retningslinjer og veilederen, men det fremkommer samtidig at kommunene i varierende grad har en systematisk oppfølging av disse styrende dokumentene i sin praksis i rehabiliteringsarbeidet. Noen kommuner oppgir å følge forskriften og veilederen, mens andre kommuner oppgir at de ikke har satt det i tilsvarende system for oppfølging.

4.2.2 Felles forståelse

I samtaler med casekommunene fremkommer det variasjon i hvor stor grad kommunene har en felles forståelse av rehabilitering. De færreste av kommunene oppgir å ha etablerte strukturer eller arenaer for å jobbe med perspektivene og forståelse av rehabiliteringsbegrepet på et systemnivå. En kommune har etablert en sentral faginstans som skal koordinere og utvikle rehabilitering på tvers av kommuneorganisasjonen som en del av utviklingen av fagfeltet. Etableringen har kommet i stand som en direkte oppfølging av kommunens rehabiliteringsstrategi. Til tross for at kommunene i liten grad har etablert overordnede strukturer og arenaer for å utvikle rehabiliteringsfeltet, oppgir informantene gjennomgående at de opplever at tjenestene som er involvert i rehabiliteringsarbeidet har en viss forståelse av rehabilitering, men at det er en vei å gå for å få på plass rehabilitering og hverdagsmestring som gjennomgående perspektiv i alle helse- og omsorgstjenester. Flere av kommunene trekker i denne sammenheng også frem forskjellen på rehabilitering som tanke sett og rehabilitering som metode som to ulike forhold. De fleste sier også at rehabilitering har fått økt

oppmerksomhet og prioritet i egen kommune de senere årene. Casekommunene er kjent med rehabiliteringspyramiden, og de fleste av kommunene har benyttet denne som referanse i utvikling av kommunens rehabiliteringstilbud.

I casekommunene har vi snakket med representanter fra ulike tjenester som jobber med rehabilitering. Dette inkluderer også psykisk helse og rustjenester. Vi finner i intervjuene at disse tjenestene ikke i like stor grad som for den medisinske rehabiliteringen, benytter rehabiliteringsbegrepet. Samtidig fremkommer det at perspektivene og det faglige grunnlaget for innsatsene ofte er tilsvarende som for den medisinske rehabiliteringen.

Det er variasjon mellom kommunene i hvordan disse tjenestene ser seg selv med tanke på å jobbe med rehabilitering. De aller fleste av casekommunene peker på mestring som hovedfokus, har et recoveryperspektiv¹⁵ og ser ikke at ulike begreper vanskeliggjør utviklingen av tjenestene, den kommunale rehabiliteringen eller samhandlingen mellom tjenestene. Funn viser samtidig at det i mindre grad foregår en systematisk samhandling for utvikling/styrking av rehabilitering mellom ulike tjenester som driver rehabilitering. Dette kommer til uttrykk ved at for eksempel psykisk helsetjeneste som oftest har andre samarbeidsparter i rehabiliteringsforløpene enn hva som ses i rehabiliteringsforløpene i de somatiske helsetjenestene.

4.2.3 Økonomi

Kommunene viser til at økonomi og redusert økonomisk handlingsrom er en vesentlig driver for å satse på rehabilitering og bærekraftige tjenester. I flere av kommunene fremkommer det at det er etablert en felles forståelse av at rehabilitering lønner seg, og er en del av løsningen på demografiutviklingen. Samtidig peker alle kommunene på at økonomi er en barriere for å kunne styrke den kommunale rehabiliteringen og en opplevelse av at disse tjenestene er under press i budsjettprosesser og når det er snakk om å satse ytterligere på rehabilitering. Flere av kommunene oppgir at styrking av rehabiliteringsvirksomheten i kommunen har kommet på plass med omdisponering av midler og at opplevelsen er at rehabiliteringsvirksomheten fortsatt står i skyggen av de store pleie- og omsorgstjenestene. Det er også flere kommuner som påpeker at det er krevende å synliggjøre rehabiliteringsarbeidet.

4.2.4 Ulik organisering av rehabilitering i kommunene

Casekommunene har ulik organisering av rehabiliteringsvirksomheten. I intervjuene ser vi en tendens til at kommuner av en viss størrelse i større grad har en sentralisert (organisert i egne enheter) og større grad av spesialisering enn de mindre og mer desentrale kommunene som ser ut til å ha en desentralisert organisering der rehabilitering er en integrert del av enkelttjenestene, og der tjenestene kommer sammen om samarbeid i enkeltsaker. De mindre kommunene oppgir å ha mindre fagmiljøer og et behov for å bruke fagkompetansen fleksibelt og bredt på flere områder. De oppgir at små forhold gir fordeler som korte kommunikasjonslinjer, oversiktlige forhold og god kjennskap om hverandres tjenester og tilbud. På den andre siden påpekes det at små miljøer kan være sårbart, og at bredde og nivåer på rehabiliteringstilbudet kan være begrenset. De store kommunene gir uttrykk for å ha et behov for å strukturere og organisere bredden og nivåene for rehabiliteringsvirksomheten for nettopp å gi oversikt og avklare roller og ansvar. Flere av de større kommunene har valgt en teamorganisering for rehabiliteringsvirksomheten, og opplever at det fungerer godt.

¹⁵ *Recoveryperspektivet tar utgangspunkt i at recovery er en unik prosess som er personlig, sosial og relasjonell. Helse og velvære, personlig og sosial identitet, tilhørighet og deltagelse på ulike samfunnsarenaer, støtte fra omgivelser og gode materielle forhold er viktige (kilde NAPHA).*

4.2.5 Samarbeid

Gjennomgående svarer alle casekommunene at samarbeidet om rehabilitering fungerer bra i egen kommune. Kommunene oppgir å trekke på de samarbeidende tjenestene etter brukers behov. Dette gjelder også aktører som fastlegene, privatpraktiserende fysioterapeuter, synspedagoger, logopeder og andre grupper som er aktuelle i individuelle rehabiliteringsforløp. Det er variasjon i hvorvidt kommunene opplever at fastlegene er tilgjengelig for slikt samarbeid, og også hvordan dette samarbeidet fungerer i praksis. De mindre kommunene sier at det er enkelt å komme i kontakt med og samarbeide med fastlegene. I de større kommunene baseres samarbeidet i større grad på elektronisk meldingsutveksling, og kommunene oppgir at det er mange fastleger å forholde seg til, og med ulik praksis. Svært få av kommunene har etablert samarbeid med fastlegene på systemnivå, der utvikling av rehabiliteringsvirksomheten settes på dagsorden, planer utvikles og strategier følges opp. Legenes samarbeidsutvalg (SU) eller allmennlegeutvalget (ALU) kan være aktuelle arenaer for et slikt samarbeid.

Enkelte kommuner trekker også frem at koordinerende enhet for rehabilitering eller andre av rehabiliteringstjenestene i liten grad er involvert i saker der innbyggere søkes videre til rehabilitering i spesialisthelsetjenestene gjennom sentral enhet for rehabilitering. Kommunene opplyser også at deres inntrykk er at fastlegene har større kunnskap og bevissthet om andre helse- og omsorgstjenester i kommunen. Flere av kommunene har rutine for å rapportere resultatene av individuelle rehabiliteringsforløp tilbake til pasientens fastlege.

4.2.6 Styringsdata og målinger

Vi har spurt kommunene om tilgang til og bruk av styringsdata og målinger knyttet til rehabilitering. På dette spørsmålet oppgir kommunene gjennomgående utfordringer med å ha tilgang til relevante styringsdata, både mangel på nasjonalt tilrettelagte tall, men også muligheter til å ta ut relevante data fra fagsystemene. Her peker kommunene på svært begrensede muligheter og tungvinte systemer. Flere av kommunene mener at IPLOS er lite egnet til rehabiliteringsformål, for å synliggjøre effektene av rehabilitering og målorientert oppfølging. Noen av kommunene samler inn data og gjennomfører egne manuelle målinger på effekt/resultater av rehabilitering på individnivå, men opplever samtidig at det er både ressurskrevende og kompetansekrevende å sammenstille disse dataene for styringsformål.

Kommunene som gjennomfører målinger, sier at dokumentasjonen viser svært gode resultater for gjennomført rehabiliteringsforløp. En kommune kan vise til at 60 prosent av de som har gjennomgått hverdagsrehabilitering, avslutter forløpet uten behov for tjenester. De andre kommunene som også gjennomfører tilsvarende måling, kan vise til samme tendens blant sine brukere. Noen kommuner oppgir at de tidligere har gjennomført slike målinger, men at de har avsluttet det (enkelte kommuner etter at hverdagsrehabilitering kom over i ordinær drift).

I intervjuene fremkommer det variasjon i hva kommunene innhenter av data og hva som måles i forbindelse med rehabilitering.

Kommunene i utvalget etterlyser nasjonale kvalitetsindikatorer for rehabilitering og bedre tilgang til styringsdata. Noen av kommunene oppgir at det er satt på dagsorden i ASSS-nettverket¹⁶. Kommunene er samstemte i behovet for styringsdata, men er i mindre grad klare på hvilke data det er behov for utover at det er viktig å synliggjøre effekten av rehabilitering. Flere kommuner påpeker også viktigheten av økt satsing på forskning på kommunale helsetjenester, inkludert rehabilitering

¹⁶ ASSS står for: Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner, og er et samarbeid mellom Asker, Bærum, Bergen, Drammen, Fredrikstad, Kristiansand, Lillestrøm, Oslo, Sandnes, Stavanger, Trondheim, Tromsø og KS. Nettverket skal bidra til læring og utvikling i partnerskap mellom kommunene og KS.

og behovet for kunnskapsbasert praksis. Flere kommuner sier også at kvalitetsindikatorer og styringsdata er mangelfullt i psykisk helse og rustjenestene.

4.3 Lokale forhold og hensyn

For å kunne kartlegge og utforske lokale forhold og hensyn for rehabiliteringsvirksomheten i kommunene, har vi spurt casekommunene om deres synspunkter på egen kommunes evne til å prioritere rehabilitering, samt begrunnelser for kommunens valg av tilnærming til rehabilitering. Kommunene svarer i all hovedsak at de mener at evnen til å prioritere rehabilitering er god innenfor de rammene de opererer under, men at de opplever å være utfordret av redusert økonomisk handlingsrom, og at det er et spørsmål om hva man klarer å prioritere og andre områder som også får oppmerksomhet.

4.3.1 Kommunens evne til å prioritere rehabilitering

Mange av kommunene oppgir at rehabilitering har vært skjermet i budsjettarbeidet, og at det har vært bevisste satsinger på både forebygging og rehabilitering i kommunene. Kommunene opplyser også at det er mange behov som skal hensyntas og at konkurransen om midler er stor. Flere sier at det har vært en utvikling de senere årene der brukerne som overføres til kommunal helse- og omsorgstjeneste er skrøpeligere/har større funksjonsnedsettelse, og med behov for omfattende kommunale tjenester og til dels uavklart rehabiliteringspotensial. Det oppgis at dette gjør prioriteringsdiskusjonene i kommunene ytterligere krevende. Det er enkelte av kommunene som viser til at en del av styrkingen av rehabilitering i egen kommune er kommet på plass ved hjelp av omfordeling av budsjettmidler, og at det er en del av en bevisst og villet dreining av tjenestene. De aller fleste kommunene har forankret dette i egne planer.

4.3.2 Kompetanse, rekrutteringssituasjon og tilgang til kvalifisert personell

Uavhengig av størrelse og sentralitet gir de færreste av kommunene uttrykk for å ha utfordringer med å rekruttere rehabiliteringskompetanse. På spørsmål om spesialisert kompetanse, svarer imidlertid kommunene at det kan være krevende å rekruttere for eksempel psykolog og at de mindre kommunene ofte kan bruke lang tid på å få rekruttert ønsket kompetanse. En av de aller minste kommunene sier at de tidligere har samarbeidet med nabokommunen om rehabiliteringskompetanse kommunen selv manglet.

4.4 Spesialisthelsetjenesten og helsefelleskapet

Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for rehabilitering på annenlinjenivå, og samarbeider med kommunene om rehabilitering til innbyggerne i opptaksområdet til helseforetaket. Under dette punktet har vi vært opptatt av å undersøke hvordan kommunene oppfatter spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud, samhandlingen med sykehuset/sykehusene, likeverdigheten i samarbeidet og hvordan kommunene ser for seg samarbeidet med spesialisthelsetjeneste. I tillegg har vi spurt om helsefelleskapets fokus på rehabilitering som felles innsatsområde.

4.4.1 Opplevelse av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten

Informantene i casekommunene peker på at endringer i spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet har en direkte påvirkning på kommunene. Her trekker kommunene særlig frem raskere pasientforløp med kortere liggetid på sykehus, pasienter som er «dårligere» når de skrives ut til kommunen og krever større ressurser enn tidligere. Det sies også at pasientene i mange tilfeller ikke er klare til å starte rehabilitering når de kommer til kommunene, men har behov for annen helsehjelp. Flere av kommunene trekker frem at spesialisthelsetjenestens

prioriteringsveileder påvirker kommunene direkte gjennom kortere forløp, og at diagnosespesifikke pakkeforløp i liten grad passer med kommunens måte å innrette tjenester på og kommunens funksjonsrettede fokus. Det vises til at det krever en oversettelsesjobb å tilpasse 30 ulike pakkeforløp til en kommunal kontekst, og at kommunene ikke kan jobbe i diagnosebaserte pasientforløp. Det sies at dette utfordrer kommunens kapasitet.

Kommunene trekker også frem at de opplever en kontinuerlig glidning av oppgaver, og at de forventer at denne oppgaveglidningen vil fortsette. Utskrivningsklare pasienter tar mye av ressursene og får stort fokus også i samhandlingen. Samtidig sier kommunene at det at spesialisthelsetjenesten ikke kjenner kommune er en stor utfordring. Spesialisthelsetjenesten kan tenke at kommunen overtar oppgaver som kommunen ikke har kompetanse eller kapasitet til å ta.

Casekommunene formidler også at endringer som gjøres i spesialisthelsetjenesten, og som gir konsekvenser for kommunen, skjer uten dialog med kommunen. Eksempler på dette er sommerstengte rehabiliteringstilbud, og reduksjon eller avvikling av rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. Nedbyggingen av døgnplasser og langtidsbehandling i psykisk helsevern trekkes av flere kommuner frem som særlig utfordrende. Flere av kommunene sier at de utfordres av endringene som skjer i sykehusene. Konkret sier en kommune; «*De presser oss opp i pyramiden. Vi må drive sykehustjenester hjemme*»

4.4.2 Kommunene opplever ikke likeverdighet i samarbeidet med spesialisthelsetjenesten

Kommunene oppgir i samtalene at de ikke opplever likeverdighet i samhandlingen, og at det oppleves at sykehusene «*ser ned*» på kommunene. Informantene opplyser at sykehusene ofte «bestiller» tjenester uten å ha god nok oversikt og kunnskap om mulighetene i kommunene. Det sies også at det stadig mangler tilstrekkelig informasjon når pasienter skal overføres til kommunen, og at sykehuset viser liten forståelse for hvorfor disse opplysningene er nødvendige. Det hører til unntakene at sykehusene etterspør kommunens kompetanse i samarbeidet. Kommunene sier at det er viktig at spesialisthelsetjenesten forstår og erkjenner at kommunene besitter en annen kompetanse enn de har i sykehusene. Kommunene etterlyser at sykehusene også har med seg rehabiliteringsperspektivet og at rehabiliteringen starter i sykehuset. Noen kommuner ønsker også mer ambulant virksomhet fra spesialisthelsetjenesten og etterlyser opplæringsmuligheter.

Intervjuene viser at det er noe variasjon i hvordan samarbeidet praktisk foregår. Noen kommuner har et systematisk samarbeid og regelmessige møter med helseforetaket, andre kommuner sier at det er samarbeid etter behov. En del av kommunene sier at samarbeidet i pasientsakene stort sett fungerer bra og at det er en forståelse om at det er knapphet på ressurser på begge sider. Flere sier at samhandlingen er blitt enklere med elektronisk meldingsutveksling. Dette oppleves positivt.

4.4.3 Ulik bruk av spesialisthelsetjenester

En av casekommunene trekker frem at det er ulik bruk av spesialisthelsetjenester mellom kommunene i opptaksområdet, og at de har inntrykk av at de mindre kommunene har større bruk av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som følge av begrenset kapasitet og kompetanse i egne tjenester. Kommunen mener at dette påvirker prioriteringer og kostnadsnivået i egen kommune som følge av at de må håndtere denne gruppen i egen regi siden de ikke får tilbud i spesialisthelsetjenesten. En annen kommune sier at det er nødt til å bli en forskjell i bruk av spesialisthelsetjenester mellom kommuner, og mener dette må hensyntas nasjonalt i de statlige systemene. Kommunen peker på faktorer som geografi (hvor folk faktisk bor), enten det er organisert av stat eller kommune, bosettingsmønster, finansielle og organisatoriske faktorer (først på tvers i egen kommune og deretter i samarbeid med andre) som avgjørende for den ulike bruken av spesialisthelsetjenester.

4.4.4 Helsefelleskapene er på ulike steder i etableringen

I samtalene med kommunene kommer det frem at etableringen av helsefelleskapene er på ulike steder i prosessen. Ingen av kommunene kan vise til at rehabilitering er satt nevneverdig på dagsorden i helsefelleskapet. Ett helsefelleskap har etablert eget fagråd for rehabilitering. Noen av kommunene sier samtidig at det også er utfordrende å sikre intern kommunikasjon/informasjon og koordinering i egen kommune av det som foregår i helsefelleskapet, og at kommunene selv må bli flinkere på å ta det som skjer i helsefelleskapene tilbake i egne rekker.

4.5 Fremtidsperspektiver

Casekommunene ble spurt om videre planer for utvikling av rehabilitering i kommunen, oppfølging av planer og hva som er faktorer som bidrar til å fremme rehabilitering i kommunene. Vi har også spurt kommunene om det er visse typer krav som kan være vanskelig å imøtekomme når det gjelder rehabilitering, og hvordan kommunene ønsker at rehabiliteringstilbudet skal se ut.

4.5.1 Kommunene er opptatt av å forankre rehabilitering i planer

Gjennomgående er kommunene opptatt av å videreføre, revidere og videreutvikle både overordnede planer som forankrer rehabiliteringsvirksomheten og rehabiliteringsplanene sine. Det vises også til at planstrategien er viktig for å sikre at rehabilitering får sitt fokus og sin plass i plansystemet. Enkelte peker også på at det er vesentlig at det følger handlingsplaner med de overordnede planene og at det blir en kobling til økonomiplan og budsjettarbeid for å sikre ressurser. Kommunene formidler i samtalene noe variasjon i hvordan de konkret følger opp planene og strategiene, men flertallet av kommunene organiserer dette som en del av virksomhetsstyringen med målarbeid, rapportering og oppfølging i ledermøter og i lederlinjen.

4.5.2 Faktorer som fremmer den kommunale rehabiliteringen

På spørsmål om hva som fremmer rehabilitering i kommunen, svarer mange av kommunene økonomi, kompetanse og samarbeid. Enkelte kommuner nevner også at det å måle effekten av rehabilitering kan bidra til å utvikle rehabiliteringsvirksomheten i kommunen, og at det øker sannsynligheten for at det vil prioriteres. Andre forhold som trekkes frem er politisk vilje, lederforankring og kunnskap om rehabilitering.

4.5.3 utfordringer kommunene møter i rehabiliteringsarbeidet

Motsatt spurte vi også om barrierer og utfordringer i å styrke rehabilitering i kommunene. Her trekkes økonomi, geografi (avstander), lokasjoner, personellmangel og kompetanse frem som de viktigste driverne. I tillegg sier flere av kommunene at det er nødvendig å jobbe med forventningsavklaringer, helsekompetanse i befolkningen og fokus på felles mål er viktig for å møte utfordringsbildet.

Kommunene er relativt samstemte i at en kontinuerlig oppgaveglidning utfordrer kommunen i å følge opp krav både når det kommer til kapasitet, men særlig på spesialisert kompetanse. Flere av de mindre kommunene sier at de vil måtte se til interkommunale løsninger for å innfri krav dersom de får større oppgaveoverføringer. Kommunenes muligheter til å rekruttere relevant kompetanse trekkes også frem som en avgjørende faktor. Noen kommuner sier også at det er krevende å balansere krav og muligheter mellom sentrumssoner og periferi i egen kommune. Samtidig har en kommune gjort positive erfaringer med bruk av virtuelle løsninger for å sikre likeverdige helsetjenester i distriktene.

Når det gjelder krav det kan være vanskelig for kommunene å imøtekomme, er det ulikt hvordan dette arter seg mellom store kommuner og de mindre kommunene. Sentralitet har også betydning i denne sammenheng. De små kommunene trekker særlig frem at føringer/krav om bemannings- og

kompetansenormer og spesifikke tilbud og organisering, vil kunne være krevende å imøtekomme. De mindre kommunene presiserer at det er avgjørende å kunne ha fleksibilitet i organisasjonene og tjenestene for å dekke et bredt spekter av behov i befolkningen. De sier også at nye krav og føringer vil kunne føre til at kommunen må søke interkommunalt samarbeid i større grad.

De store kommunene etterspør i større grad tydeligere føringer på prioriteringer og retningslinjer enn de mindre kommunene, men oppgir samtidig at det først og fremst er kapasitet som oppleves som utfordrende.

4.5.4 Kommunens ønsker for fremtidens rehabiliteringstilbud varierer

Casekommunene har også fått spørsmål om hvordan de ønsker at rehabiliteringstilbudet skal være i fremtiden. Kommunene oppgir ulike ønsker og innsatsområder for hvordan de ser for seg rehabiliteringstilbudet. Kommunene ser for seg en videreutvikling av det de allerede gjør, å fortsette med å utvikle lavterskeltilbud, de lavere trinnene i innsatstrappen, rendyrke rehabiliteringsplasser-/avdelinger og videreutvikle en teambasert organisering. Enkelte kommuner trekker frem betydningen av å jobbe annerledes og satse mer på digitale løsninger. Noen av distriktskommunene presiserer også behovet for å avklare mulighetene kommunen har til hva som kan leveres desentralt og sentralt. Flere kommuner mener også at det er viktig å få på plass en tettere samordning og samarbeid mellom terapeutene og hjemmetjenestene for å integrere rehabiliteringsperspektivet i hjemmetjenestene.

4.6 Andre grunner og behov

Vi har spurt kommunene om de har tanker om forskjeller mellom kommunene som bør hensyntas i det videre arbeidet med rehabilitering.

Til dette svarer kommunene at kommunene er forskjellige både når det gjelder størrelse, kommuneøkonomi, avstander, tilgang på kompetanse, klima og sentrum-distrikt. Flere av kommunene mener at vi må tåle at det er noen ulikheter, at disse forskjellene må hensyntas, samtidig som det påpekes at det ligger muligheter i utvidet interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene.

Vi har også spurt kommunene hva de ønsker å formidle til KS.

Gjennomgående er kommunene positive til initiativet KS har tatt med det pågående FoU-arbeidet. I det følgende vil vi liste opp innspill kommunene har gitt til KS.

Satsing på rehabilitering

- ▶ KS kan bidra til folkeopplysning og å løfte perspektivet på folks ansvar for egen helse, og de valgmuligheter innbyggerne har. Kommunen gir tjenester som hjelper innbyggerne på vei.
- ▶ Ønske om at KS fokuserer på og yter påtrykk om at rehabilitering er viktig og at det er nøkkelen fremover for å møte demografiutviklingen.
- ▶ Det er behov for en opptrappingsplan og at rehabilitering i kommunen blir et reelt satsingsområde.
- ▶ Det er ønske om dialog med KS om hvordan vi skal løse oppgavene.
- ▶ Ønskelig at KS kan bidra med å fortelle historiene om hvordan andre har gjort det. Hva er suksesskriteriene?
- ▶ Storbynettverket snakker om egen praksis og erfaringer

Kompetanse

- ▶ KS bør bidra til at rehabilitering tas inn i fagplanene til flere av helseutdanningene. Det oppleves at noen utdanninger nesten motarbeider denne tankegangen da det er et for stort

fokus på omsorgsfunksjonen og på de ansattes ansvar i stedet for å fokusere på den enkeltes ansvar for egen helse og mestring.

- ▶ Ønske om at KS bidrar med/til kompetanseheving for å utvikle nye løsninger. Dette kan også inkludere digitale pakker som kan tas i bruk for innbyggerne.
- ▶ KS bør ha en rolle i å styrke forskning på effekter av de kommunale helsetjenestene.
- ▶ Små kommuner som er tospråklige trenger tilskudd til å utdanne kommunes egne ansatte. De trenger språkferdigheter og kulturkompetanse. Det er en dobbel utfordring å mangle kompetente medarbeidere og å mangle medarbeidere som snakker samisk.

Spesialisthelsetjenesten

- ▶ Systemet for henvisning til spesialisert rehabilitering bør gjennomgås. Kommunen blir en aktør som står på sidelinjen og får ikke varsel om at søknad er sendt, avslått eller innvilget. Fastlegen henviser og får også ansvaret.
- ▶ Det er behov for gode samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten for å dele på utgiftene. Kommunene trenger hjelp til å håndtere de tunge sakene. Det hjelper at samarbeidspartene har fokus på rehabilitering
- ▶ Psykisk helse og rus er en viktig del av rehabiliteringstjenestene. Kommunen utfordres av Distriktpsikiatrisk senter (DPS) på bestilling av tjenester. Store forventninger. Et læringsnettverk er ønsket.
- ▶ Viktig at KS har fokus på oppgaveforskyvningen som kontinuerlig pågår.

Styringsdata og kvalitetsindikatorer

- ▶ Kommunene trenger hjelp til analyse, målinger og dokumentasjon av effekter.
- ▶ Kommunene trenger mer forskning, herunder følgeforskning og aksjonsforskning rundt tiltak. Hvordan kommunene skal innrette tiltak og tjenesteprofil i fremtiden, trenger kommunene evidensbasert kunnskap om. Det er et misforhold i andel av forskningsmidlene som går til kommunene vs. spesialisthelsetjenesten. Det er behov for å sikre at en større del av forskningsmidlene tilfaller kommunene.
- ▶ KS bør bistå i å utvikle gode indikatorer for rehabilitering.
- ▶ Kommunene opplever for vanskelige statlige rapporteringsregimer. Hva blir verdien når praksisen er vesentlig ulik?

Prioritering og ressurser

- ▶ Det er behov for å se på lovgivningen med hensyn til rett til å motta tjenester uansett hvor man bor. Dette handler også om det å skape attraktive og helsefremmende arbeidsplasser
- ▶ Kommunen trenger noe fellesskap omkring å avklare hva det er forventet at kommunen skal levere på og hva som er ressursbehovet i kommunene.
- ▶ Utfordringer med de ressurskrevende tjenestene- målgrupper og trykk.
- ▶ At KS har en aktiv rolle i arbeidet med «én innbygger én journal», som gjør at man kan samhandle bedre, er viktig. KS bør være en pådriver.
- ▶ Kommune-Norge er komplekst. Det er viktig å utvikle gode verktøy og alle bør samles rundt dette.

5 Vurdering av årsaker til ulik praksis

På bakgrunn av funn i spørreundersøkelsen og funn i dybdeintervjuer, har vi i dette kapittelet sammenstilt Agenda Kaupangs vurderinger av årsaker til ulik praksis i det kommunale rehabiliteringsfeltet.

Spørreundersøkelsen har hatt til formål å beskrive hvordan kommunene forstår og jobber med rehabilitering. I dybdeintervjuene har vi utdypet temaer fra spørreundersøkelse for å detaljere beskrivelsene ytterligere og for en dypere innsikt. I tillegg har vi utforsket underliggende forhold, sammenhenger og casekommunenes begrunnelser for prioriteringer, retningsvalg, utvikling av rehabiliteringsvirksomheten som kan bidra til å forstå årsaker til ulik praksis i kommunene. I kartleggingen har vi ikke gjort vurderinger av kvaliteten på rehabiliteringstilbudene i deltakerkommunene. Dette har ikke vært en del av vårt oppdrag.

I kartleggingen har vi tatt utgangspunkt i følgende kriterier som sentrale for vurderingene:

- ▶ Kommunestørrelse og sentralitet
- ▶ Kommuneøkonomi
- ▶ Kompetansetilgang og kapasitet
- ▶ Spesialisingsbehov
- ▶ Spesialisthelsetjenesten som premissgiver
- ▶ Valg av strategisk retning og oppfølging av planer for rehabilitering

Norske kommuner er ulike i størrelse, geografi, innbyggertall og innbyggingsammensetning, og har ulike rammebetingelser i form av ulik kommuneøkonomi, ulik dimensjonering av rehabiliteringstilbud og ulikhet i tilgang til kompetanse. Dette er viktige bakgrunnsfaktorer som kan forklare variasjoner i kommunenes tilnærming til rehabilitering. I det følgende vil vi redegjøre for våre vurderinger.

5.1 Oppsummering av årsaker til ulik praksis

I de foregående avsnittene har vi pekt på enkeltfaktorer som forklaringer til ulik praksis mellom kommunene. Vi tror samtidig at det er avhengigheter mellom disse områdene, at de henger sammen og kan bidra til å forsterke eller redusere ulikhetene. Som eksempel kan vi vise til at kommunestørrelse kan bli mindre vesentlig dersom kommunen har tilstrekkelig rehabiliteringskompetanse i egne rekker.

Kommunestørrelse i form av innbyggertall kan forklare variasjon mellom kommuner. De større kommunene har tydelig større forutsetninger til større fagmiljøer, større bredde og mer sammensatte rehabiliteringstilbud enn de minste kommunene som har fagmiljøer som gjerne består av enkeltpersoner som skal dekke behov på flere områder og nødvendigvis må fylle flere funksjoner eller roller. Der de store kommunene har flere funksjoner som dekker ulike nivåer og bredde i rehabiliteringsvirksomheten, er det gjerne enkeltpersoner som må dekke nivåene og bredden i de små kommunene. Spesialiseringen i den kommunale rehabiliteringen er således større i de større kommunene enn i de minste som har en generalisttilnærming- og -praksis. De minste kommunene har behov for at spesialisthelsetjenesten ivaretar spesialisingsbehovet i større grad, slik kommunene selv har referert til. Kommunenes sentralitet er en faktor som også viser de samme tendensene.

Kommuneøkonomi er en annen årsak til variasjoner i kommunens praksis, men som ikke alene kan forklare ulikheter. Vi ser at det snarere er snakk om kommuneøkonomi i kombinasjon med andre faktorer.

5.2 Kommunestørrelse og sentralitet

I intervjuene finner vi at kommunene planlegger, tilrettelegger og gjennomfører egen rehabiliteringsvirksomhet med utgangspunkt i den konteksten virksomheten/tjenestene er en del av. Eksempler på dette er uttalelser fra flere av de mindre kommunene som sier at de er avhengig av å ha stor grad av fleksibilitet i tjenestene, at samarbeidet er behovsdrivet og at vi i disse kommunene ser en tendens til at rehabiliteringsvirksomheten har en desentralisert organisering ved å være en integrert del av tjenestene. Kommunene begrunner dette i behovet for å være generalistkommune som skal ivareta et bredt spekter av tilbud og med mindre fagmiljøer enn større kommuner. De mindre kommunene kan ha en slik praksis nettopp på grunn av de små forholdene som det er i disse kommunene. Funn i intervjuene viser at det er korte kommunikasjonslinjer, oversiktlige forhold, og fagpersonene kjenner hverandre og vet hva den enkeltes bidrag skal være i rehabiliteringsarbeidet.

Når det gjelder de større kommunene viser funn fra intervjuene at de har et større behov for å organisere rehabiliteringsvirksomheten i sentrale enheter og teamstruktur for å skape oversikt og for tydelighet i ansvars- og oppgavedeling. Vi vurderer dette som en naturlig følge av et større volum av brukere og en større grad av spesialisering enn de mindre kommunene. Samtidig ser vi av funnene at en del av de større kommunene også har utfordringer med å sikre et enhetlig rehabiliteringstilbud grunnet sentrum-periferi/distriktsstrukturer.

Vi finner også at de større kommunene kan ha en rehabiliteringspraksis med høyere spesialisering enn i de mindre kommunene som følge av større og mer sammensatte fagmiljøer. Dette gir ikke bare ulikhet mellom kommuner, men også større handlingsrom for de større kommunene med tanke på å ivareta innbyggere med omfattende og sammensatte behov. Det kan være vanskeligere for de mindre kommunene.

Sentralitet finner vi også som en annen vesentlig faktor for ulikhet i praksis. Vi har kunnskap om at det er en direkte sammenheng mellom sentralitet (særlig for sentralitetsgruppe 5 og 6) og kommunenes bruk av pleie- og omsorgstjenester.¹⁷ I disse kommunene er det høyere bruk av sykehjem og de tradisjonelle pleie- og omsorgstjenestene. I mange tilfeller er dette knyttet til en mangelfullt utviklet innsatstrapp med tilstrekkelig differensierte tjenestetilbud som kan redusere behovet for mer ressurskrevende tjenester på de øverste trinnene i innsatstrappen. Dette er tendenser vi, med enkelte unntak, finner igjen i intervjuene med casekommunene. Basert på samtaler med de mindre kommunene vurderer vi at rehabiliteringstjenestene i de mindre distriktskommunene har en større sårbarhet som følge av at det ofte er enkeltpersoner som representerer rehabiliteringsarbeidet og de skal dekke et bredt spekter av behov. De større kommunene har i mindre grad tilsvarende utfordringer.

5.3 Kommuneøkonomi

Gjennomgående finner vi at informantene mener at kommunens økonomiske handlingsrom er en avgjørende faktor for mulighetene til å opprettholde og styrke rehabiliteringsvirksomheten. Samtidig viser funnene at mange av kommunene begrunner kommunens satsing på rehabilitering nettopp i hensyn til økonomisk bærekraft og økonomiske gevinster. Noen kommuner viser også til at rehabiliteringsvirksomheten er styrket gjennom omfordeling og ikke økte rammer.

Det er vår vurdering at kommuneøkonomi alene ikke nødvendigvis kan forklare ulikhet i kommunenes praksis, men at kommuneøkonomi i kombinasjon med andre forhold som for eksempel tilgang på relevant kompetanse, tilgjengelighet til rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten og kapasiteter i egen kommune, vil kunne gi ulikhet i kommunenes

¹⁷ Kilde KOSTRA

praksis. Kommuner med større økonomisk handlingsrom kan ha større muligheter til å utvikle og styrke rehabiliteringsvirksomheten enn kommuner med mindre økonomisk handlingsrom. Samtidig vurderer vi at kommuner som ikke har de samme økonomiske mulighetene i større grad utfordres på å finne alternative løsninger og dermed kan bli mer omstillingskapable for å utvikle bærekraftige tjenester i tråd med rehabiliteringsperspektivet. Dette kan blant annet skje gjennom omfordeling og omstilling i og av tjenestene.

Funnene i intervjuene tyder allikevel på at kommuneøkonomi er en vesentlig faktor for opplevelsen av handlingsrom til å prioritere og satse på rehabilitering. Til tross for at mange av kommunene i utvalget har rehabiliteringstilbud på flere nivåer, kan vi se tendenser til at satsingene er utilstrekkelig dimensjonert og blir for marginale til at kommunene får de effekter som er ønsket, herunder også volumeffekter. Denne vurderingen underbygges også av kommunenes uttalelser om kapasitetsutfordringer, ventetid og ventelister på rehabilitering (herunder ergoterapi). Slik vi vurderer det, tyder funnene på at kommunene kanskje ikke kobler planer/strategier til innsatsfaktorene i stor nok grad, og dermed heller ikke får tilstrekkelige resultater/effekter av arbeidet.

5.4 Valg av strategisk retning og oppfølging av planer for rehabilitering

Vi har i spørreundersøkelsen funnet at de fleste av deltakerkommunene har enten egen rehabiliteringsplan eller rehabilitering som del av en plan. I intervjuene har vi gått videre med å undersøke begrunnelsene for de strategiske valgene kommunene har gjort og om det er sammenhenger mellom tilnærminger, prioriteringer og resultater. Funnene fra intervjuene viser at det ikke er vesentlig ulikhet mellom kommunene i begrunnelser for de strategiske veivalgene knyttet til rehabilitering. Kommunene er opptatt av rehabilitering i et bærekraftperspektiv, og rehabilitering er derfor prioritert og løftet i flere av kommunene. Dette står i kontrast til svaret i spørreundersøkelsen der en stor andel av respondentene opplever at rehabilitering ikke er et prioritert område.

Vår vurdering er at det er knyttet positive forventninger til rehabiliteringens betydning for bærekraftige helse- og omsorgstjenester og innbyggernes egenmestring.

Når det gjelder oppfølging av planer for rehabilitering, finner vi noe ulikhet i oppfølgingen av planene. En kommune har en egen plan for rehabilitering som i mindre grad er fulgt opp, andre kommuner har realisert styrkingstiltak innenfor rehabiliteringsområdet med utgangspunkt i planer og strategier for rehabilitering. Til tross for ulik grad av oppfølging av planene, vurderer vi at kommunene driver utvikling av rehabiliteringsvirksomheten og følger opp behov for å styrke innsatsen.

5.5 Kompetansetilgang og kapasitet

Rehabilitering kjennetegnes av tverrfaglighet. I casekommunene finner vi at det er ulikhet mellom kommunene når det kommer til grad av spesialisering og kapasitet på rehabiliteringstilbudene. Vi ser også at det er sammenhenger mellom kommune størrelse, sentralitet, tilgang på kompetanse og kapasiteter i rehabiliteringstjenestene. Funnene viser at de mindre kommunene i større grad har en spesialiseringsutfordring, mens de større kommunen oppgir at de utfordres på kapasitet. Svært få av kommunene har vist til at de opplever det som vanskelig å rekruttere rehabiliteringskompetanse, men de mindre distriktskommunene må ofte bruke lengre tid på å få på plass relevant og ønsket kompetanse. De samme kommunene har også hatt interkommunalt samarbeid om slike tjenester.

Gjennom samtalene har vi også sett eksempler på at praksis i den kommunale rehabiliteringsvirksomheten påvirkes av tilgangen på spesifikk kompetanse. En kommune fortalte blant annet at de i lengre tid ikke hadde ergoterapeut, men at dette nå er på plass, og med stor betydning for praksis. Vi vurderer dette som en indikasjon på at både mangel på og tilgjengelighet til spesifikk rehabiliteringskompetanse har en direkte sammenheng med praksis, og dermed også ulikhet i praksis. Det er også vår vurdering at kommuner med en mer sammensatt rehabiliteringskompetanse og sammensatte fagmiljøer har større muligheter til å utøve bredere og mer spesialiserte rehabiliteringstjenester- og -tiltak enn kommuner som ikke har tilsvarende utbygde tjenesteapparat. Dette vil kunne medføre ulikhet i praksis og ulike forutsetninger for hva kommunene selv kan ivareta og følge opp av rehabiliteringsbehov.

I intervjuene har enkelte av kommunene tatt til orde for tydeligere føringer også for rehabiliteringsvirksomheten, mens spesielt de mindre kommunene melder at tydeligere føringer som binder kompetanse og kapasitet vil ha store konsekvenser for kommunens muligheter og evne til å følge opp på slike føringer.

5.6 Spesialiseringsbehov

Spesialiseringsbehov i rehabiliteringsvirksomheten henger tett sammen med tilgang på kompetanse og nivåer og bredde på rehabilitering i kommunen. Som vi tidligere har vært inne på har de større kommunene større grad av spesialisert kompetanse og større spesialisering i organiseringen av den kommunale rehabiliteringen. Vi ser også oftere en spesialistmodell for rehabilitering i de større kommunene enn hva som er tilfellet i de mindre kommunene.

Spesialiseringsbehov løses også ulikt. Kommuner som har større tilgang på spesialisert rehabiliteringskompetanse, kan sannsynligvis også tilby dette til sine innbyggere i større grad i egen regi. Når kommunene som ikke har tilsvarende kompetanse ikke kan tilby tilsvarende spesialisert rehabilitering, medfører dette at tilbudene blir ulike mellom kommunene. Vi finner at slike ulikheter finnes mellom kommuner. Dette vil vi komme nærmere inn på under punktet om spesialisthelsetjenesten som premissgiver.

Med utgangspunkt i likeverdige helsetjenester og lik tilgang til likeverdige tjenester, er det vår vurdering at det er sentralt å løfte denne diskusjonen til både hva det konkret innebærer, men også hvordan spesialisthelsetjenesten og kommuner som ikke har disse nivåene for rehabilitering skal møte dette. Digitale løsninger, teknologi og ambulante løsninger i regi av, og i samarbeid med, spesialisthelsetjenesten kan være aktuelle tiltak som avhjelper denne situasjonen.

5.7 Spesialisthelsetjenesten som premissgiver

I intervjuene har vi undersøkt hvordan kommunene opplever og oppfatter rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Funn viser at spesialisthelsetjenestenes prioriteringsveiledere påvirker kommunene direkte, men at det også er ulik praksis både internt i helseforetakene og mellom helseforetakene som kanskje i enda større grad medfører ulik praksis for rehabilitering i kommunene.

Dessverre har vi ikke hatt tilgang til enkeltkommuners bruk av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, men kommuner vi har snakket med bekrefter at det er ulik bruk av spesialisthelsetjenester blant kommunene. Et eksempel på dette er en kommune som oppgir at helseforetaket prioriterer de minste kommunene til rehabilitering i helseforetaket, og begrunner dette med de minste kommunenes evne og kapasitet til å ivareta og følge opp rehabilitering i kommunen. Det kan virke som helseforetaket skriver ut pasienter med stort rehabiliteringsbehov direkte til kommuner de oppfatter har godt utbygde og kvalitativt gode rehabiliteringstjenester i større grad enn til kommuner der helseforetaket mener at kommunen ikke har tilstrekkelig kapasitet eller kapabilitet. I disse tilfellene kan det synes som helseforetaket først og fremst er opptatt av å

ivareta pasientens behov og tilbyr derfor rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Vi ser dette som en indikasjon på at spesialisthelsetjenesten vurderer kommunenes ulike forutsetninger, og tilpasser tilbudet deretter, hvilket gjør spesialisthelsetjenesten til en premissgiver for kommunenes praksis og for ulikhet mellom kommunene. Samtidig peker kommunene på at det nødvendigvis må bli ulikhet mellom kommunene i bruk av spesialisthelsetjenester som følge av faktorer som bosettingsmønster, geografi og organisatoriske og finansielle forhold. Det er vår vurdering at dette kan være forhold som er sentrale å se nærmere på når det kommer til ulikheter som bør hensyntas i det videre arbeidet med å utvikle og styrke rehabilitering i kommunene.

De mindre kommunene som sier at det er krevende å ivareta spesialiserte rehabiliteringsbehov, samt disse kommunenes bruk av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, vil ha større utfordringer med ytterligere oppgaveglidning fra spesialisthelsetjenesten og vil sannsynligvis ha behov for å søke løsninger og samarbeid utover egen kommune og i samarbeid med helseforetaket. Slike variasjoner bør avklares i helsefelleskapet. Det kan være at det er mer samfunnsøkonomisk lønnsomt og hensiktsmessig at behovene ivaretas i spesialisthelsetjenesten for disse kommunene enn at det utløser et nytt og/eller utvidet behov for interkommunale løsninger.

I vedlegget har vi hentet ut data som viser utviklingen i rehabilitering poliklinisk og rehabilitering døgn i spesialisthelsetjenesten. I dette grunnlaget ser vi en tendens med fallende døgnopphold nasjonalt samtidig som polikliniske pasienter også faller. Vi vet at reiseavstander til sykehus har betydning for muligheter for polikliniske kontakter og at døgnopphold for eksempel vil være mer hensiktsmessig i mindre sentrale strøk. Vi skal være varsomme med å konkludere på bakgrunn av tidsseriene som inneholder to unntaksår med pandemi, men dersom tendensen vedvarer ser vi at kommunenes rehabilitering nå spiller en større rolle enn tidligere. Dette er variasjoner mellom kommuner som bør hensyntas i det videre arbeidet med å planlegge, utvikle og styrke rehabilitering. Vi anser at helsefelleskapene er en egnet arena for dialog rundt lokale behov og tilpasninger av rehabiliteringstilbudet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt en avklaring av ansvar og oppgaver mellom forvaltningsnivåene.

6 Fase 3 – Agenda Kaupangs anbefalinger

I denne delen presenterer vi våre anbefalinger. Vi har utviklet disse med utgangspunkt i funn og vurderinger fra spørreundersøkelsen, dybdeintervjuene og fra kvantitative data. Anbefalingene retter seg mot hensyn som bør ivaretas i det videre arbeidet med å styrke rehabiliteringsfeltet, samtidig som enkelte betraktninger reiser noen prinsipielle spørsmål for KS å vurdere i fortsettelsen.

Gjennom spørreundersøkelsen og intervjuene sitter vi igjen med et inntrykk av at kommunene tar sitt oppdrag og ansvar for rehabilitering på alvor, planlegger og gjennomfører rehabiliteringsvirksomheten utfra den konteksten kommunen inngår i. Det kommer blant annet til uttrykk ved at kommunen planlegger, tilrettelegger og gjennomfører sine tilbud med de rammebetingelser de har, det vil blant annet si økonomi, personell, samarbeid med spesialisthelsetjenesten og geografi. De små kommunene gjør dette med utgangspunkt i at de er små, har kortere kommunikasjonslinjer, har mindre fagmiljøer og med de økonomiske rammer de har, og benytter sine ressurser fleksibelt. De store kommunene har behov for å organisere rehabiliteringsvirksomheten på andre måter, nettopp fordi de er store og sannsynligvis også fordi disse kommunene har en mer sammensatt rehabiliteringsvirksomhet. Det medfører at det blir forskjeller i hvordan kommunene løser oppdraget med den kommunale rehabiliteringen. Dette er forhold som bør hensyntas, og som det også er rom for å ta høyde for i samarbeidet mellom kommunene og helseforetakene innenfor rammen av lovkrav.

6.1 Det er behov for et nasjonalt løft for rehabilitering i kommunene

Kommunene som har deltatt i dette prosjektet, har vært klare på at det er behov for et nasjonalt løft på rehabilitering, og at det må følge finansiering med reform-/opptrappingsarbeidet. Vi mener det er viktig at et slikt nasjonalt løft blir en reell satsing og opptrapping med tilstrekkelig styrking av ressurser og innsatsfaktorer. Vi underbygger et slikt synspunkt med at rehabilitering er en sentral del av løsningen for å møte demografiutviklingen, økte psykiske helseutfordringer i befolkningen og å sikre arbeidsdeltakelse. Det blir derfor viktig at kommunene settes i stand til og evner å innrette helse- og omsorgstjenestene med disse prinsippene og med utgangspunkt i strategier som underbygger rehabiliteringsperspektivene. Kommuner som har brukt tid og ressurser på å dokumentere effekten av rehabilitering, kan vise til at rehabilitering lønner seg. På mange måter er det derfor paradoksalt at et område som møter nasjonale helsepolitiske mål, ikke får større gjennomslag i prioriteringer og økonomiske bevilgninger.

6.2 Det er behov for økte økonomiske bevilgninger for å styrke feltet

Kommuneøkonomien er presset, kravene og behovene er mange, og kommunene opplever økonomi som en begrensende faktor for å styrke den kommunale rehabiliteringen. I tillegg mener kommunene at rehabiliteringstjenestene «taper» i prioriteringene mot de store pleie- og omsorgstjenestene. Å tilføre rehabiliteringsvirksomheten økonomiske insentiver vil kunne sikre at kommunene oppnår en reell styrking av rehabilitering. Dette mener vi også aktualiserer seg i større grad med tanke på mangel på helsepersonell som sykepleiere og helsefagarbeidere. Kommunene i våre undersøkelser har oppgitt at det ikke oppleves utfordrende å rekruttere rehabiliteringspersonell, og disse gruppene vil derfor være en sentral del av å sikre bærekraftige

løsninger i kommunens helsetjenester. Tilførsel av økonomiske midler kan derfor bidra til å finansiere at dette kommer på plass og at kommunene kan øke aktiviteten på rehabiliteringsområdet.

6.3 Det er behov for å avgrense definisjonen på rehabilitering

KPMGs evaluering av Opptappingsplanen for rehabilitering i 2020, pekte på at definisjonen av rehabilitering er vid. Som vi har sett av spørreundersøkelsen, støtter de fleste av kommunene seg på forskriftens definisjon. Noen av casekommunene har oppgitt i intervjuer at det at definisjonen ble utvidet, har medført at «alt» kan sies å være omfattet av rehabilitering, og at det er noe alle nå holder på med. Samtidig gir dette noen utfordringer med felles forståelse og målrettet innsats. Det at definisjonen er vid, medfører også at det er krevende å kunne gjøre målinger og finne egnede styringsindikatorer for rehabilitering i kommunen og isolere ressursbruk som gjelder rehabilitering. Det er vanskelig å måle effektene av noe man ikke har en klar definisjon av. Når definisjonen er vid, åpner det for ulik forståelse og praksis både mellom kommuner, men også innen en og samme kommune.

Vi mener det er behov for en snevrere definisjon som gjør det enklere å isolere ressursbruk, utvikle egnede styringsindikatorer, foreta målinger og gjøre forskning på rehabilitering. En snevrere definisjon vil også kunne bidra til større grad av felles forståelse og avgrensninger mot annen helse- og omsorgsvirksomhet i kommunen.

Definisjonen på rehabilitering bør være utformet på en måte som gjør det enklere å utvikle hensiktsmessige styringsdata, kvalitetsindikatorer og drive adekvat forskning på feltet

6.4 Kommunenes posisjon i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten må fortsatt styrkes og utvikles

Kommunenes historier om spesialisthelsetjenesten som en direkte premissegiver for kommunenes praksis for rehabilitering og konsekvenser av oppgaver og ansvar som kommunene blir påført (mer eller mindre planlagt), inneholder også opplevelser om liten eller manglende kommunal innflytelse og mangel på likeverdighet i samarbeidet. Basert på det kommunene opplyser om liten endring i samhandlingen etter at helsefellesskapene ble etablert, er vårt standpunkt at det er fortsatt et behov for at kommunenes posisjon i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten styrkes og utvikles. Rehabilitering inngår som en del av arbeidet i de fire prioriterte gruppene i helsefellesskapet som vi har beskrevet i kapittel 2.3.1. Helsefellesskapet utgjør et mulighetsrom i samhandlingen mellom kommunene i opptaksområdet og helseforetaket i å planlegge, tilrettelegge og utvikle rehabiliteringstilbudene og adressere ulikheter mellom kommuner og hvorvidt dette skal gjøres noe med, og om det er aksept og rom for skreddersøm. I dette landskapet kan KS ta en rolle i å fremme utvikling, sikre kommunenes interesser og utarbeide støttemateriell som bidrar til å styrke kommunenes posisjon.

6.5 Kommunene må inkluderes i prioriteringsspørsmålene

Flere av kommunene er opptatt av at det må komme en prioriteringsdiskusjon også i kommunene, og at det er behov for prioriteringsveileder(e) i kommunene også. I intervjuene har enkelte av kommunene tatt til orde for tydeligere føringer også for rehabiliteringsvirksomheten, mens spesielt de mindre kommunene melder at tydeligere føringer som binder kompetanse og kapasitet vil ha store konsekvenser for kommunens muligheter og evne til å følge opp på slike føringer. En vesentlig del av prioriteringer handler om hvor kommunene skal bruke tilmålte rehabiliteringsressurser – pasientene med omfattende behov eller pasientene med størst potensiale? KS står i en posisjon til å kunne løfte prioriteringsdiskusjonen opp på et statlig nivå på vegne av kommunene og adressere de utfordringer kommunene står i med tanke på prioriteringsutfordringer.

6.6 Kommunene har behov for hjelp til å utvikle styringsdata og kvalitetsindikatorer for rehabilitering

Kommunene trenger data- og styringsgrunnlag for å fremme og styrke rehabiliteringsvirksomheten lokalt. Det handler også om å finne gode styringsindikatorer som kan brukes lokalt, og inkluderer også utvikling av funksjonaliteten i kommunenes fagsystemer som i dag ikke fungerer godt nok til dette formålet. Ved å synliggjøre effektene av rehabilitering og de samfunnsmessige gevinstene av rehabilitering, kan det være enklere å nå opp i prioriteringsdiskusjonene og øke bevisstheten om rehabilitering i de politiske miljøene. Som vi har sett, er det også stor variasjon i de få rapporteringene som finnes nasjonalt for rehabilitering. Vi stiller spørsmålsteget ved datakvaliteten, og er av den oppfatning at det er behov for å heve kvaliteten i disse rapporteringene i tillegg til å utvikle nye og bedre indikatorer og rapporteringer.

Det finnes lite data spesifikt om rehabilitering i kommuner. Vi finner at datakvaliteten trolig er svært varierende mellom år og mellom kommuner. Datagrunnlaget vi har hentet ut viser at kommunene i utvalget har ulik prioritering av pleie- og omsorgstjenester, profil på tjenestesammensetningen og kompetanse. Vi ser ingen systematisk samvariasjon mellom kommunens økonomi og prioritering av pleie og omsorgstjenester. Videre har kommunene i ulik grad rapportert om rehabilitering i og utenfor institusjon. Vi finner ingen samvariasjon mellom høy grad av rehabilitering i institusjon og lav grad av rehabilitering utenfor institusjon.

Vi ser heller ingen grunn til at kommunene ikke skal kunne være en del av et rehabiliteringsregister tilsvarende det som finnes for spesialisthelsetjenesten. Dette er spørsmål KS bør vurdere å følge opp i det videre arbeidet.

6.7 Det er behov for forskning og økt kunnskap om den kommunale rehabiliteringen

Flere av informantene trekker frem manglende prioritering av forskning i kommunene, og på kommunal rehabilitering. Vi vet for lite om hvordan rehabilitering virker og effektene. Flere kommuner oppgir at de ønsker å ha en kunnskapsbasert rehabiliteringspraksis. Til dette trenger kommunene økt tilgang på forskning.

Som det fremkommer av funn i intervjuene, mener noen av kommunene at det er behov for at rehabiliteringsperspektivene og rehabilitering løftes og blir tydeligere i helseutdanningene. KS bør følge opp dette i dialog med utdanningsinstitusjonene for å løfte perspektivene på rehabilitering i læreplaner i utdanningene for å se til at disse er fremtidsrettet og i større samsvar med behov og praksisfeltet i kommunene.

6.8 Lokalt selvstyre, handlingsrom og fleksibilitet er viktig for kommunene

Kommunene er opptatt av å bruke sine rehabiliteringsressurser der det til enhver tid vurderes å være størst behov. Kommunene er best kjent med de lokale forholdene, og har også behov for å bruke ressursene fleksibelt. Dette gjelder spesielt i de mindre kommunene. Stramme krav og føringer, bemanningsnormer og krav til spesifikk kompetanse og faglige føringer, gir betydelige konsekvenser i de mindre kommunene, og utfordrer de mindre kommunene på å ivareta sine plikter og oppgaver. Noen av de minste kommunene har pekt på at det kanskje ikke er et så stort poeng at alt skal være likt i kommunene, at det må tåles at det er forskjeller og at kommunene tilpasser sin drift og sine tjenester utfra lokale behov og forhold. For kommunene er det viktig å kunne ha denne styringen og fleksibiliteten.

Intervjuene har avdekket at kommunepolitikere (også nasjonalpolitikere) har relativ lav bevissthet om rehabilitering. Det sies at politikere går til valg på økt sykehjemsdekning og at dette står i kontrast til det fagmiljøene og strategiene sier og prøver å få til. Økt innsikt og kunnskap om hva rehabilitering er og formålet med rehabilitering, kan bidra til at de folkevalgte gis forutsetninger for gode beslutninger om rehabilitering, og hvorfor dette er et utvalgt og viktig innsatsområde i fremtidens kommunale tjenester.

6.9 Kommunenes ulikhet i kapasitet og kompetanse bør hensyntas i nasjonal veileder

I Norge har alle samme rett til helsetjenester uavhengig av bosted. Dette kravet skal selvsagt ikke undergraves, men samtidig kan det erkjennes at det er forskjeller mellom kommuner. En måte å møte ulikheter i kapasitet og kompetanse mellom kommunene kan være å ta dette inn i nasjonal veileder for rehabilitering, og gi støtte til kommunenes ulike behov i rehabiliteringsarbeidet. Det å gi konkrete beskrivelser for hvordan kommuner med lavere kapasitet, mangel på kompetanse og mindre fagmiljøer kan planlegge, tilrettelegge og gjennomføre rehabiliteringsarbeidet, kan bidra til å utvikle og løfte rehabiliteringen i kommuner med slike utfordringer.

Vedlegg

Vedlegg I: Spørreundersøkelsen

Velkommen til spørreundersøkelsen!

Om databehandling og personvern

BAKGRUNN

1. Hvilket tjenesteområde arbeider du primært innenfor? (alternativt tilhører du)
Dag- og aktivitetsavdeling, Fysio- og ergoterapitjeneste, Helse og mestring, Helse og omsorg/velferd, Helse og rehabilitering, Hjemmetjeneste, Hverdagsrehabilitering, Institusjonstjenesten/sykehjem, Legetjenesten, NAV, Psykisk helsetjeneste og rus

2. Hva er din rolle?
Kommunalsjef/sectorleder, Helsesjef/pleie- og omsorgssjef, Virksomhetsleder, Avdelingsleder, Annet, spesifiser:

FORSTÅELSE AV REHABILITERING

3. Benytter kommunen en overordnet definisjon av rehabilitering som felles faglig referanse på tvers av tjenestene?
Ja, Nei, Vet ikke

3a. I min enhet har vi en felles forståelse/definisjon av rehabilitering?
Ja, Nei, Vet ikke

Spørsmålet vises på betingelse: Vis hvis 7. 3. Benytter kommunen en overordnet definisjon av rehabilitering som felles faglig referanse på tvers av tjenestene? = Nei

3b. Hvordan definerer din kommune begrepet rehabilitering? (Skriv kortfattet og uten bruk av personopplysninger.)
Spørsmålet vises på betingelse: Vis hvis 7. 3. Benytter kommunen en overordnet definisjon av rehabilitering som felles faglig referanse på tvers av tjenestene? = Ja

VALG AV STRATEGISK RETNING

4. Har kommunen forankret rehabiliteringsarbeidet i kommunens planer?
Nei, rehabilitering inngår ikke i kommunens planer, Ja, rehabilitering inngår som en del av en av kommunens planer, Ja, kommunen har egen rehabiliteringsplan

I hvilken grad er du enig i følgende utsagn?

5. Rehabilitering er et prioritert område i kommunens strategier og budsjetter
1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad

6. Kommunen har metoder/verktøy for å vurdere økonomiske virkninger av rehabiliteringstilbudet i kommunen
1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad, - Vet ikke

7. Det er godt samarbeid om rehabilitering mellom utøvende tjenester i kommunen
1 - Helt uenig, 2 - Delvis uenig, 3 - Verken uenig eller enig, 4 - Delvis enig, 5 - Helt enig, - Vet ikke/Ikke relevant

8. Vi har en felles forståelse av hvordan vi skal jobbe med rehabilitering på tvers av enhetene i kommunen

1 - Helt uenig, 2 - Delvis uenig, 3 - Verken uenig eller enig, 4 - Delvis enig, 5 - Helt enig, - Vet ikke/Ikke relevant

9. Det er godt samarbeid om rehabilitering mellom kommunen og somatiske spesialisthelsetjenester

1 - Helt uenig, 2 - Delvis uenig, 3 - Verken uenig eller enig, 4 - Delvis enig, 5 - Helt enig, - Vet ikke

10. Det er godt samarbeid om rehabilitering mellom kommunen og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten

1 - Helt uenig, 2 - Delvis uenig, 3 - Verken uenig eller enig, 4 - Delvis enig, 5 - Helt enig, - Vet ikke/Ikke relevant

DAGENS ORGANISERING AV REHABILITERINGSARBEIDET

11. Hvordan er rehabiliteringsarbeidet organisert i din kommune?

Eget/egne rehabiliteringstilbud (en eller flere enheter), Som en del av helse- og omsorgstjenesten sentralt, Som en integrert del av helse- og omsorgstjenesten (fastlege, fysio-ergo, hjemmetjeneste, psykisk helse og rus), Som egne team (med representanter fra ulike tjenester), Samarbeid mellom ulike enheter,

Interkommunalt samarbeid, Annet, spesifiser:

12. Hvor har dere plassert ansvar for rehabiliteringstjenester i din kommune?

I hjemmesykepleien, I hjemmesykepleien med ekstra (egne) ressurser (f.eks. fysioterapeuter, ergoterapeuter, sykepleiere), I fysio-/ergoterapitjenesten, I en egen rehabiliteringsenhet/rehabiliteringsteam, I tildelingskontoret/tjenestekontoret, I koordinerende enhet, Interkommunalt samarbeid, Annet, spesifiser:

13. Hvilke nivåer for rehabilitering tilbys i din kommune?

Helsefremming og hverdagsmestring som grunnlag for alle tjenester, Hverdagsrehabilitering (forebygging og tidlig innsats), Rehabilitering i hjemmet (inkluderer mer omfattende oppfølgingsbehov), Rehabilitering i

kommunal institusjon, Spesialisert rehabilitering, Vet ikke, Annet, spesifiser:

14. Hvilke tjenester inngår i rehabiliteringstjenestene i din kommune?

Fysioterapi, Ergoterapi, Kognitiv rehabilitering, Sosial støtte og veiledning, Arbeidstrening, Hjelpemidler og tilrettelegging, Vet ikke, Annet, spesifiser:

15. Hvilke faggrupper er involvert i rehabiliteringsarbeidet i din kommune?

Fastlege, Fysioterapeut, Ergoterapeut, Sykepleier, Lege i institusjon, Psykolog, Sosionom, Vernepleier, Pedagog, Logoped, Helsefagarbeider, Jobbspesialist, Annet, spesifiser:

16. Hvilke kriterier vurderes behovet for rehabilitering etter i din kommune?

Potensial for funksjonsbedring, Oppnå redusert hjelpebehov, Oppnå selvhjulpenhet, Bedre opplevd livskvalitet, Potensial for å komme tilbake til arbeid, Vet ikke, Annet, spesifiser:

17. Hvem melder behov for / henviser til rehabiliteringstjenester?

Henvisning fra lege eller annet helsepersonell, Egen melding fra pasienten, Vurdering gjennom individuell kartlegging, Melding fra spesialisthelsetjenesten, Annet, spesifiser:

18. Hvilke av følgende møteformer brukes systematisk for å følge opp brukerens rehabiliteringsforløp?

Tverrfaglige rehabiliteringsmøter, Fagspesifikke rehabiliteringsmøter, Vi har ingen spesifikk møteform, men innkaller relevante parter etter behov, Annet, spesifiser:

DIGITALISERING OG TEKNOLOGI

19. I hvilken grad benyttes digitale tjenester og ny teknologi i rehabiliteringsarbeidet i din kommune?

1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad, - Vet ikke

20. Hva slags teknologi er tatt i bruk som støtte i rehabiliteringsprosesser?

Videokommunikasjon, Assistert digital selvhjelp, PC/nettbrett, Spillteknologi, Løsninger for digital trening, Teknologisk utstyr for gangtrening, Robotteknologi, Digitale løsninger for kognitiv trening, Annet, spesifiser:

FAGLIGE METODER OG VERKTØY

21. Hvor godt kjent eller lite kjent er du med nasjonal veileder for rehabilitering?

1 - Svært lite kjent, 2 - Lite kjent, 3 - Noe kjent, 4 - Godt kjent, 5 - Svært godt kjent, - Vet ikke

22. Hvor praktisk nyttig eller unyttig er nasjonal veileder for rehabilitering?

1 - Svært unyttig, 2 - Litt unyttig, 3 - Verken unyttig eller nyttig, 4 - Litt nyttig, 5 - Svært nyttig, - Vet ikke

23. Til hvilket formål har din kommune benyttet nasjonal veileder for rehabilitering?

Vi har ikke benyttet nasjonal veileder for rehabilitering i rehabiliteringsarbeidet, Som utgangspunkt/inspirasjon for organisering av rehabiliteringsarbeidet i egen kommune, Som utgangspunkt for faglig planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenestene i egen kommune, Som grunnlag for kompetanseutvikling for ansatte, Annet, spesifiser:

24. Hvilke metoder og verktøy benyttes vanligvis i rehabiliteringstjenestene i din kommune?

Individuell planlegging, Målorienterte tilnæringer, Tverrfaglig samarbeid, Evidensbaserte intervensjoner, Bruker- og pasientopplæring, Teknologiske løsninger, Annet, spesifiser:

25. Hvilke metoder og verktøy benyttes for å kartlegge brukers funksjon/gjøre funksjonsvurderinger i rehabiliteringsarbeidet?

ADL-taksonomien, Sunnaas ADL-indeks, Barthel ADL-indeks, Bergs balanseskala, AMPS, IPLOS, ICF, COPM, Timed up and go, Vi benytter metoder/verktøy vi selv har utviklet, Vi benytter ikke standardiserte verktøy/metoder, Annet, spesifiser:

VURDERING, AVSLUTNING OG OPPFØLGING AV REHABILITERINGSFORLØP

26. Kommunen utreder rehabiliteringsbehov, før det iverksettes permanente tiltak som kompensere for tap av funksjonsevne.

1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad, - Vet ikke

27. Benytter din kommune et eget skjema i forbindelse med fastsettelse av mål sammen med bruker?

Ja, Nei, Vet ikke

28. Hvordan har din kommune organisert oppfølgingen etter at rehabiliteringstilbudet til bruker er avsluttet?

Kommunen har en fast struktur for oppfølging av en bruker etter endt rehabiliteringsforløp (f.eks ved å kontakte bruker på et spesifikt tidspunkt etter at rehabiliteringsforløpet er avsluttet), Kommunen har ikke en fast oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering, men følger opp etter behov (f.eks. etter melding fra hjemmetjenesten), Vi har ikke oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering, Annet, spesifiser:

29. Hvordan gjennomføres oppfølgingen?

Ved hjemmebesøk, Telefon, Brev/e-post, Videomøte, Annet, spesifiser:

Spørsmålet vises på betingelse: Vis hvis 42. 28. Hvordan har din kommune organisert oppfølgingen etter at rehabiliteringstilbudet til bruker er avsluttet? = Kommunen har en fast struktur for oppfølging av en bruker etter endt rehabiliteringsforløp (f.eks ved å kontakte bruker på et spesifikt tidspunkt etter at rehabiliteringsforløpet er avsluttet), Kommunen har ikke en fast oppfølging av brukere som har gjennomgått rehabilitering, men følger opp etter behov (f.eks. etter melding fra hjemmetjenesten), Annet, spesifiser:

GRUNNLAG FOR UTVIKLING AV REHABILITERINGSTJENESTENE

30. Hva har vært viktig for utviklingen av rehabiliteringstilbudet i din kommune?

Forskning på feltet, Brukerundersøkelser, Økonomiske rammer, Tilgang på fagpersoner, Samfunnsmessige trender og behov, Politiske prioriteringer, Erfaringer og innspill fra ansatte/fagpersoner, Planer og strategiske veivalg, Nasjonale føringer

MÅLINGER

31. I hvilken grad har dere oversikt over behovet for rehabilitering i egen kommune?

1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad, - Vet ikke

32. Gjennomfører kommunen systematiske målinger av rehabiliteringsarbeidet på individnivå?

Ja, Nei, Vet ikke

33. Har din kommune en praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet?

Nei, vi har ikke en fast praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsforløpet, Nei, men vi planlegger å utarbeide system for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet, Ja, vi har en fast praksis for å registrere og monitorere data om rehabiliteringsarbeidet

34. Hvilke målinger foretar din kommune for å måle effekten av rehabilitering?

Funksjonsnivå hos enkeltpersoner før og etter rehabilitering, Livskvalitet og velvære hos enkeltpersoner før og etter rehabilitering, Feedback-informerte tjenester, Måloppnåelse, Tilbakeføring til arbeid eller skole, Brukertilfredshet, Pårørendetilfredshet, Bruk av helsetjenester og ressurser over tid, Unngått og redusert tjenestebehov, Lengde på rehabiliteringstilbud, Oversikt over antall nye brukere og brukere med tidligere rehabiliteringstjeneste, Annet, spesifiser:

KOMPETANSE OG KOMPETANSEUTVIKLING

35. Har kommunen tilbudt opplæring/videreutdanning som gir kompetanse i rehabilitering i løpet av de siste to år?

Ja, Nei, Vet ikke

35a. Hva er årsakene til manglende opplæring/videreutdanning?

Økonomi, Kapasitet, Ansattes egne ønsker, Personalmangel, Mangel på egnet utdanningstilbud lokalt, Har ikke oversikt over kompetansebehovet, Annet, spesifiser:

Spørsmålet vises på betingelse: Vis hvis 52. 35. Har kommunen tilbudt opplæring/videreutdanning som gir kompetanse i rehabilitering i løpet av de siste to år? = Nei

36. Samarbeider din kommune med andre kommuner om kompetansetiltak i rehabilitering?

Ja, Nei, Ikke aktuelt, Vet ikke

SAMARBEID OG SAMHANDLING

37. Inngår kommunen i interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene?

Ja, Nei, Vet ikke

37a. Hva er årsaken til at kommunen ikke deltar i interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene?

Vi har kompetanse og kapasitet til selv å levere tjenestene, Vi samarbeider på andre måter, Det er ikke noen andre kommuner å samarbeide med, Annet, spesifiser:

Spørsmålet vises på betingelse: Vis hvis 56. 37. Inngår kommunen i interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene? = Nei

37b. Hvilke rehabiliteringstjenester inngår i det interkommunale samarbeidet? (Skriv kort og uten bruk av personopplysninger.)

Spørsmålet vises på betingelse: Vis hvis 56. 37. Inngår kommunen i interkommunalt samarbeid om rehabiliteringstjenestene? = Ja

38. Kjøper kommunen rehabiliteringstjenester?

Ja, Nei, Vet ikke

38a. Hvilke rehabiliteringstjenester kjøper kommunen?

Spørsmålet vises på betingelse: Vis hvis 59. 38. Kjøper kommunen rehabiliteringstjenester? = Ja

39. I hvilken grad opplever du at samarbeid i helsefelleskapet til bidrar felles planlegging og utvikling av rehabiliteringstilbudet?

1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad, - Vet ikke

40. I hvilken grad opplever du at spesialisthelsetjenesten tilbyr tilstrekkelig veiledning i rehabiliteringsforløp for enkeltpasienter når det er behov for det?

1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad, - Vet ikke

UTFORDRINGER OG FREMTIDIG FOKUS

41. Hvilke utfordringer opplever din kommune når det gjelder å tilby rehabiliteringstjenester? (Du kan sette inntil 3 kryss.)

Økonomiske utfordringer, Personellmangel, Kompetanse, Kapasitet, Prioritering, Samarbeid, Annet, spesifiser:

42. I hvilken grad ser din kommune på rehabilitering som en sentral del av helse- og omsorgstjenestene i fremtiden?

1 - I svært liten grad, 2 - I liten grad, 3 - I verken liten eller stor grad, 4 - I stor grad, 5 - I svært stor grad, - Vet ikke

43. Hva mener du skal til for å utvikle og forbedre rehabiliteringstilbudet i din kommune? (Merk av for inntil de tre viktigste områdene)

Opplæring og økt kompetanse, Organisatoriske forbedringer/endringer, Økte økonomiske ressurser, Bedre tilgang på fagpersonell, Tettere samarbeid på tvers av enheter, Måling og dokumentasjon av resultater av rehabilitering, Endringer i politiske prioriteringer, Annet, spesifiser:

Din tilbakemelding er registrert

Du har nå besvart de spørsmålene vi ønsket å stille deg. Takk for at du tok deg tid til å svare!

Vedlegg II: Intervjuguide brukt i casekommunen

Intervjuguide

Denne intervjuguiden danner grunnlag for våre samtaler med informantene og tar for seg temaer som er relevante for å belyse problemstillingene i prosjektet.

Intervjuguiden er delt inn i ulike tema som vi ønsker å få belyst gjennom våre samtaler. Det er flere temaer/spørsmål, og det legges opp til dialog rundt hvert tema, snarere enn at alle spørsmål skal svares ut i detalj.

Innsamlede data vil behandles i tråd med gjeldende personvernregler, og vi vil ikke formidle sitater i rapport eller i møter med mindre vi har fått en eksplisitt tillatelse til å gjøre dette. Vi er primært opptatt av sammenhenger, variasjoner og tendenser på tvers av intervjuene, og dersom sitater brukes skal det ikke kunne være mulig å føre dette tilbake til enkeltrespondenter.

Innledning

Kort presentasjon av deltakerne (Informantens rolle, ansvar og oppgaver mv.)

Tilnærming til rehabilitering

1. Ansvar for og organiseringen av rehabiliteringstjenester i kommunen – hensiktsmessigheten i dagens organisering
2. Grad av felles forståelse av rehabilitering på tvers av enhetene
3. Kommunens praksis for samarbeid mellom aktuelle enheter/avdelinger som er involvert i rehabilitering
4. Kommunens viktigste prioriteringer og mål for rehabilitering
5. Sammenhenger mellom prioriteringer, tilnærminger og resultater innenfor rehabilitering i kommunen
6. Bredde og nivåer på rehabiliteringstilbudene og tverrfaglighet
7. Styringsdata og målinger – systematiske målinger og effekter

Lokale forhold og hensyn

8. Kommunens evne (eks. politiske prioriteringer, økonomi, tilgang på kompetanse og personell) til å prioritere rehabilitering
9. Begrunnelser for kommunens valg av tilnærming til rehabilitering
10. Andre forhold som påvirker kommunens tilnærming til rehabilitering

Spesialisthelsetjenesten og helsefellesskapet

11. Hvordan oppfatter du rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten i ditt opptaksområde?
12. Avstand til og samhandling med spesialisthelsetjenesten
13. Helsefellesskapenes fokus/prioritering av rehabilitering som felles innsatsområde, inkl. felles planlegging av rehabilitering

14. Hvordan ser kommunen for seg samarbeidet med spesialisthelsetjenesten i rehabiliteringsarbeidet

Fremtidsperspektiver

15. Hvilke planer for utvikling av rehabilitering har kommunen?
16. Oppfølging av planer og strategier for rehabilitering
17. Hvordan sikrer kommunen oversikt over behov – både individuelle og populasjon?
18. Fremmere og barrierer/utfordringer for å styrke rehabilitering i kommunen
19. Er det noen type krav det kan være vanskelig for din kommune å imøtekomme når det gjelder rehabilitering?
20. Hvordan mener kommunene det er hensiktsmessig å innrette tilbudet i framtiden?
- a. Hvordan ønsker kommunen at det skal se ut – konkrete beskrivelser
 - b. Hvordan ønsker dere å definere rehabilitering i egen kommune?
 - c. Integrert i alle helse- og omsorgstjenester, om alt helsepersonell er bevisst rehabilitering i sitt daglige arbeid?
 - d. Behov for snevrere definisjon enn dagens definisjon
21. Har dere tanker om forskjeller mellom kommunene som bør hensyntas i det videre arbeidet med rehabilitering

Avslutning

Er det andre forhold du mener er viktig for å belyse kommunens behov og ståsted når det gjelder rehabilitering?

Hva ønsker du/dere å formidle til KS?

Vedlegg III: Egenskaper ved kommunene i utvalget

I forbindelse med kartleggingen, har vi hentet ut relevant statistikk og data om rehabilitering i deltakerkommunene. Registerdataene er tilgjengelig offisiell statistikk som tallfester og sammenligner kommuner på utvalgte indikatorer som gjelder rehabilitering i kommunene. Dataene er hentet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), KOSTRA og SAMDATA.

De 27 kommunene i utvalget har ulike størrelser, sentralitet og demografiske forhold. I det følgende vil vi belyse kommunene ut fra KOSTRA-data. For å gjøre kommunene sammenliknbare korrigerer vi for forskjeller i utgiftsbehov etter samme metode som inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner¹⁸. Vi har utelatt arbeidsgiveravgift i utvalget ettersom kommunene har forskjellige arbeidsgiveravgiftssatser.

Rehabiliteringstjenester i form av avtalefysioterapeuter og fastlønnede fysioterapeuter regnskapsføres på funksjon 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering i KOSTRA. Dette er en samlefunksjon som inneholder fastleger, legevakt, fysio- og ergoterapi og andre kostnader som fengselshelsetjeneste, Norsk pasientskadeerstatning mm. Det er ikke mulig å isolere utgifter til rehabilitering i denne funksjonen på nasjonalt nivå eller i kommunene som er med i denne kartleggingen. I 47 kommuner Agenda Kaupang tidligere har gjort detaljanalyser i utgjør legetjenester i gjennomsnitt 64 % av utgiftene ført på funksjon 241 Diagnose, behandling og re-/habilitering og fysioterapi i egen regi og driftstilskuddet utgjør til sammen 30 % av utgiftene ført på funksjonen. Andelen som går til legetjenester og fysioterapitjenester varierer imidlertid mye mellom kommunene. Utgifter til denne funksjonen gir oss dermed uklare svar på kommunenes prioritering av rehabiliteringstjenester.

Ressursbruk og aktivitetsnivå innen pleie- og omsorgstjenester beskriver rehabiliteringstjenester i form av rehabilitering i hjemmet når tjenesten utføres etter vedtak og rehabilitering i institusjon. Ved å se pleie- og omsorgstjenestene i sammenheng, vil vi kunne se på kommunenes løsning av det totale tilbudet til målgruppen. Det vil ikke nødvendigvis si oss noe direkte om rehabiliteringen med unntak av målinger som gjøres av rehabiliteringsdøgn, men det gir en indikasjon på kommuners totale tilbud til målgruppen eldre og andre brukergrupper med behov for pleie og omsorgstjenester.

Kommunene har ulikt utgiftsbehov for pleie- og omsorgstjenester

Tabell 0-1 Egenskaper ved kommuner i utvalget i 2022

Kommune	Sentralitet	Størrelse	Utgiftsbehov PLO
Kommune 1	Sentralitet 4	Middels store kommuner	96,5 %
Kommune 2	Sentralitet 4	Mindre kommuner	102,9%
Kommune 3	Sentralitet 5	Mindre kommuner	109,7%
Kommune 4	Sentralitet 3	Store kommuner	93,6%
Kommune 5	Sentralitet 4	Middels store kommuner	120,5%
Kommune 6	Sentralitet 4	Store kommuner	113,9%
Kommune 7	Sentralitet 6	Mindre kommuner	192,4
Kommune 8	Sentralitet 1	Store kommuner	85,9%
Kommune 9	Sentralitet 2	Store kommuner	84,4%
Kommune 10	Sentralitet 2	Mindre kommuner	86,3%
Kommune 11	Sentralitet 3	Mindre kommuner	104,7%

¹⁸ <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommuneekonomi/inntektssystemet/id2829838/>

Kommune 12	Sentralitet 3	Middels store kommuner	112,1%
Kommune 13	Sentralitet 6	Mindre kommuner	137,2%
Kommune 14	Sentralitet 5	Mindre kommuner	142,1%
Kommune 15	Sentralitet 5	Mindre kommuner	166,8%
Kommune 16	Sentralitet 4	Mindre kommuner	128,2%
Kommune 17	Sentralitet 3	Store kommuner	99,5%
Kommune 18	Sentralitet 3	Store kommuner	104,0%
Kommune 19	Sentralitet 5	Mindre kommuner	118,8%
Kommune 20	Sentralitet 2	Store kommuner	94,9%
Kommune 21	Sentralitet 2	Store kommuner	85,3%
Kommune 22	Sentralitet 4	Middels store kommuner	100,9%
Kommune 23	Sentralitet 3	Middels store kommuner	100,1%
Kommune 24	Sentralitet 3	Store kommuner	81,5%
Kommune 25	Sentralitet 4	Store kommuner	107,6%
Kommune 26	Sentralitet 6	Mindre kommuner	123,2%
Kommune 27	Sentralitet 5	Mindre kommuner	128,1 %

Kommunene får etter statistisk beregnede faktorer inntekter gjennom inntektssystemet for kommuner og fylkeskommuner. I dette systemet er det delkostnadsnøkler for tjenestene som skal si noe om hvordan kommunens utgiftsbehov skiller seg fra et landsgjennomsnitt på 100 %. I utvalget spenner kommunene fra 81,5 % av landsgjennomsnittet til 192,4 % av landsgjennomsnittet. Den faktoren som teller mest i delkostnadsnøkkelen er demografidelen som teller 57 % av hele behovet. Kommuner med mange eldre innbyggere vil skåre høyt på demografikriteriene ettersom innbyggere over 67 år utgjør hele 30 % av delkostnadsnøkkelen. Kommunestørrelse i form av reiseavstand og basiskriteriet teller til sammen 2 %, mens personer med utviklingshemming over 16 år teller 14 %. Enslige eldre er statistisk beregnet til å gi et økt utgiftsbehov og dette teller 13 % i delkostnadsnøkkelen. Det samme gjør før-dødelighet som er målt i avvik fra levealder for landsgjennomsnittet og teller 13 % av delkostnadsnøkkelen.

Kommunene har ulik prioritering av pleie- og omsorgstjenester og ulik tjenesteprofil

KOSTRA deler pleie- og omsorgstjenester inn i fem deler; 234 Aktivisering og servicetjenester til eldre og personer med funksjonsnedsettelse, 253 Helse- og omsorgstjenester i institusjon, 254 Helse- og omsorgstjenester i hjemmet, 256 Øyeblikkelig hjelp døgntjenester og 261 Institusjonslokaler. Rehabilitering er særlig aktuelt i institusjon og i hjem

Korrigert for behov varierer samlede netto driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester mellom 18.528 kroner per innbygger i den rimeligste kommunen og 27.741 kroner per innbygger i den dyreste kommunen, Begge er store kommuner i sentralitetsklasse 3.

Kommunene i utvalget bruker ulik andel av ressursene innen pleie- og omsorgstjenester til de ulike deltjenestene.

Tabell 0-2 Netto driftsutgifter per innbygger i 2022 (behovskorrigert)

Kommune	Sentralitet	Størrelse	Netto driftsutgifter til PLO per innbygger	Helsetjenester i hjemmets andel av totale PLO-utgifter
Kommune 1	Sentralitet 4	Middels store kommuner	19 350	62 %
Kommune 2	Sentralitet 4	Mindre kommuner	18 793	63 %
Kommune 3	Sentralitet 5	Mindre kommuner	26 118	50 %
Kommune 4	Sentralitet 3	Store kommuner	22 126	49 %
Kommune 5	Sentralitet 4	Middels store kommuner	25 960	52 %
Kommune 6	Sentralitet 4	Store kommuner	21 058	50 %
Kommune 7	Sentralitet 6	Mindre kommuner	24 424	38 %
Kommune 8	Sentralitet 1	Store kommuner	18 843	50 %
Kommune 9	Sentralitet 2	Store kommuner	19 518	53 %
Kommune 10	Sentralitet 2	Mindre kommuner	18 718	56 %
Kommune 11	Sentralitet 3	Mindre kommuner	20 231	53 %
Kommune 12	Sentralitet 3	Middels store kommuner	19 612	59 %
Kommune 13	Sentralitet 6	Mindre kommuner	26 374	42 %
Kommune 14	Sentralitet 5	Mindre kommuner	21 015	40 %
Kommune 15	Sentralitet 5	Mindre kommuner	20 053	51 %
Kommune 16	Sentralitet 4	Mindre kommuner	27 245	58 %
Kommune 17	Sentralitet 3	Store kommuner	19 983	58 %
Kommune 18	Sentralitet 3	Store kommuner	20 708	55 %
Kommune 19	Sentralitet 5	Mindre kommuner	26 325	64 %
Kommune 20	Sentralitet 2	Store kommuner	21 874	47 %
Kommune 21	Sentralitet 2	Store kommuner	19 812	48 %
Kommune 22	Sentralitet 4	Middels store kommuner	19 002	49 %
Kommune 23	Sentralitet 3	Middels store kommuner	18 528	55 %
Kommune 24	Sentralitet 3	Store kommuner	27 741	49 %
Kommune 25	Sentralitet 4	Store kommuner	24 588	53 %
Kommune 26	Sentralitet 6	Mindre kommuner	19 055	48 %

Kommune 27	Sentralitet 5	Mindre kommuner	25 967	56 %
------------	---------------	-----------------	--------	------

Kommunene har ulike dekningsgrader innen pleie- og omsorgstjenester

Ser vi på sykehjem som oftest blir målt i plasser per innbygger over 80 år for å sammenlikne mellom kommuner, ser vi at dekningsgraden i utvalget varierer mellom 8 og 22 % for plasser til personer over 80 år. Det er imidlertid misvisende å kun se på personer over 80 år da det er flere i yngre aldersgrupper som har tjenester i institusjon. Tabellen under viser både dekningsgrad målt i personer over 80 år og hvor stor andel av innbyggere over 80 år som har plass på institusjon. Litt forenklet lest kan vi lese at i Kommune 1 har 5,4 % av de over 80 år plass i institusjon mens 94,6 % ikke har det. Det betyr at de får andre helsetjenester eller klarer seg selv. Andelen som klarer seg uten helsetjenester vises i de to kolonnene til høyre i tabellen.

Tabell 0-33 Sykehjemsdekning i 2022 Kilde: SSB tabell 12003

Kommune	Sentralitet	Størrelse	Plasser sykehjem per innbygger 80+	Andel innbyggere 80+ på institusjon	Andel innbyggere 67-79 år uten tjenester	Andel innbyggere 80+ uten tjenester
Kommune 1	Sentralitet 4	Middels store kommuner	8,2 %	5,4 %	89 %	33 %
Kommune 2	Sentralitet 4	Mindre kommuner	10,3 %	6,3 %	87 %	23 %
Kommune 3	Sentralitet 5	Mindre kommuner	15,0 %	11,0 %	85 %	13 %
Kommune 4	Sentralitet 3	Store kommuner	15,0 %	10,2 %	89 %	35 %
Kommune 5	Sentralitet 4	Middels store kommuner	17,7%	10,9 %	87 %	24 %
Kommune 6	Sentralitet 4	Store kommuner	16,3 %	14,3 %	86 %	26 %
Kommune 7	Sentralitet 6	Mindre kommuner	19,1 %	17,1 %	86 %	26 %
Kommune 8	Sentralitet 1	Store kommuner	11,8 %	8,6 %	90 %	41 %
Kommune 9	Sentralitet 2	Store kommuner	12,1 %	9,3 %	90 %	52 %
Kommune 10	Sentralitet 2	Mindre kommuner	13,8 %	7,4 %	91 %	44 %
Kommune 11	Sentralitet 3	Mindre kommuner	12,6 %	14,4 %	89 %	25 %
Kommune 12	Sentralitet 3	Middels store kommuner	13,1 %	8,3 %	88 %	37 %
Kommune 13	Sentralitet 6	Mindre kommuner	22,7 %	16,7 %	87 %	12 %
Kommune 14	Sentralitet 5	Mindre kommuner	19,1 %	12,7 %	88 %	51 %
Kommune 15	Sentralitet 5	Mindre kommuner	21,6 %	15,2 %	81 %	17 %
Kommune 16	Sentralitet 4	Mindre kommuner	17,7 %	9,0 %	87 %	32 %
Kommune 17	Sentralitet 3	Store kommuner	12,1 %	7,1 %	89 %	40 %
Kommune 18	Sentralitet 3	Store kommuner	12,1 %	7,6 %	90%	40 %

Kommune 19	Sentralitet 5	Mindre kommuner	11,1 %	6,5 %	87 %	20 %
Kommune 20	Sentralitet 2	Store kommuner	19,75 %	13,7 %	89 %	32 %
Kommune 21	Sentralitet 2	Store kommuner	19,9 %	14,6 %	84 %	18 %
Kommune 22	Sentralitet 4	Middels store kommuner	12,21 %	10,5 %	87%	23 %
Kommune 23	Sentralitet 3	Middels store kommuner	13,6 %	7,6 %	87%	27 %
Kommune 24	Sentralitet 3	Store kommuner	17,4 %	11,8 %	88%	33 %
Kommune 25	Sentralitet 4	Store kommuner	15,7 %	10,5 %	85 %	23 %
Kommune 26	Sentralitet 6	Mindre kommuner	19,5 %	16,3 %	82 %	36 %
Kommune 27	Sentralitet 5	Mindre kommuner	21,74 %	13,9 %	82 %	14 %

Kommunene har også ulik tilgang på korttidsplasser. I tabellen under er døgn til korttidsplasser avklaring i institusjon - ikke rullerende, tidsavgrenset opphold utredning/behandling og tidsavgrenset opphold habilitering/rehabilitering inkludert. Kommunene varierer fra 7,7 % til 42 % korttidsplasser i prosent av alle plasser. Ikke alle kommunene har tall for gjennomstrømning, men vi ser at kommunene som har disse opplysningene varierer mellom 5,7 til 21 personer per plass. Det er ingen signifikant samvariasjon, men tendensen er at høyere andel korttid på sykehjem gir et økt antall opphold per plass. Dette kan tyde på erfaringer vi hører fra kommuner at dynamikken i korttidsplassene avhenger av at det er tilstrekkelig høy andel slik at de ikke blir obstruert av langtidspatienter.

Tabell 0-4 Tilgang på og bruk av korttidsplasser i 2022 Kilde: SSB tabell 12293

Kommune	Gjennomstrømning personer per plass	Antall døgn per opphold	Opphold per plass	Andel korttid sykehjem
Kommune 1	17,4	12	26,8	20,5 %
Kommune 2	11,9	8,9	43,1	25,7 %
Kommune 3	9,2	16,7	15,2	16,0 %
Kommune 4	6,1	36,5	9,6	16,0 %
Kommune 5	13,7	18,5	19,4	12,5 %
Kommune 6	9	9,4	38,9	19,0 %
Kommune 7		23,3		7,7 %
Kommune 8	10	14,4	24,3	28,7 %
Kommune 9	7,3	15,8	17,8	23,1 %
Kommune 10		27,7		18,0 %
Kommune 11		15,9		20,4 %
Kommune 12	11,8	13	25,3	20,3 %
Kommune 13		17		11,0 %
Kommune 14		20,3		14,5 %
Kommune 15		21,1		29,4 %
Kommune 16		9,5		36,4 %
Kommune 17	9,1	16,3	16,4	18,7 %
Kommune 18	13,9	13,2	23,3	14,1 %
Kommune 19		11,5		42,1 %

Kommune 20	9,2	14,8	22,6	16,3 %
Kommune 21	5,7	31,5	9,6	25,1 %
Kommune 22		51,1		21,0 %
Kommune 23		12,5		24,7 %
Kommune 24	8,8	31,5	11,6	12,0 %
Kommune 25	10,3	16,2	21,4	14,7 %
Kommune 26	21	34,7	26	20,2 %
Kommune 27		32,8		15,2 %

Vi viser her korttidsplasser samlet da kommunenes rapportering til KOSTRA kan være ufullstendig ettersom ikke alle kommuner skiller nøyaktig på hvilken type korttidsplass det dreier seg om.

Ser vi på landsbasis har antallet døgn til tidsavgrensede opphold i institusjon habilitering/rehabilitering økt med 8 % fra 2020 til 2022, fra 435.888 til 469.697 døgn.

Ser vi på endring i antall døgn i sammenlikningskommunene ser vi at det rapporteres om store endringer for flere av kommunene. Flere av kommunene rapporterer ikke om døgn i institusjon til habilitering/rehabilitering i det hele tatt. Det er for enkelte av kommunene så store forskjeller at vi tviler på datakvaliteten når vi borrar så dypt ned i KOSTRA-dataene. Utvalget som helhet viser imidlertid samme tendens som landet, at det er en økning i døgn til habilitering og rehabilitering i institusjon.

Tabell 0-55 Antall døgn til habilitering/rehabilitering i institusjon per 1000 innbyggere (gjennomsnitt 2020-2022) og endring i antall døgn fra 2020 til 2022 Kilde: SSB tabell 11644 og Agenda Kaupangs beregninger

Kommune	Alle innbyggere	67 år og over	80 år og over	Endring i antall døgn 2020-2022
Kommune 1	145	1 001	3 452	-10 %
Kommune 2	173	1 141	4 097	35 %
Kommune 3	187	1 012	3 401	105 %
Kommune 4	83	572	2 117	-38 %
Kommune 5	16	85	285	-1 %
Kommune 6	107	598	2 023	-20 %
Kommune 7	-	-	-	0 %
Kommune 8	8	60	210	-2 %
Kommune 9	21	162	635	7 %
Kommune 10	-	-	-	0 %
Kommune 11	141	833	3 578	35 %
Kommune 12	72	394	1 446	120 %
Kommune 13	24	110	362	-100 %
Kommune 14	82	363	1 282	796 %
Kommune 15	73	311	1 016	63 %
Kommune 16	-	-	-	0 %
Kommune 17	123	704	2 836	114 %
Kommune 18	35	205	733	6 %
Kommune 19	-	-	-	0 %
Kommune 20	88	628	2 053	14 %
Kommune 21	123	941	3 583	2 %
Kommune 22	-	-	-	0 %
Kommune 23	40	235	893	350 %
Kommune 24	19	150	622	20 %

Kommune 25	82	452	1 659	-28 %
Kommune 26	26	128	584	30 %
Kommune 27	60	338	1 309	1962 %

Kompetanse varierer mellom kommunene

Tabellen under viser ergoterapeut, fysioterapeut, geriatrisk sykepleier og psykiatrisk sykepleier per 1000 innbyggere i kommunen. Årsverkene er delt på alle innbyggere, ikke en spesiell aldersgruppe. Vi ser at kompetansen varierer, men hvorvidt det er utslag av tilgang på kompetansen eller om det er en prioritering fra kommunens side forteller ikke tallene oss. Hvis vi ser på tallene sortert på kommunenes sentralitetsklasse ser vi tydelig at de minst sentrale kommunene har størst dekning av kompetanse per 1.000 innbyggere og at dette skyldes høyere dekning av fysioterapeuter. Sorterer vi på de øvrige kompetansene ser vi ingen sammenheng med kommunens tilhørighet i sentralitetsklasse.

Tabell 0-66 Spesiell kompetanse per 1.000 innbyggere i 2022 Kilde: SSB-tabell 11924

Kommune	Ergoterapeut	Fysioterapeut	Geriatrisk sykepleier	Psykiatrisk sykepleier
Kommune 1	0,39	0,82	0,08	0,22
Kommune 2	0,43	0,91		
Kommune 3		1,15	1,04	0,70
Kommune 4	0,13	1,08	0,52	0,64
Kommune 5	0,19	1,33	0,5	0,42
Kommune 6	0,47	1,15	0,54	0,31
Kommune 7	0,97	1,46	1,95	
Kommune 8	0,26	0,85	0,28	0,26
Kommune 9	0,26	0,70	0,12	0,07
Kommune 10	0,27	1,30	0,14	0,27
Kommune 11	0,06	1,04	0,22	0,11
Kommune 12	0,24	0,83	0,49	0,25
Kommune 13	0,4	1,22	0,36	0,52
Kommune 14		1,25	0,32	0,02
Kommune 15	0,13	1,33	1,23	0,87
Kommune 16	0,08	1,52	0,55	0,59
Kommune 17		0,98	0,49	0,30
Kommune 18	0,24	0,99	0,55	0,17
Kommune 19	0,12	0,96	0,46	0,30
Kommune 20	0,37	0,88	0,46	0,22
Kommune 21	0,58	0,96	0,16	0,16

Kommune 22	0,19	0,92	0,22	0,36
Kommune 23	0,11	0,83	0,22	0,43
Kommune 24	0,96	0,93	0,30	0,24
Kommune 25	0,18	1,38	0,31	0,62
Kommune 26	0,05	1,32		0,62
Kommune 27		0,75	0,39	0,39

Rehabilitering utenfor institusjon varierer over år og mellom kommuner

Fra kommunalt pasient- og brukerregister kan vi finne tjenestetypen rehabilitering utenfor institusjon som målt i antall per 1 000 innbyggere i kommunen. Tabellen under viser de av sammenlikningskommunene våre som har tall i KPR og antallet rehabiliteringstiltak utenfor institusjon per 1 000 innbyggere i årene 2020–2022. Merk at det er store endringer i tallene fra 2018 og 2019 til påfølgende år. Vi kjenner ikke til om det skyldes endringer i indikatoren eller kan komme av varierende datakvalitet.

Tabell 0-77 Rehabilitering utenfor institusjon per 1.000 innbyggere

Kommune	2018	2019	2020	2021	2022
Kommune 1	13,3	10,9	4,8	4,6	5,1
Kommune 2	15,4	4,1	2,3	4,1	
Kommune 4	24,8	5,4	2,3	3,0	4,2
Kommune 5	7,4	1,8	0,6	1,7	1,1
Kommune 6	9,1	8,8	6,2	3,7	5,9
Kommune 8	9,6	1,9	1,8	1,9	1,7
Kommune 9	15,3		0,7		0,8
Kommune 10	9,6			8,3	
Kommune 11			6,2	4,8	5,1
Kommune 12	8,3	1,6			1,8
Kommune 14	4,5				4,4
Kommune 16	40,8	40,4	27,9	35,7	41,4
Kommune 17	2,8	1,0	2,4	2,8	6,5
Kommune 18	7,5	1,6	0,6	0,7	0,6
Kommune 19	10,0		4,7	5,4	5,4
Kommune 20			2,8		3,0
Kommune 21	16,1		4,2	4,2	3,8

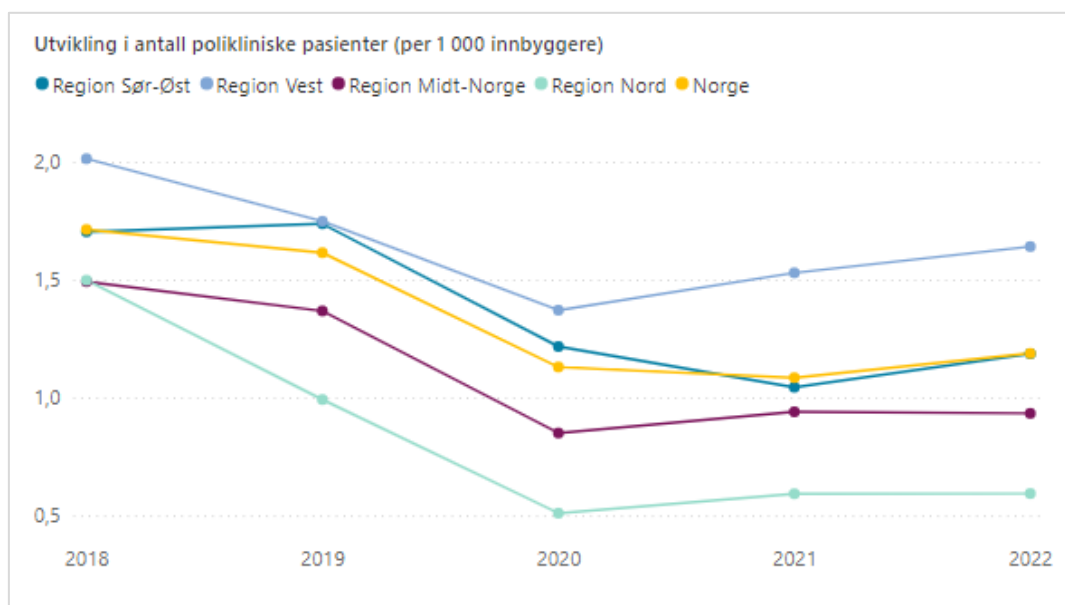
Kommune 23	5,4				
Kommune 24	6,2	5,3	4,0	2,1	2,0
Kommune 25	36,5	5,4	6,8	6,0	5,1
Landet	12,4	2,8	3,2	3,2	3,3

Kommunene i utvalget har ulik praksis for registrering av rehabilitering utenfor institusjon. Det kan se ut som på det begrensede utvalget vi har at innsatsen ble noe redusert i 2021, men at det i 2022 igjen er et høyere nivå på rehabilitering utenfor institusjon.

Samdata viser aktivitet for helseforetakenes opptaksområde, men ikke for enkeltkommuner

Helsedirektoratet publiserer statistikk om aktivitet i helseforetakene og har data om rehabilitering med døgnopphold og rehabilitering utført som polikliniske kontakter. Dataene finnes ikke offentlig tilgjengelig på kommunenivå.

Mens aktiviteten har holdt seg relativt stabil for private aktører som utfører rehabilitering, har aktiviteten i de offentlige sykehusene vært på et lavere nivå i 2022 enn i 2019 og 2018. Figurene under er hentet fra Samdata¹⁹ og viser polikliniske pasienter og døgnpasienter.



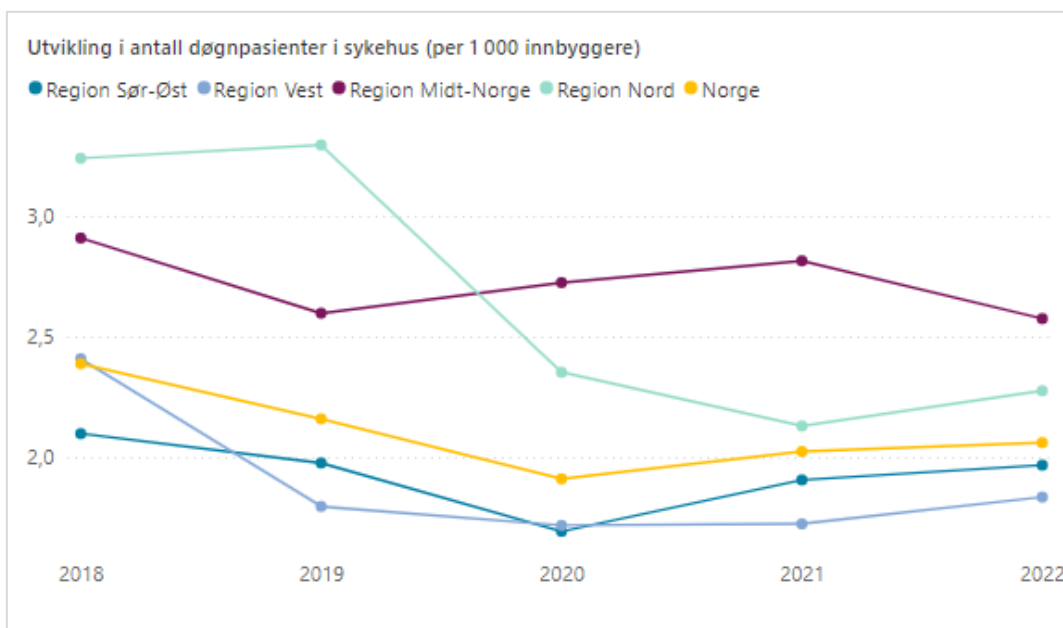
Figur 0-18 Aktivitetsdata 2018-2022 rehabilitering poliklinisk Kilde: Helsedirektoratet

Figuren viser at aktiviteten i Norge, vist ved gul linje, er fallende og nivået i 2022 er lavere enn nivået i årene 2018 og 2019. Det er spesielt Region Nord vist ved lysegrønn linje som har hatt den største reduksjonen, mens Region Vest har hatt det høyeste nivået i hele tidsperioden og viser en mindre reduksjon. Nasjonalt faller antall polikliniske pasienter per 1000 innbyggere fra 1,7 i 2018 til 1,2 i 2022.

Når det gjelder rehabilitering som døgnopphold viser aktiviteten også en fallende tendens. For private aktører er det også en reduksjon i Region Nord, mens øvrige regioner har liten nedgang i aktivitet. Figuren under viser aktiviteten i offentlige sykehus og alle helseregioner har en nedgang i aktivitet. Den største nedgangen er i Region Nord, representert ved lysegrønn linje mens Region

¹⁹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/rehabilitering-poliklinikk>

Sør-Øst, med mørkeblå linje, har den minste nedgangen. Region Nord er på tross av nedgangen fortsatt over landsgjennomsnittet som er presentert ved gul linje. Nasjonalt faller antall døgnpasienter per 1000 innbyggere fra 2,4 i 2018 til 2,1 i 2022.



Figur 0-2 Aktivitetsdata 2018-2022 rehabilitering døgnopphold Kilde: Helsedirektoratet

Vi ser en tendens med fallende døgnopphold nasjonalt samtidig som polikliniske pasienter også faller. Vi vet at reiseavstander til sykehus har betydning for muligheter for polikliniske kontakter og at døgnopphold for eksempel vil være mer hensiktsmessig i mindre sentrale strøk. Vi skal være varsomme med å konkludere på bakgrunn av tidsseriene som inneholder to unntaksår med pandemi, men dersom tendensen vedvarer ser vi at kommunenes rehabilitering nå spiller en større rolle enn tidligere.

Oppsummering

Det finnes lite data spesifikt om rehabilitering i kommuner. Vi finner at datakvaliteten trolig er svært varierende mellom år og mellom kommuner.

Kommunene i utvalget har ulik prioritering av pleie- og omsorgstjenester, profil på tjenestesammensetningen og kompetanse. Vi ser ingen systematisk samvariasjon mellom kommunens økonomi og prioritering av pleie- og omsorgstjenester.

Kommunene har i ulik grad rapportert om rehabilitering i og utenfor institusjon. Vi finner ingen samvariasjon mellom høy grad av rehabilitering i institusjon og lav grad av rehabilitering utenfor institusjon.

Vedlegg IV Ordforklaring

P-ADL	Personnære daglige aktiviteter som påkledning, toalettbesøk, personlig hygiene mm
I-ADL	instrumentelle daglige aktiviteter som er mer sammensatte og utadrettede aktiviteter som f.eks. husarbeid, innkjøp, klesvask mm
Funksjonsvurdering	En systematisk prosess for vurdering av personers funksjonsevne i forhold til daglige aktiviteter. Funksjonsvurdering gir informasjon: <ul style="list-style-type: none"> • om aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner • om personens ressurser og funksjon og grad av behov for bistand og helsehjelp
ADL-taksonomi	Kartleggingsverktøy for å beskrive status for mestring av tolv basale daglige aktiviteter innen PADL og IADL (, for å utarbeide mål og evaluere
Sunnaas ADL-indeks	Kartleggingsinstrument for å undersøke brukers funksjon i tolv daglige aktiviteter. Består av et skåringskjema og en skåringsmanual
Barthel ADL-indeks	Vurderingsskjema for aktivitet i dagliglivet, funksjonell mobilitet og gange. Skalaen består av ti ferdigheter som adderes opp til en sumskåre mellom 0 og 20.
Bergs balanseskala	Observasjonstest som brukes for å bestemme pasientens evne til å opprettholde fysisk balanse (postural kontroll). Bergs balanseskala består av 14 deltester som brukes for å kartlegge balanse og fallrisiko hos voksne.
AMPS	Observasjonsredskap for kartlegging av motoriske- og prosessferdigheter ved utførelse av daglige aktiviteter, både PADL og IADL.
IPLOS (Individbasert Pleie- og OmsorgsStatistikk)	Nasjonalt register og verktøy for funksjonsvurdering av enkeltpersoner, om deres aktiviteter i dagliglivet, kroppsfunksjoner og noen kognitive funksjoner, om personens ressurser og funksjon på registreringstidspunktet og grad av behov for bistand og helsehjelp
ICF	Internasjonalt klassifikasjonssystem. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) er vedtatt av Verdens helseorganisasjon (WHO). Det er en klassifikasjon som utfyller ICD-10 (diagnosekodeverk). ICF er særlig egnet til å beskrive funksjoner som kroppsstruktur, kroppsfunksjon, aktiviteter, deltakelse og miljøfaktorer. Hovedvekten legges ikke på sykdom og diagnose, men på den enkeltes funksjonsevne i samspill med omgivelsene
COPM	Instrument for å avdekke aktivitetsproblemer. Verktøyet danner grunnlag for utarbeidelse og formulering av brukes mål og evaluering av måloppnåelse
Timed up and go	Screeningtest som gir informasjon vedrørende personens balanse, ganghastighet og generelle funksjonsevne. Testen gir indikasjon på fall- og gangproblemer hos geriatriske pasienter og eventuelt behov for hjelp ved forflytning.