



Riksrevisjonen

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten

Dokument 3:11 (2011–2012)



23 257 -3 918 240 1 255 712 474 320 120 3 924 22 781

Denne publikasjonen finnes på Internett:
www.riksrevisjonen.no

Offentlige institusjoner kan bestille publikasjonen fra
Departementenes servicesenter
Telefon: 22 24 20 00
E-post: publikasjonsbestilling@dss.dep.no
www.publikasjoner.dep.no

Andre kan bestille fra
Bestillinger offentlige publikasjoner
Telefon: 55 38 66 00
Telefaks: 55 38 66 01
E-post: offpub@fagbokforlaget.no

Fagbokforlaget AS
Postboks 6050 Postterminalen
5892 Bergen

ISBN 978-82-8229-163-7

Forsideillustrasjon: 07 Oslo

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten

Dokument 3:11 (2011–2012)

Til Stortinget

Riksrevisjonen legger med dette fram Dokument 3:11 (2011–2012)
Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten.

Riksrevisjonen, 6. mars 2012

For riksrevisorkollegiet

Jørgen Kosmo
riksrevisor

Innhold

1	Innledning	7
2	Gjennomføring av undersøkelsen	8
3	Oppsummering av funnene	9
4	Riksrevisjonens bemerkninger	13
5	Helse- og omsorgsdepartementets svar	14
6	Riksrevisjonens uttalelse	17

Vedlegg: Rapport

1	Innledning	25
2	Metodisk tilnærming og gjennomføring	27
3	Revisjonskriterier	30
4	I hvilken grad har rehabiliterings-tilbudet i helsetjenesten økt i samsvar med målene for området?	36
5	I hvilken grad sikres rehabiliterings-pasienter et helhetlig og koordinert tilbud i helsetjenesten?	53
6	I hvilken grad følger Helse- og omsorgs-departementet og de regionale helse-foretakene opp de målene som er satt for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten?	67
7	Vurderinger	73
	Referanseliste	78

Helse- og omsorgsdepartementet

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten

1 Innledning

I Innst. S. nr. 178 (1998–99) sluttet sosialkomiteen seg til at målet må være å sikre likeverdige tilbud til alle mennesker med rehabiliteringsbehov, og komiteen så det som viktig at det gis rom for både langvarige og kortvarige tiltak ut fra den enkeltes behov og livssituasjon.

Rehabilitering er i forskrift om habilitering og rehabilitering (som trådte i kraft 2001) definert som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom budsjettproposisjoner og Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011 formidlet krav om at fagfeltet rehabilitering skal styrkes. I strategien understrekes det at tilstrekkelige ressurser må settes inn på området for å etablere riktig kapasitet for rehabiliteringstjenesten, og fagfeltet må bli det neste store satsingsområdet for helsevesenet. Det understrekes videre at det er av betydning hvordan rehabilitering prioriteres i den samlede ressursbruken i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten skal rehabilitering styrkes når det gjelder både omfang av og kvalitet på tjenester som tilbys. Helsedirektoratet har hovedansvaret for å koordinere arbeidet med å sette strategien ut i livet.

Departementet styrer de regionale helseforetakene gjennom de årlige oppdragsdokumentene og gjennom foretaksmøter. De fire regionale helseforetakene har, gjennom underliggende helseforetak, ansvar for å tilby nødvendige rehabiliteringstjenester på spesialisert nivå til regionens befolkning. For å oppfylle "sørge for"-ansvaret innen rehabilitering har de regionale helseforetakene inngått avtaler med private leverandører av rehabiliteringstjenester som supplement til rehabiliteringstjenester som ytes av helseforetakene.

Kommunene har, gjennom kommunehelse-tjenesteloven, ansvar for å tilby sine innbyggere medisinske habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Kommunene plikter til enhver tid å ha en oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som kan virke inn på denne.

I forskrift om habilitering og rehabilitering er det presisert at kommunen og det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som de blir kjent med i tjenesten.

Riksrevisjonens kontroll for budsjettåret 2007 viste at andelen pasienter som var tildelt nødvendig helsehjelp innen fysikalsk medisin og rehabilitering, var redusert i perioden 2005–2007, samtidig som gjennomsnittlig ventetid hadde økt fra 3. tertial 2006 til 3. tertial 2007.¹ Kontrollen viste videre at det var utviklet få indikatorer som gjør det mulig å måle utviklingen av fagfeltet rehabilitering og de tjenestene som tilbys. Målene som var satt for fagfeltet, var få og lite spesifikke. På grunn av uklar og mangelfull rapportering var det vanskelig å vurdere måloppnåelsen. Det er en risiko for at rehabiliteringskapasiteten ikke står i forhold til behovene i befolkningen, og en risiko for manglende effektivitet i eksisterende tilbud.

Målet med undersøkelsen har vært å vurdere i hvilken grad myndighetene ivaretar sitt overordnede ansvar for å sikre prioritering av rehabilitering i helsetjenesten i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger. Undersøkelsen har belyst følgende problemstillinger:

- 1 I hvilken grad har rehabiliteringstilbudet i helsetjenesten økt i samsvar med målene for området?
- 2 I hvilken grad sikres rehabiliteringspasienter et helhetlig og koordinert tilbud i helsetjenesten?
- 3 I hvilken grad følger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene opp de målene som er satt for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten?

1) Riksrevisjonens rapport om den årlige revisjon og kontroll for budsjettåret 2007. Dokument nr. 1 (2008–2009).

Utkast til rapport ble forelagt Helse- og omsorgsdepartementet ved brev av 3. november 2011. Departementet har i brev av 30. november 2011 gitt kommentarer til rapporten. Kommentarene er i all hovedsak innarbeidet i rapporten og i dette dokumentet. Riksrevisjonens rapport følger som trykt vedlegg.

2 Gjennomføring av undersøkelsen

Problemstillingene i undersøkelsen er belyst ved

- en brukerundersøkelse til pasienter
- en spørreskjemaundersøkelse til fastleger, avdelinger i helseforetak som primært arbeider med rehabilitering, private rehabiliteringsinstitusjoner og alle landets kommuner
- registeranalyser av data fra Norsk pasientregister, Statistisk sentralbyrå og KOSTRA
- kapasitetsdata innhentet fra helseforetakene
- dokumentanalyser
- intervjuer

Brukerundersøkelsen ble sendt til 2200 pasienter som har mottatt et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten. 1072 av dem besvarte brukerundersøkelsen.

Brukerundersøkelsen belyser pasienters erfaringer med rehabiliteringstjenesten i spesialisthelsetjenesten, og oppfølging i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Svarene fra brukerundersøkelsen er analysert og sammenholdt med administrative og medisinske data fra Norsk pasientregister.

Det ble sendt ut spørreskjemaer til 1000 fastleger. 496 av dem svarte. Spørreskjemaundersøkelsen til fastlegene belyser deres vurderinger av

- ventetider til rehabiliteringstjenester og konsekvenser av ventetider for pasienten
- samsvar mellom behov og tilgjengelige rehabiliteringstilbud
- om rehabiliteringspasienter får rett til nødvendig helsehjelp
- nytten av individuell plan
- om tjenestene som pasientene mottar, er koordinerte

Spørreskjemaundersøkelsene til avdelinger i helseforetak som primært arbeider med rehabilitering, og til kommunene belyser kapasitet i rehabiliteringstjenestene, prioritering av rehabilitering, samarbeid mellom aktører i helsetjenesten og bruk av individuell plan. I tillegg belyser spørreundersøkelsen til kommunene

koordinerende enhet og hvilke oppgaver som er lagt til enheten.

Spørreskjemaundersøkelsen til private rehabiliteringsinstitusjoner belyser innholdet i rehabiliteringstilbudet som blir gitt, i tillegg til krav som er stilt i ytelsesavtaler som er inngått med de regionale helseforetakene, og hvordan de regionale helseforetakene følger opp avtaleforholdet.

For å belyse hvordan helseforetak og kommuner samhandler for å sikre helhetlige og individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløp, er det gjennomført en dybdeanalyse av fire helseforetak og åtte tilhørende kommuner. Det er innhentet rehabiliteringsplaner, samarbeidsavtaler, beskrivelser av rutiner samt maler for bruk av eksempelvis individuell plan. Videre er det gjennomført intervjuer med ledere og ansatte i helseforetakene og i kommunene. Helseforetakene er Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF, Sørlandet sykehus HF og Helse Stavanger HF.

For å belyse utvikling i og omfang av aktivitet og ressurser knyttet til rehabilitering i helseforetakene og kommunene, er det innhentet statistiske data fra henholdsvis Norsk pasientregister (NPR), Statistisk sentralbyrå (SSB) og KOMMUNE STAT RAPPORTERING (KOSTRA-data). For å komplettere data fra NPR er det innhentet informasjon om rehabiliteringsaktivitet direkte fra helseforetakene. Det er videre innhentet informasjon om aktivitet og kapasitet knyttet til private sykehus med driftsavtale i Helse Vest og Helse Sør-Øst. I tillegg til data om kapasitetsutvikling i kommunene er det innhentet informasjon om forekomst av samarbeidsavtaler og koordinerende enhet, samt bruk av individuell plan.

Problemstillingen om myndighetenes oppfølging av de målene som er satt for rehabilitering i helsetjenesten, er belyst gjennom intervju og analyse av relevante dokumenter. Det er gjennomført intervju med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Helse Sør-Øst RHF, Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF.

Revisjonskriteriene som ligger til grunn for undersøkelsen, er i hovedsak utledet fra stortingsdokumenter (lover, budsjett- og lovproposisjoner og innstillinger til disse) og relevante forskrifter, rundskriv og veiledere.

3 Oppsummering av funnene

3.1 Helsemyndighetene trenger mer kunnskap om kapasitet og behov for rehabiliteringstjenester

Samlet sett er det ikke mulig å måle om rehabiliteringsfeltet i spesialisthelsetjenesten har blitt styrket i perioden 2005 til 2010. Nasjonalt er antallet DRG-poeng² knyttet til rehabilitering redusert med 21 prosent i perioden.³ Reduksjonen har vært størst etter 2007. Det har vært ulik utvikling i regionene, med en reduksjon på 47 prosent i Helse Vest og en reduksjon på 5 prosent i Helse Midt-Norge. Også DRG-poeng knyttet til kompleks rehabilitering, som inkluderer den mest spesialiserte rehabiliteringen, er redusert med 14 prosent nasjonalt. Reduksjonen i DRG-poeng kan skyldes flere årsaker enn redusert aktivitet, og må tolkes med forsiktighet. Organisatoriske endringer og integrering av rehabilitering i pasientforløp kan påvirke hvordan rehabiliteringsopphold er gruppert i DRG-systemet.

Tall som er innhentet fra helseforetakene, viser at det har vært en reduksjon i helseforetakenes sengekapasitet knyttet til rehabilitering på åtte prosent i perioden 2005–2010. Antallet senger er redusert fra 25 senger per 100 000 innbyggere i 2005 til 22 senger i 2010. Undersøkelsen viser også at det har vært en reduksjon i antall liggedøgn og dagopphold knyttet til rehabilitering. Samtidig har det vært en økning i antallet polikliniske konsultasjoner. Økningen i antall polikliniske konsultasjoner er ikke like stor som reduksjonen i antall liggedøgn og dagopphold.

Undersøkelsen viser at det har skjedd vesentlige endringer i organiseringen og innretningen av rehabiliteringstjenester de siste årene. Mens det totalt sett har vært en reduksjon i rehabiliteringskapasiteten i helseforetakene, har det vært en økning i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering i ordinære avdelinger. En betydelig del av denne økningen skyldes at eksisterende tilbud har blitt styrket, og at nye slagenheter har blitt opprettet i helseforetakene. Av de undersøkte helseforetakene har det i Helse Bergen og Helse Stavanger vært en spesialisering av rehabiliteringstilbudet: De enklere rehabiliteringstilbudene ivaretas av kommunene, mens den mest spesialiserte rehabiliteringen er beholdt eller styrket. I Nordlandssykehuset er rehabilitering i større grad

blitt integrert i øvrige behandlingsforløp, mens kapasiteten i rene rehabiliteringsavdelinger er redusert.

Departementet viser i sine kommentarer til undersøkelsen at det legges større vekt på dagopphold og polikliniske tjenester, og at rehabilitering nå starter tidligere i pasientforløpene.

Ved en fortsatt avvikling av sengeposter og reduksjon av liggedøgn i helseforetakene, spesielt i dedikerte rehabiliteringsavdelinger, er det risiko for at enkelte grupper som tidligere fikk et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, nå får et redusert tilbud. Risikoen vil være størst for pasienter i de kommunene som ikke har et veletablert rehabiliteringstilbud. 16 prosent av kommunene har ikke rehabiliteringsplasser i institusjon. Kommunene har utfordringer med å benytte korttidsplasser i samsvar med egne mål og strategier.

Aktiviteten i de private rehabiliteringsinstitusjonene er redusert de siste årene. Det har vært en reduksjon på sju prosent i antall opphold og oppholdsdøgn. Undersøkelsen viser at en tredel av de private rehabiliteringsinstitusjonene stiller krav til selvhjulpenhet. Institusjonene kan i varierende grad gi et tilbud til rehabiliteringspasienter med spesielle og ressurskrevende behov.

Departementet sier i sine kommentarer til rapporten at innholdet i tilbudet har endret seg. Faglige krav til institusjonene har blitt strengere, og antall fagpersonell er økt.

Informasjon fra Norsk pasientregister viser at det er stor variasjon mellom regionene i andelen pasienter innen fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering som får rett til nødvendig helsehjelp. I perioden 2008 til 2010 ble andelen med rett til nødvendig helsehjelp redusert i tre av fire regioner. I 2010 varierte andelen mellom 16 prosent i Helse Nord og 61 prosent i Helse Vest. Mellom helseforetakene er variasjonen større. I 2010 fikk 1 prosent av pasientene innen fysikalsk medisin og rehabilitering rett til nødvendig helsehjelp ved Sykehuset Telemark, mens andelen var 90 prosent ved Helse Førde. I dybdeundersøkelsen kommer det fram at prioriteringsforskriften oppleves som utfordrende for rehabiliteringsområdet. Dette gjelder spesielt kriteriene som ligger til grunn for vurdering, samt tidspunkt for rettighetsvurdering av rehabiliteringspasienter som er i et annet behandlingsforløp.

2) Sykehusopphold som er gruppert i DRG-systemet, tildeles en vekt som angir den gjennomsnittlige ressursbruken for gruppen oppholdet tilhører. Vekten måles i DRG-poeng.

3) Opphold uten liggetid som er gruppert til vanlig rehabilitering, er utelatt fra analysen.

Tall fra Norsk pasientregister viser at det er variasjon mellom regionene når det gjelder ventetidene til fysikalsk medisin og rehabilitering. For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp varierte ventetidene i 2010 fra 44 dager i Helse Sør-Øst til 75 dager i Helse Midt-Norge. I spørreundersøkelsen til fastlegene oppgir et flertall av fastlegene at det er betydelige ventetider når det gjelder rehabilitering i helseforetakene, private rehabiliteringsinstitusjoner, rehabiliteringsplass i kommunene samt fysioterapi i kommunene. Mange kommuner har ikke fast ansatte ergoterapeuter. Av de fastlegene som har en oppfatning av ventetid til ergoterapi i kommunen, oppgir 62 prosent at ventetidene er betydelige. 63 prosent av fastlegene oppgir at de har opplevd at pasienter på deres liste har fått dårligere funksjon i påvente av et rehabiliteringstilbud i helse-tjenesten. 58 prosent av fastlegene oppgir at pasienter har falt helt eller delvis ut av arbeidslivet. En like stor andel oppgir at pasientene har opplevd større grad av sosial isolering.

Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at det har vært en økning i antall plasser avsatt til rehabilitering i institusjon i kommunene. I perioden 2005 til 2010 har det vært en økning fra 1587 til 2005 plasser. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 84 prosent av kommunene enten har egen avdeling for rehabilitering i institusjon eller har plasser avsatt til rehabilitering i ordinære avdelinger. 16 prosent av kommunene har ingen av delene. Statistiske data gir ikke informasjon om bruk av plassene eller kompetanse tilknyttet plassene. I dybdeundersøkelsen kommer det fram at mange kommuner opplever press på rehabiliteringsplassene fra andre brukergrupper, spesielt der plassene inngår i ordinære avdelinger.

Undersøkelsen viser videre at en stor andel av kommunene har utfordringer med å tilby opp-trening av språk og tale, opp-trening av kognitive funksjoner og trening i daglige aktiviteter. Undersøkelsene viser at kommunene i mindre grad kan tilby tilrettelagte rehabiliteringstjenester til yngre pasienter enn til eldre.

Rehabiliteringsaktivitet i sykehus er endret, og deler av tilbudet skal gis integrert som en del av den ordinære behandlingen. Undersøkelsen viser at det er vanskelig å si om kapasiteten for rehabilitering er styrket, fordi det ikke er all rehabiliteringsaktivitet som blir registrert. Av den grunn er det vanskelig å måle kapasitet. Imidlertid kan det stilles spørsmål ved om kapasitetsutviklingen har vært tilfredsstillende.

Undersøkelsen viser at ventetider innen rehabilitering øker, at færre rehabiliteringspasienter får rett til nødvendig helsehjelp, og at antall senger og oppholdsdøgn er redusert.

Helse- og omsorgsdepartementet uttaler i sine kommentarer til rapporten at sengeplasser, ventetider, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid i liten grad måler kapasitet og omfang av rehabilitering dersom disse ikke kobles med andre opplysninger. Ifølge departementet er det viktigste for god rehabilitering at innholdet er relevant og tilstrekkelig, og at det er samarbeid mellom aktuelle aktører, slik at tilbudet blir helhetlig i forhold til de målene som er satt for pasienten, og at dette skjer i samarbeid med pasienten.

3.2 Bedre kompetanse, økt samarbeid og mer avklarte ansvarsforhold kan gi bedre rehabilitering

Undersøkelsen viser at alle de fire undersøkte helseforetakene har inngått generelle samarbeidsavtaler med kommunene i opptaksområdet. Avtalene er overordnede, og mangler av den grunn informasjon om kapasitet og kompetanse knyttet til rehabilitering hos de ulike partene. Dette er med på å redusere mulighetene for helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp. Flere regionale helseforetak rapporterer at de jobber med å forbedre avtalene og samarbeidet med kommunene. Tall fra KOSTRA viser at 184 kommuner hadde samarbeidsavtale med helseforetakene angående rehabilitering i 2010, mens 227 kommuner ikke hadde en slik avtale. Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester setter krav til at det etableres samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner, samt til avtalens innhold.

Undersøkelsen viser også at det er ulike oppfatninger mellom tjenestenivåene om hvilke tjenester som skal ytes i kommunehelsetjenesten, og hvilke som skal ytes i spesialisthelsetjenesten. Kommunens kapasitet og kompetanse påvirker hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten har mulighet til å ivareta. Dette påvirker hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten har mulighet til å ivareta. I tillegg til at det er mangel på viktige faggrupper for rehabilitering i kommunene, er omfanget av tjenester som tilbys, en utfordring.

Helseforetakene og kommunene i helseregion Sør-Øst er i gang med å utarbeide områdeplaner for enkelte fagområder. Disse områdeplanene skal bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak og vil være et utgangspunkt for en

nærmere definisjon av hvilke tjenester og oppgaver som skal ivaretas av helseforetaket, og hva som skal ivaretas av kommunen.

Nær alle rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og halvparten av de private rehabiliteringsinstitusjonene oppgir at alle eller et flertall av pasientene som skrives ut fra avdelingen, har behov for oppfølging av kommunehelsetjenesten. Et flertall av kommunene i dybdeundersøkelsen er i stor grad fornøyd med det samarbeidet kommunen har med rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, mens et flertall av kommunene i mindre grad er fornøyd med det samarbeidet kommunen har med ordinære avdelinger i helseforetakene. Flertallet av kommunene erfarer at de ordinære avdelingene ikke har oppmerksomhet rettet mot rehabilitering. Godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er ofte viktig for pasientens rehabiliteringsforløp. Når større deler av kapasiteten for rehabiliteringstjenester legges til ordinære avdelinger, må disse også ivareta samarbeidet med kommunene om pasientenes rehabiliteringsforløp.

Undersøkelsen viser at 80 prosent av kommunene er enig i at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilke tjenester kommunen kan tilby. Videre viser undersøkelsen at flere rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene erfarer at kommunene i liten grad har kompetanse eller kapasitet til å følge opp de tiltak som spesialisthelsetjenesten anbefaler. Helseforetakene i Helse Sør-Øst arbeider med områdeplaner der rehabilitering er inkludert, og der ansvarsfordelingen mellom helseforetak og kommune blir behandlet. Kommunene opplever dette som positivt. Undersøkelsen viser at det er et potensial for forbedrede og mer helhetlige pasientforløp ved at kommunikasjon og kunnskap mellom nivåene økes.

For at rehabiliteringspasienter skal få et helhetlig og koordinert rehabiliteringstilbud, er det viktig at kommunene varsles så tidlig som mulig om pasienter som vil trenge rehabilitering i kommunen etter utskrivning. Undersøkelsen viser at helseforetakene tar tidligere kontakt med kommunene enn det de private rehabiliteringsinstitusjonene gjør. Videre er det viktig at kommunene får nødvendig informasjon fra spesialisthelsetjenesten for å kunne planlegge det videre rehabiliteringsforløpet. Undersøkelsen viser at rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene oppgir at de sender mer informasjon om pasienten og dens behov til kommunene enn det kommunene oppgir at de

mottar. Dette kan tyde på at informasjonen ikke når rett instans i kommunen.

Et stort flertall av pasientene fra brukerundersøkelsen er fornøyd med hvordan de ble inkludert i sin egen rehabiliteringsprosess under sykehusoppholdet. En stor andel av pasientene er enig i at personalet hjalp dem å forstå deres muligheter for rehabilitering, definere mål for rehabiliteringen og foreslå konkrete tiltak for å forbedre eller opprettholde funksjonsnivået. Pasienter som hadde et rehabiliteringsopphold som følge av en akutt innleggelse, er i mindre grad fornøyd med egen medvirkning enn pasienter som hadde et planlagt rehabiliteringsopphold. Pasienter som i perioden etter utskrivning har et stort bistandsbehov, oppgir i gjennomsnitt lavere grad av brukermedvirkning enn pasienter med små bistandsbehov. Ansatte og ledere ved rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene påpeker at det varierer i hvilken grad pasientene kan involveres i egen rehabilitering i løpet av oppholdet på sykehuset.

Over 80 prosent av rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og kommunene har retningslinjer for arbeidet med individuell plan, deriblant rutiner som skal sikre at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester blir tilbudt individuell plan. Bare 17 prosent av pasientene fra brukerundersøkelsen oppgir at de har individuell plan. Av de pasientene som ikke har individuell plan, oppgir over halvparten av dem at de ikke er blitt tilbudt individuell plan. Tjenesteyterne i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, deriblant fastlegene, er i stor grad enig i at individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliteringstjenester til den enkelte pasient. Videre er tjenesteyterne i stor grad enig i at bruk av individuell plan fremmer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Kommunene har gjennom forskrift om habilitering og rehabilitering siden 2001 vært pålagt å ha en koordinerende enhet. Undersøkelsen viser at en femtedel av kommunene ikke har opprettet en slik enhet. Undersøkelsen viser videre at det er stor variasjon mellom kommunene når det gjelder hvilket ansvar, hvilken myndighet og hvilke oppgaver som er lagt til kommunens koordinerende enhet. Enkelte enheter er sårbare ved at funksjonen "koordinerende enhet" er lagt til enkeltpersoner. Det er stor variasjon i hvor synlig og tilgjengelig enhetene er, og hvordan de fungerer i samhandling med samarbeidspartnere. Det at

enheten er lite synlig, gjør at det kan være vanskeligere for pasienter og pårørende å ta kontakt for å få bistand eller informasjon om mulige rehabiliteringstjenester.

3.3 Det er behov for å utvikle bedre måleinstrumenter på rehabiliteringsfeltet

I de årlige oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene er det ikke fastsatt indikatorer som skal benyttes for å vurdere måloppnåelsen om en kapasitetsøkning for rehabilitering. Årlig melding fra de regionale helseforetakene for 2008 inneholder ikke en spesifisering av antall årsverk eller plasser for rehabilitering, og de regionale helseforetakene kan ikke trekke ut data fra NPR som gir et pålitelig bilde av utviklingen fra 2008 til 2009. Helse Midt-Norge RHF begrunner dette med at styringskravet ikke ble formidlet til helseforetakene slik at det framsto som et konkret krav for 2008, men som et langsiktig mål.

I meldingen fra Helse Sør-Øst RHF for 2009 opplyses det at nåværende indikatorer og aktivitetsregistrering ikke gir sikker identifisering av den prosentvise økingen som er forutsatt for rehabilitering og habilitering. Helse Nord RHF rapporterer i årlig melding for 2009 at de ikke har aktivitetsdata som kan dokumentere at målet om å styrke aktiviteten for spesialisert habilitering og rehabilitering med 1,5 prosent er nådd. Helseforetakene peker i undersøkelsen på at det er problematisk å styre rehabiliteringsvirksomheten på bakgrunn av antall DRG-poeng. Ledelsen ved Helse Stavanger HF viser til at det i de eksisterende styringsdataene er vanskelig å tallfeste og spore rehabiliteringsvirksomheten. Dette gjør at det ifølge helseforetaket er vanskelig å ha oversikt over kostnadsutviklingen og ressursbruken.

Fylkesmennenes årsrapporter for 2010 viser at det er stor oppmerksomhet om koordinerende enhet, individuell plan og inngåelse av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Kommunene rapporterer om antallet institusjonsplasser, både korttids- og langtidsplasser, gjennom KOSTRA. Det rapporteres videre om antall korttidsplasser som er avsatt til rehabilitering. Det rapporteres ikke om fagkompetanse, belegg eller pasientgrunnlag for institusjonsplassene. Med unntak av korttidsplasser som er avsatt til rehabilitering, er det ingen indikatorer som er direkte knyttet til rehabilitering. I rapporteringen fra kommunene er det ikke mulig å skille ut kostnader som kun kan relateres til rehabilitering.

Det framgår av undersøkelsen at Helsedirektoratet mangler informasjon om rehabilitering i kommunene. Direktoratet får noe informasjon gjennom KOSTRA og IPLOS, men informasjonen er oppstykket. Kommunene i dybdeundersøkelsen viser til at rehabilitering ikke rapporteres adskilt, men som en del av andre kommunale tjenester i KOSTRA. For eksempel rapporteres det på stillinger for fysio- og ergoterapi, men det framkommer ikke hvilke brukergrupper disse faggruppene arbeider med.

Mangelen på gode måleindikatorer gjør det vanskelig å vurdere om kravet til styrking av kapasiteten er innfridd når det gjelder spesialist- og kommunchelsetjenesten.

De regionale helseforetakene har gjennom årlig melding i flere år vist til at det er svakheter knyttet til aktivitetsrapportering om rehabilitering. Det er utfordrende å dokumentere rehabilitering som er integrert i ordinære forløp, og aktivitet som ikke gir finansiering, blir ikke registrert. For eksempel registreres ikke opptrening på fysikalsk medisinsk avdeling der lege ikke er til stede, og rehabilitering som ytes av medisinsk serviceavdeling, fanges ikke opp i statistikk. Helse Sør-Øst RHF påpeker i årlig melding for 2008 at det mangler enhetlige definisjoner og systemer for rapportering om rehabilitering. Det etterspørres et nasjonalt initiativ for å komme fram til omforente rapporteringssystemer og krav for fagområdet.

De regionale helseforetakene rapporterer funksjonsfordelt regnskap til Statistisk sentralbyrå, og i det er det en egen funksjon for habilitering og rehabilitering. Undersøkelsen viser at det er usikkerhet knyttet til om helseforetakene fører kostnader og inntekter på en enhetlig måte i det nevnte regnskapet. Det er videre usikkerhet knyttet til om funksjonen dekker alle relevante kostnader og inntekter knyttet til rehabilitering. Videre er det ikke mulig å skille habilitering og rehabilitering i funksjonsregnskapet.

Undersøkelsen viser at Helsedirektoratet er klar over at det ikke har vært utviklet gode mål for utviklingen av nasjonal statistikk knyttet til rehabilitering. Utvikling av kodeverket innen rehabilitering har ikke vært satt i system før den pågående revisjonen av prosedyrekodeverket. Tidligere har ansvaret for kodeverket ligget delvis hos KITH⁴ og delvis i finansavdelingen i Helsedirektoratet.

4) Kompetansesenteret for IT i helse- og sosialsektoren.

Det er i dag ikke en tilfredsstillende måte å registrere rehabiliteringsaktivitet i kommunene eller helseforetakene på. Departementet viser til at det er utfordringer knyttet til å konkretisere rehabiliteringsprosesser, men departementet vil arbeide langsiktig og systematisk med sikte på å bedre rapportering knyttet til rehabilitering.

4 Riksrevisjonens bemerkninger

Andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, er redusert i perioden 2008–2010, samtidig som det er stor variasjon, både mellom helseforetak og mellom regionene, i andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp. Helsedirektoratet peker på at dårlig dokumentasjon av nytte av rehabilitering kan føre til at rehabiliteringspasienter ikke får rett til nødvendig helsehjelp. Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke sannsynlig at variasjonene alene kan forklares med medisinsk skjønn og ulik pasientsammensetning. I tillegg får rehabiliteringspasienter ikke vurdert sin rettighet på nytt når rehabiliteringen er en del av et annet forløp. Dette medfører at det er uklart rundt rettighetsstatusen til disse pasientene.

I perioden 2008–2010 har det vært en økning i ventetider innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er betydelige ventetider både til rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten og til rehabiliteringsplass i kommunene, samt når det gjelder fysioterapi og ergoterapi i kommunene. Konsekvensene av lange ventetider er at noen pasienter opplever funksjonsforverring, faller ut av arbeidslivet eller opplever sosial isolering. Funksjonsforverring vil uten de rette rehabiliteringstiltakene kunne resultere i redusert funksjons- og mestringsnivå for pasienten. Etter Riksrevisjonens vurdering kan manglende rett og lange ventetider ha store konsekvenser for den enkeltes helse.

Etter Riksrevisjonens vurdering vil informasjon om sengeplasser, ventetider, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid være viktige mål for utvikling i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering. Departementet har i sine kommentarer til rapporten uttrykt at disse indikatorene også må kobles opp mot andre opplysninger, uten å spesifisere hvilke. Etter Riksrevisjonens vurdering viser utviklingen i flere indikatorer at det har vært en reduksjon i kapasiteten knyttet til rehabilitering i helseforetakene. Undersøkelsen viser at de

regionale helseforetakene har eldre planer for rehabiliteringsområdet, men at flere er i en ny planprosess. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvordan departementet vil følge opp at de regionale helseforetakene ivaretar sitt "sørge-for"-ansvar, og forventer at området styrkes slik det er forutsatt av helse- og omsorgskomiteen.

Undersøkelsen viser at helseforetakene arbeider med å integrere rehabilitering i behandlingen i alle kliniske avdelinger. Undersøkelsen viser at det har vært en økning i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering i avdelinger hvor rehabilitering er integrert, mens det har vært en reduksjon i dedikerte rehabiliteringsavdelinger, slik som fysikalsk medisinske avdelinger. Kommunene i dybdeundersøkelsen oppgir større tilfredshet med samarbeidet med rehabiliteringsavdelinger enn samarbeidet med ordinære avdelinger når det gjelder pasienter som har behov for rehabilitering i den kommunale helsetjenesten. Kommunene erfarer at ordinære avdelinger i mindre grad har oppmerksomhet rettet mot rehabilitering, og at dette er spesielt utfordrende når det gjelder eldre pasienter. Dreining fra dedikerte avdelinger med egen fysikalsk medisinsk kompetanse til medisinske avdelinger som har rehabilitering integrert, medfører risiko for at den faglige utviklingen og kompetansen svekkes. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger opp at fagmiljøer bevares, og om samarbeidet med kommunene ivaretas på en god måte.

Undersøkelsen viser at det ikke har vært utarbeidet gode mål for utviklingen av nasjonal statistikk for rehabilitering. De regionale helseforetakene rapporterer at nåværende indikatorer og aktivitetsregistrering ikke gir sikker identifisering av kapasiteten innen rehabilitering. Etter Riksrevisjonens vurdering er det behov for forbedrede rapporteringssystemer som synliggjør kapasiteten for rehabilitering. Riksrevisjonen har merket seg at det i det svenske DRG-systemet er innført en egen løsning for koding av rehabiliteringsaktivitet. Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i tilstrekkelig grad har prioritert arbeidet med utvikling av indikatorer som kan synliggjøre kapasitet og behov innen rehabilitering.

Rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og fastlegene opplyser i spørreundersøkelsen at koordinerende enhet forenkler samarbeidet med kommunene, gir en bedre oversikt over rehabiliteringstilbudet og

er behjelpelig med å finne tjenester som er aktuelle for pasienter. Undersøkelsen viser at mer enn 20 prosent av kommunene ikke har etablert koordinerende enhet, selv om dette ble et nasjonalt krav i 2001. Videre viser undersøkelsen at koordinerende enhet i mange kommuner oppleves som lite synlig for pasienten, og at enhetene ofte er sårbare fordi ansvaret for enheten er lagt til en eller to personer. Riksrevisjonen stiller spørsmål om i hvilken grad Helsedirektoratet har fulgt opp at det etableres synlige og robuste koordinerende enheter i alle kommuner.

Undersøkelsen viser at mer enn 80 prosent av institusjonene har rutiner for utarbeidelse og bruk av individuell plan. Samtidig oppgir mer enn halvparten av rehabiliteringspasientene i brukerundersøkelsen som har stort behov for rehabilitering etter utskrivning, at de ikke har blitt tilbudt eller ikke kjenner til individuell plan. 17 prosent av pasientene i brukerundersøkelsen oppgir at de har en individuell plan, og at de er fornøyde med sin individuelle plan. Pasientene opplever at arbeidet med individuell plan har gjort dem mer bevisst sine mål og sine behov, hvordan de selv kan bidra i sin egen rehabiliteringsprosess, og hvilke tiltak som er relevante for dem. Videre viser undersøkelsen at samtlige aktører i helse-tjenesten mener at individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliterings-tjenester til den enkelte. De samme aktørene mener også at individuell plan fremmer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommune-helsetjenesten. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hva helsemyndighetene vil gjøre for å øke bruken av individuell plan.

5 Helse- og omsorgsdepartementets svar

Saken har vært forelagt Helse- og omsorgsdepartementet, og statsråden har i brev av 18. januar 2012 svart:

"Konkrete merknader til rapporten

I Dokument 3:11 (2011-2012) Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helse-tjenesten, kap. 3, s. 6, nest siste avsnitt, er det anført: "Ved en fortsatt avvikling av sengeposter og reduksjon av liggedøgn i helseforetakene, spesielt i dedikerte rehabiliteringsavdelinger, er det risiko for at enkelte grupper som tidligere fikk et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, nå får et redusert tilbud. Risikoen vil være størst for pasienter i de kommunene som ikke har et vel-etablert rehabiliteringstilbud."

Det vises videre til kap. 3.2, andre avsnitt, der det er anført følgende: "Kommunens kapasitet og kompetanse påvirker hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten kan ivareta, og dermed også hvilke ansvar og hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten må ta."

Spesialisthelsetjenesten forutsettes ikke å ivareta kommunale oppgaver. Kommunene har ansvar for å yte tjenester på kommunalt nivå. I tilfeller der kommunene ikke har tilstrekkelig kapasitet og kompetanse, vil ikke dette forandre på ansvarsforholdene.

I hovedanalyserapporten er det vist til generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette er ikke et dokument som gir anbefaling fra sentrale helsemyndigheter. Det er også omtalt logopeder. Denne faggruppen er hjemlet i opplæringsloven, og er dermed ikke en del av helsetjenesten, selv om det kan ansettes logopeder i helseinstitusjoner dersom det anses hensiktsmessig.

Videre bør det på s. 58 i hovedanalyserapporten, fjerde avsnitt, stå: "De private institusjonene som har avtale med regionalt helseforetak, er en del av...".

I kap. 7.2 skriver Riksrevisjonen at Helsedirektoratet har utarbeidet en ny forskrift om habilitering og rehabilitering som skal ut på høring. Dette er feil. Forskrift om habilitering og rehabilitering er justert i forbindelse med arbeidet med ny helse- og omsorgstjenestelov. Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger både kommunen og spesialisthelsetjenesten ansvar for habilitering og rehabilitering. Spesialisthelsetjenestens ansvar er for tjenester på spesialisert nivå.

Riksrevisjonen skriver i overskrift til kap. 7.1 i hovedanalyserapporten: "Det har ikke vært en målbar styrking av rehabiliteringsfeltet". Senere i kapitlet bemerkes det at "det er vanskelig å konkludere når det gjelder spørsmålet om hvorvidt rehabiliteringen har blitt styrket, fordi det er mangler og usikkerhet i det tilgjengelige data-materialet på området". Departementet mener at overskriften ikke reflekterer innholdet i kapitlet. Overskriften bør derfor dempes, slik at den i større grad samsvarer med teksten i kapitlet.

Departementet forutsetter at spesialisthelsetjenesten vurderer hvordan en best kan yte spesialiserte tjenester innenfor rehabilitering til de som trenger det. Vurdering av rehabiliteringsbehov starter ofte i annen avdeling enn i avdeling for

fysikalsk medisin og rehabilitering, og samtidig med at en pasient er under medisinsk behandling. Også videre rehabilitering kan skje i andre avdelinger enn i avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering. Dette kan innebære at rehabiliteringsaktiviteten ikke blir registrert. Dette vil da påvirke antallet DRG-poeng, uten at dette er nødvendigvis gjenspeiler faktisk aktivitet. Videre er det i økende grad gitt polikliniske tilbud og tilbud om dagopphold når det gjelder habilitering og rehabilitering. Tilbud ved lærings- og mestrings-sentre er viktige i rehabiliteringssammenheng. Det ytes også ambulante tjenester.

Kommentarer til Riksrevisjonens bemerkninger

Riksrevisjonen viser til at andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, er redusert i perioden 2008-2010, samtidig som det er stor variasjon, både mellom helseforetak og mellom regionene, i andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp. Etter Riksrevisjonens vurdering er det ikke sannsynlig at variasjonene alene kan forklares med medisinsk skjønn og ulik pasientsammensetning. Videre skriver Riksrevisjonen at rehabiliteringspasienter i tillegg ikke får vurdert sin rettighet på nytt når rehabiliteringen er en del av et annet forløp, noe som medfører at det er uklarerhet rundt rettighetsstatusen til disse pasientene. Riksrevisjonen skriver at etter deres vurdering kan manglende rett og lange ventetider ha store konsekvenser for den enkeltes helse.

I de tilfeller rehabiliteringstilbudet er en integrert del av et sykehusopphold, vil rehabilitering starte parallelt med behandlingstilbudet, og være en del av vurderingen av rett til nødvendig helsehjelp som er gjort i forbindelse med behandling av det aktuelle helseproblemet.

I henhold til lov om pasient- og brukerrettigheter skal det vurderes om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp. Retten gjelder bare dersom pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen, og kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt. Pasienter som faller utenfor bestemmelsens kriterier skal også tilbys helsetjenester. De skal imidlertid prioriteres etter pasienter med rett til nødvendig helsehjelp. Helse- og omsorgsdepartementet har ingen dokumentasjon som viser at pasienter som har behov for tilbud innenfor habilitering og rehabilitering ikke er vurdert i henhold til kravene i lov om pasient- og brukerrettigheter, eller at det kan stilles spørsmål ved om de

vurderinger som er gjort ikke er i samsvar med forutsetningene i loven.

Etter Riksrevisjonens vurdering viser utviklingen i flere indikatorer at det har vært en reduksjon i kapasiteten knyttet til rehabilitering i helseforetakene og stiller spørsmål om hvordan departementet vil følge opp at de regionale helseforetakene ivaretar sitt sørge-for-ansvar, og at Riksrevisjonen forventer at området styrkes slik det er forutsatt av helse- og omsorgskomiteen.

Etter 2002 har det skjedd store strukturelle endringer i organiseringen av tjenestetilbudet. Innenfor spesialisthelsetjenesten gjøres mer av rehabiliteringstjenestene som dagopphold og i poliklinikk, og rehabilitering gjøres ofte som en integrert del av sykehusoppholdet. Samtidig har de regionale helseforetakene lagt vekt på å styrke kvaliteten i tilbudet som ytes av de private oppføringsinstitusjonene. Samlet sett medfører dette at det er vanskelig å beskrive og måle utviklingen i rehabiliteringstilbudet med det utvalget av indikatorer som Riksrevisjonen har lagt til grunn for sin rapport. Etter Helse- og omsorgsdepartementets vurdering er det derfor vanskelig å konkludere med hensyn til utvikling i rehabiliteringstilbudet slik Riksrevisjonen gjør.

I henhold til tall innhentet fra de regionale helseforetakene har midler til kjøp av tjenester i private oppførings- og rehabiliteringsinstitusjoner økt fra 995,8 mill. kroner i 2005 (siste år med finansiering fra trygden) til 1 489,7 mill. kroner i 2010 (inkl. forbruk av midler fra ordningen Raskere tilbake i tallene for 2007-2010).

En rapport fra beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten (BUS) viser en reduksjon i opphold for døgnrehabilitering, men økning i polikliniske opphold fra 2009 til 2010.

Dette innebærer at det er vanskelig å dokumentere om det har vært en reduksjon i kapasiteten knyttet til rehabilitering i helseforetakene. Det kan være grunn til å tro at de regionale helseforetakene i større grad enn tidligere yter tilbud til de pasienter som har behov for spesialiserte tjenester, og at en i større grad vurderer hvordan tilbudet skal gis, enten som dagopphold eller som døgnopphold, og i større grad vurderer døgnoppholdenes lengde i forhold til behov.

Helse- og omsorgsdepartementets formelle styring og oppfølging skjer i tråd med det styringssystemet som følger av helseforetaksloven

(Ot.prp. nr 66 (2000-2001) og Innst. O. nr. 118 (2000-2001)) og økonomireglementet i staten. De regionale helseforetakene har sørge-for-ansvaret for befolkningen og eier helseforetakene i regionen.

Departementets styring skjer innenfor de rammer og mål som Stortinget fastsetter gjennom budsjettvedtak (Prop. 1 S), lovgivning og nasjonal helse- og omsorgsplan (Meld. St. 16 (2010-2011) og Innst. 422 S (2010-2011)). I de årlige oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene stilles Stortingets bevilgninger til disposisjon, og departementet setter krav til pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Rapportering fra, og oppfølgingen av de regionale helseforetakene skjer gjennom årlig melding, årsregnskap og årsberetning, samt gjennom månedlig rapportering med påfølgende oppfølgingsmøter og utvidet rapportering hvert tertial. I årlig melding, som oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 15. mars hvert år, redegjøres det for virksomheten i det regionale helseforetaket og underliggende helseforetak foregående år, samt for gjennomføringen av de kravene departementet har stilt i oppdragsdokument og foretaksmøter. Denne rapporteringen utgjør et viktig grunnlag for departementets oppfølging. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet oppfølgingsmøter med de regionale helseforetakene. I oppfølgingsmøtene rapporteres det henholdsvis månedvis eller tertialvis på styringskravene stilt i oppdragsdokumentet og foretaksmøtene. Norsk pasientregister (NPR) og andre sentrale registre er viktige datakilder for departementets oppfølging, i tillegg til helseforetakenes egne data.

Riksrevisjonen skriver at dreining fra dedikerte avdelinger med egen fysikalsk medisinsk kompetanse til medisinske avdelinger som har rehabilitering integrert, medfører risiko for at den faglige utviklingen og kompetansen svekkes. Riksrevisjonen stiller spørsmål om hvordan Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene følger opp at fagmiljøer bevares, og om samarbeidet med kommunene ivaretas på en god måte.

Det er avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering ved en rekke helseforetak. I tillegg er det ved ulike helseforetak utviklet særskilte rehabiliteringstilbud til særskilte pasientgrupper og ambulante rehabiliteringsteam. Departementet stiller krav i oppdragsdokument, og de regionale

helseforetakene tar stilling til hvordan tilbudet innenfor rehabilitering skal organiseres.

Helse- og omsorgsdepartementets arbeider med en stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet, som etter planen skal ferdigstilles høsten 2012. Et av hovedtemaene i arbeidet med meldingen er hvordan man skal få til helhetlige og koordinerte tjenester.

Riksrevisjonen stiller spørsmål ved om Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i tilstrekkelig grad har prioritert arbeidet med utvikling av indikatorer som kan synliggjøre kapasitet og behov innen rehabilitering.

Det arbeides med videreutvikling av kvalitetsindikatorer. Helsedirektoratet har fra 2012 fått et lovpålagt ansvar for arbeidet med kvalitetsindikatorer.

Riksrevisjonen stiller spørsmål om i hvilken grad Helsedirektoratet har fulgt opp at det etableres synlige og robuste koordinerende enheter i alle kommuner.

Helsedirektoratet har over tid arbeidet intensivt med oppfølging av bestemmelsen om etablering av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) i både kommuner og helseforetak, jfr. §§ 8 og 13 i forskrift om habilitering og rehabilitering. Forut for dette var utvikling av gode koordinerende enheter tema i et av utviklingsprogrammene i regi av det nå nedlagte SKUR (Statens kunnskaps- og utviklingssenter for habilitering og rehabilitering).

I forbindelse med oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering har Helsedirektoratet tydeliggjort krav til funksjon og rolle for de koordinerende enhetene. Det er bl.a. laget en informasjonsbrosjyre om koordinerende enhet der det anbefales at systemansvaret med individuell plan legges til denne enheten. Det er også laget tipshefte som inneholder erfaringer fra praksisfeltet om nytten av gode koordinerende enheter i kommuner og helseforetak. I embetsoppdraget for 2009 ba departementet fylkesmanns-embetene om å følge opp og bistå kommunene i arbeidet med etablering av koordinerende enhet for re-/habilitering med særlig fokus på innhold og funksjon.

I 2008 gjennomførte Helsedirektoratet en nasjonal kartlegging av hvorvidt det var etablert koordinerende enhet i alle kommuner. Dette ble gjort i

samarbeid med fylkesmennene. Resultatet var at så godt som 100 pst. av kommunene oppga at de hadde etablert KE ved å angi en definert adresse til enheten. Helsedirektoratet erfarte imidlertid at det var svært store variasjoner i hvor funksjonen var lagt, og fant grunn til å undersøke nærmere hvorvidt enhetene som var oppgitt var operative og i samsvar med innholdskravene som forskriften pålegger. Dette ble fulgt opp i en ny undersøkelse i 2009. I tillegg ble fylkesmennene bedt om å følge opp arbeidet. Disse tiltakene hadde et særlig fokus på hvilken rolle og funksjon enhetene fylte. Undersøkelsen ble gjennomført som telefonintervju til 192 kommuner. I tillegg til funksjonskravene i forskriften var også føringene fra St.meld. nr. 21 (1998-99) "Ansvar og meistring", tatt med som sjekkpunkter. Fylkesmennene leverte særskilt rapportering om status for arbeidet med KE i juli 2009. Fylkesmennenes rapport bekreftet at det fortsatt var kommuner som ikke hadde etablert KE i samsvar med forskriftskravet. Det rapporteres nå på KE i KOSTRA. 77 pst. av kommunene har rapportert på KE i 2009 og 2010. Helsedirektoratet følger utviklingen.

Avslutningsvis vil departementet vise til at lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som trådte i kraft fra 2012, gir kommunene en plikt til å ha en koordinerende enhet. Dette var tidligere kun forankret i forskrift. Lovfestingen representerer en tydeliggjøring av plikten.

Riksrevisjonen stiller spørsmål om hva helsemyndighetene vil gjøre for å øke bruken av individuell plan.

Individuell plan er en rettighet og et godt verktøy for samhandling, og ved gjennomføringen av samhandlingsreformen vil individuell plan fortsatt bli fremmet som et viktig verktøy for samhandling.

I ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som trådte i kraft fra 2012, er ansvaret for å sørge for at individuell plan blir utarbeidet når brukeren har behov for tjenester både fra spesialisthelsetjenesten og kommunen lagt til kommunen. Dette medfører en mer tydelig ansvars plassering enn tidligere.

Det legges opp til en rekke aktiviteter for å styrke bruken av individuell plan, som utarbeidelsen av nytt veiledningsmaterieell og nye måter for å gjøre dette tilgjengelig sammen med gode eksempler og god praksis. Videre vil det legges til rette for etablering av elektroniske løsninger for individuelle planer.

Det vil fortsatt være fokus på individuell plan i forvaltning og fordeling av tilskuddsmidler. Det vil bli arbeidet med å etablere gode systemer for arbeidet med individuell plan i kommunene i henhold til bestemmelser i ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (§ 7-3) og § 6 i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator.

Utviklingen i bruk av individuell plan vil bli kartlagt gjennom registrering av relevante data i NPR, KOSTRA og IPLOS."

6 Riksrevisjonens uttalelse

Gjennom budsjettproposisjonene og den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering er det fra Stortinget stilt krav om at fagfeltet skal styrkes. Det er gjennom disse dokumentene formidlet at rehabilitering må bli det neste store satsningsområdet i helsetjenesten. Riksrevisjonen mener at informasjon om sengeplasser, ventetider, liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid er viktige mål å vurdere for utvikling i kapasitet og aktivitet knyttet til rehabilitering. Disse indikatorene viser at det ikke kan måles en styrking av rehabiliteringsfeltet i perioden 2005–2010 på nasjonalt nivå. Departementet viser til at det har skjedd store strukturelle endringer i organiseringen av rehabiliteringstilbudet, og mener at det er vanskelig å måle utviklingen i rehabiliteringstilbudet med de indikatorene som er lagt til grunn. Etter Riksrevisjonens mening er det behov for forbedrede rapporteringssystemer som synliggjør kapasiteten for rehabilitering.

De store variasjonene mellom helseforetak når det gjelder andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen fysikalsk medisin og rehabilitering, er etter Riksrevisjonens vurdering i en slik størrelsesorden at de ikke kan forklares med forskjell i medisinsk skjønn og ulik pasientsammensetning alene. Konsekvensene av de store variasjonene kan være at enkelte pasienter som skulle hatt rett til nødvendig helsehjelp, ikke blir prioritert.

Godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er viktig for at rehabiliteringspasienter skal kunne motta individuelt tilrettelagte og helhetlige tjenester. Å sikre god rehabiliteringskompetanse på begge nivå er nødvendig for å fremme godt samarbeid.

Kommunene opplever bedre veiledning og tettere samarbeid med avdelinger for fysikalsk medisin og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten enn med ordinære avdelinger som i mindre grad har oppmerksomhet rettet mot rehabilitering. Etter Riksrevisjonens oppfatning er det Helse- og omsorgsdepartementets ansvar å påse at de regionale helseforetakene sørger for at helseforetakene har god samhandling med kommunene slik at rehabiliteringspasienter får det helhetlige helse-tilbudet de har behov for.

Koordinerende enhet i kommunene har en viktig funksjon for å koordinere tjenestetilbudet mellom brukere og samarbeidspartnere. Enheten skal ha oversikt over kommunens og spesialisthelsetjenestens rehabiliteringstilbud, ha systemansvar for individuell plan og være kontaktpunkt for pasienten, pårørende, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. I mange kommuner er det en utfordring at koordinerende enhet blir etablert uten at enheten blir gitt egne ressurser. En femtedel av kommunene har ennå ikke etablert koordinerende enhet. Helse- og omsorgsdepartementet opplyser at Helsedirektoratet over tid har arbeidet intensivt med å følge opp bestemmelsen om etablering av

koordinerende enhet, og at det nå er et lovbestemt krav. Riksrevisjonen mener at det er viktig at Helse- og omsorgsdepartementet fortsatt følger opp arbeidet for å sikre at koordinerende enhet blir et effektivt samarbeidsverktøy.

Individuell plan er en pasientrettighet og et godt verktøy for samhandling om de helsetjenestene den enkelte pasient skal motta, inklusive rehabiliteringstjenester. Undersøkelsen viser at bare 17 prosent av rehabiliteringspasientene har individuell plan. Over halvparten av pasientene som ikke har individuell plan, er heller ikke blitt tilbudt en slik plan. Riksrevisjonen har merket seg at departementet har lagt opp til en rekke aktiviteter for å styrke bruken av individuell plan. Riksrevisjonen mener at arbeidet med økt bruk av individuell plan må styrkes ytterligere for at pasientene bedre skal kunne oppnå et helhetlig pasientforløp.

Helse- og omsorgsdepartementets konkrete merknader til rapporten er tatt hensyn til i endelig rapport.

Saken sendes Stortinget.

Vedtatt i Riksrevisjonens møte 1. februar 2012

Jørgen Kosmo

Arve Lønnum

Annelise Høegh

Per Jordal

Synnøve Brenden

Björg Selås

Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten

Vedlegg til Dokument 3:11 (2011–2012)

Innhold

Liste over forkortelser	23	4.3	I hvilken grad er rehabiliteringstjenestene planlagt med utgangspunkt i behov?	50	
Ordforklaringer	24	4.3.1	Identifiserte behov på regionalt nivå og helseforetaksnivå	51	
1 Innledning	25	4.3.2	I hvilken grad er behov beskrevet i kommunale planer?	52	
1.1	Bakgrunn	25			
1.2	Mål og problemstillinger	26			
2 Metodisk tilnærming og gjennomføring	27	5	I hvilken grad sikres rehabiliteringspasienter et helhetlig og koordinert tilbud i helsetjenesten?	53	
2.1	Statistiske data	27	5.1	I hvilken grad er rehabiliteringstjenestene koordinerte og individuelt tilpassede?	53
2.2	Spørreundersøkelser og brukerundersøkelse	27	5.1.1	Samarbeidsavtaler, ansvarsavklaring og rutiner for samarbeid	53
2.3	Dybdeundersøkelse i helseforetak og kommuner	28	5.1.2	Samarbeid om enkeltpasienter	55
2.4	Intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene	28	5.1.3	Brukermedvirkning	60
2.5	Dokumentanalyse	29	5.1.4	Individuell plan	62
3 Revisjonskriterier	30	5.1.5	Koordinerende enhet i kommunene	64	
3.1	Krav om utvikling av riktig kapasitet for rehabilitering i helsetjenesten	30	6	I hvilken grad følger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene opp de målene som er satt for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten?	67
3.2	Helhetlige og koordinerte tilbud i helsetjenesten for rehabiliteringspasienter	31	6.1	Departementets styring og oppfølging av rehabilitering i helsetjenesten	67
3.3	Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakenes oppfølging av mål for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten	33	6.1.1	Konkretisering av overordnede mål gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene	67
4 I hvilken grad har rehabiliterings tilbudet i helsetjenesten økt i samsvar med målene for området?	36	6.1.2	Konkretisering av de nasjonale målene til kommunene	69	
4.1	Omfanget av rehabiliteringstilbud i helsetjenesten	36	6.2	I hvilken grad ivaretar Helse- og omsorgsdepartementet sitt ansvar for å sikre tilstrekkelig styringsinformasjon når det gjelder rehabilitering?	70
4.1.1	Omfanget av rehabiliteringstilbud i helseforetakene	36	7	Vurderinger	73
4.1.2	Omfanget av rehabiliteringstilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene	40	7.1	Det har ikke vært mulig å måle en styrking av rehabiliteringsfeltet	73
4.1.3	Rettighetstildeling og ventetid	41	7.2	Bedre kompetanse, bedre samarbeid og mer avklarte ansvarsforhold vil kunne gi bedre rehabilitering	74
4.2	I hvilken grad er det tilgang på rehabilitering i kommunehelsetjenesten?	45	7.3	Pasientene opplever god brukermedvirkning og nytte av individuell plan	76
4.2.1	Tilgang på rehabilitering i kommunene	45	7.4	Manglende styringsdata vanskeliggjør helhetlig styring og oppfølging	77
4.2.2	Tilrettelegging av rehabiliterings tilbudet i kommunene	48	Referanseliste	78	
4.2.3	Organisering og prioritering av rehabilitering i kommunene	49			

Tabelloversikt

Tabell 1	Sengekapasitet for rehabiliteringspasienter i rehabiliteringsavdelinger, ordinære avdelinger og private sykehus, døgn- og dagpost	37
Tabell 2	Liggedøgn i rehabiliteringsavdelinger og ordinære avdelinger, døgn- og dagpost	38
Tabell 3	Antallet opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner, etter region	40
Tabell 4	Antallet oppholds-døgn i private rehabiliteringsinstitusjoner, etter region	40
Tabell 5	Andelen rettighetspasienter etter region, fysikalsk medisin og rehabilitering	42
Tabell 6	Ventetid innen fysikalsk medisin og rehabilitering, etter region og rettighetstildeling	43
Tabell 7	Korteste og lengste ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering etter region, pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	43
Tabell 8	Årsverk av fysioterapeuter som arbeider med diagnose, behandling og rehabilitering, etter avtaleform	47
Tabell 9	Årsverk av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten	48
Tabell 10	Årsaker til at kommunene ikke deltar i utskrivingsprosessen. Flervalgsspørsmål	59
Tabell 11	Årsaker til at pasienten ikke har en individuell plan. Flervalgsspørsmål	62

Figuroversikt

Figur 1	Forløp med og uten rehabilitering for pasienter med henholdsvis akutte og kroniske lidelser	26
Figur 2	Utvikling i antallet DRG-poeng etter helseregion	36
Figur 3	Prioritering av rehabilitering i helseforetakene	39
Figur 4	Tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene for pasienter med de ulike behovene som kommer fram i figuren	41
Figur 5	Fastlegenes oppfatning av konsekvensene av ventetid for deres pasienter	44
Figur 6	Hvilke rehabiliteringstilbud har kommunen som gis i institusjon?	45
Figur 7	I hvilken grad kan kommunen tilby rehabiliteringstjenester utenfor institusjon?	46

Figur 8	I hvilken grad har kommunehelsetjenesten tilrettelagte tilbud for henholdsvis eldre og yngre pasienter med sammensatte rehabiliteringsbehov?	49
Figur 9	Det er enighet mellom avdelingen og kommunene om hvilke rehabiliteringstjenester kommunen skal ha ansvar for, og hvilke rehabiliteringstjenester spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for	54
Figur 10	Helsemyndighetene er tydelig på hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar, og hva som er kommunehelsetjenestens ansvar	55
Figur 11	Når sender institusjonen/avdelingen vanligvis den første meldingen til kommunen om innlagte pasienter som vil ha behov for videre rehabilitering i kommunen?	57
Figur 12	Type informasjon som sendes fra rehabiliteringsavdelinger og private institusjoner, og type informasjon som mottas i kommunene i forbindelse med utskrivning av rehabiliteringspasienter	58
Figur 13	Gjennomføres det møter mellom avdelingen/institusjonen og kommunene i forkant av utskrivningen av pasienter som trenger videre rehabilitering i kommunen?	58
Figur 14	Pasientenes erfaringer med brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten	60
Figur 15	Informasjon fra sykehuspersonalet	61
Figur 16	Pasientenes tilfredshet med individuell plan	64
Figur 17	Pasientenes tilfredshet med sin personlige koordinator	65
Figur 18	Oppgaver tillagt koordinerende enhet	66

Faktaboksoversikt

Faktaboks 1	Definisjon av ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet og forventet nytte av helsehjelpen	30
Faktaboks 2	Eksempel på felles retningslinjer for utskrivning av pasienter som trenger kommunale pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester	54
Faktaboks 3	Krav til innhold i individuelle planer	62
Faktaboks 4	Oppbygning av kodeverk i spesialisthelsetjenesten	70

Liste over forkortelser

ADL	Trening i dagliglivets aktiviteter
DRG	Diagnoserelaterte grupper
HF	Helseforetak
HRRP	Habilitering, Rehabilitering, Rus og Psykiatri
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IP	Individuell plan
IPLOS	Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene
ISF	Innsatsstyrt finansiering
KOSTRA	KOmmune-STat-RApportering
NASS	Nordic Assessment Score
NCMP	Norsk klassifikasjon av medisinske prosedyrer
NCSP	Norsk klassifikasjon av kirurgiske prosedyrer
NPR	Norsk pasientregister
RHF	Regionalt helseforetak
SSB	Statistisk sentralbyrå
WHO	Verdens helseorganisasjon

Ordforklaringer

DRG:	Diagnoserelaterte grupper: et pasientklassifiseringssystem som gir en forenklet beskrivelse av pasientbehandlingen ved å klassifisere sykehusopphold i et begrenset antall grupper.
DRG-poeng:	Sykehusopphold som er gruppert i DRG-systemet, tildeles en vekt som angir den gjennomsnittlige ressursbruken for gruppen oppholdet tilhører. Vekten måles i DRG-poeng.
Individuell plan:	En plan som utarbeides med utgangspunkt i brukerens mål og i samarbeid med helsetjenesten og andre etater brukeren trenger hjelp eller tiltak fra. En individuell plan kan beskrive hvilke tjenester brukeren mottar, hvem som har ansvar for tjenestene, og hvilke mål som skal styre tjenestene.
ISF:	Innsatsstyrt finansiering. Gjennom ISF gjøres deler av budsjettet til de regionale helseforetakene avhengig av omfanget og innretningen av pasientbehandlingen.
Kronisk lidelse:	Med kroniker forstås en person som har funksjonssvikt som følge av medfødte, kroniske sykdommer og tilstander, eller funksjonstap som følge av sykdom eller skade som har oppstått senere i livet.
Pleiefaktor:	Forholdet mellom omfang av tilbud og tilgang på pleiepersonell.
Progridierende lidelse:	En medfødt kronisk sykdom eller lidelse som forverres.
Rettighetspasient:	En pasient som er vurdert til å ha "rett til nødvendig helsehjelp". Rettigheten medfører at det settes en frist for når det senest er medisinsk forsvarlig at behandlingen skal starte.
Traume:	En skade på kroppen som er av enten fysisk eller psykisk karakter.
Ambulante team:	En modell der spesialisthelsetjenesten bistår i behandlingsopplegget til pasienter i deres eget hjem eller ved institusjon i samarbeid med primærhelsetjenesten.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Behovet for rehabiliteringstjenester er økende.¹ Flere pasienter overlever alvorlige skader og sykdommer, og personer med kroniske lidelser lever lenger som følge av moderne medisinsk behandling. Antallet eldre i befolkningen er samtidig økende. Manglende rehabiliteringskapasitet i helsetjenesten medfører risiko for at mange pasienter ikke får nødvendig rehabilitering.

Å ha tilgang til rehabiliteringstjenester av god kvalitet til rett tid har stor betydning for samfunnet ved at deltakelsen i samfunnslivet og arbeidslivet øker, og livskvaliteten for den enkelte bedres. En samlet helse- og omsorgskomite har i Innst. 11 S (2009–2010) pekt på at god rehabilitering og opptrening vil gi solide gevinster for samfunnet.

Totalt kostnader til rehabilitering er ikke synliggjort i budsjetter fordi rehabiliteringsaktivitet foregår på forskjellige arenaer og blir belastet flere budsjettposter. Det er derfor vanskelig å tallfeste hvor stor del av kostnadene i helsetjenesten som går med til rehabilitering. Virksomheten finansieres primært over basisbevilgningen til de regionale helseforetakene og ved overføringer til kommunene. Noe av virksomheten i helseforetakene er finansiert gjennom den innsatsstyrte finansieringen (ISF).

For å være sikret en helhetlig og sammenhengende rehabiliteringstjeneste er den enkelte rehabiliteringspasient avhengig av et godt samarbeid mellom tjenesteyterne. Det avspeiles i definisjonen av rehabilitering, jf. forskrift om habilitering og rehabilitering § 2: "Rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet." For at målene skal kunne nås, forutsettes det at tjenesteyterne i kommune- og spesialisthelsetjenesten samarbeider slik at rehabiliteringsforløpet blir tilpasset behovet for rehabilitering hos den enkelte. Uklare ansvarsforhold og mangler i systemene for samhandling

medfører risiko for svikt i den enkelte pasients rehabiliteringsforløp.

I kapittel 9.4 i den nasjonale strategien for habiliterings- og rehabiliteringstjenester er det satt opp en forenklet inndeling av personer som trenger slike tjenester:

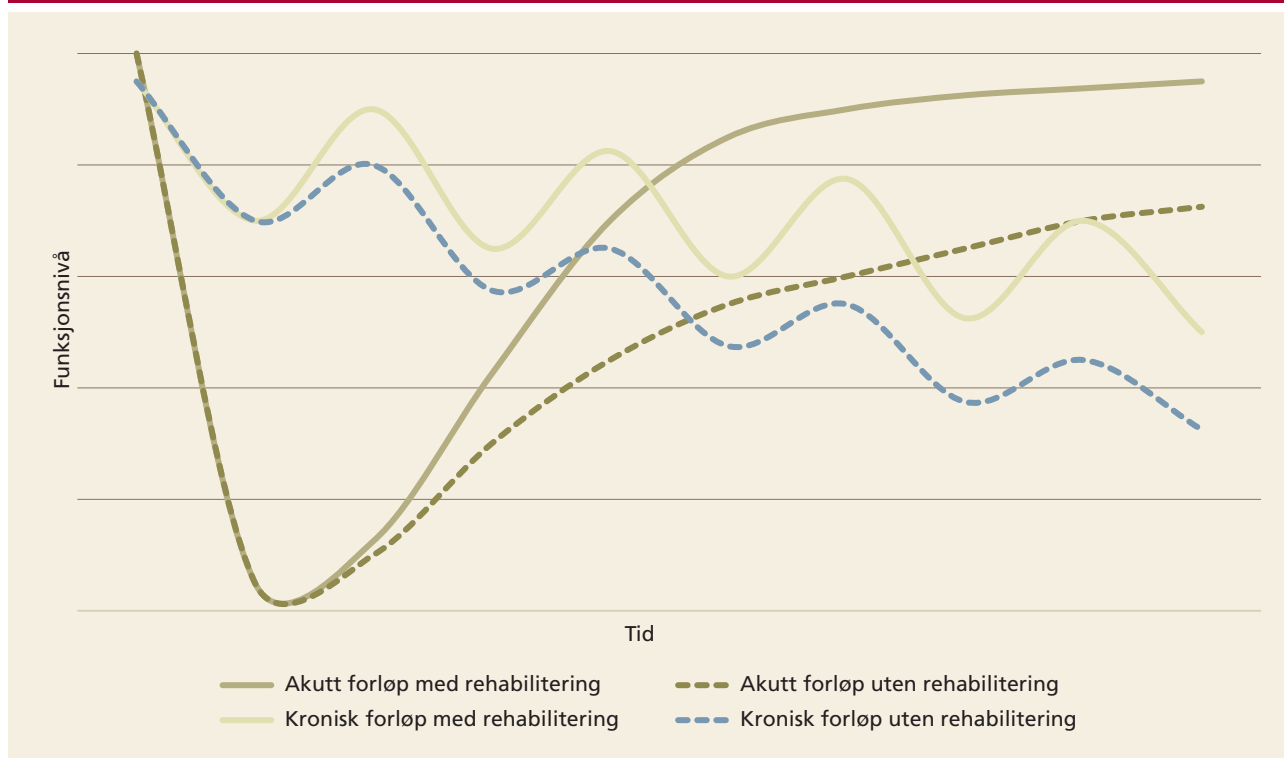
- Personer med medfødt eller tidlig ervervet tilstand som medfører varig funksjonsnedsettelse. Eksempler på slike tilstander er: autisme, cerebral parese.
- Personer med sykdom eller skade som har oppstått akutt, og som gir langvarig eller varig funksjonsnedsettelse. Eksempler på slike tilstander er: multitraume, ryggmargsskader, brannskader, hjerneslag, amputasjoner.
- Personer med medfødte og/eller kroniske tilstander med varierende eller tiltakende funksjonsnedsettelse. Eksempler på slike tilstander er: lungesykdommer, MS, nevrologiske og revmatiske sykdommer.
- Personer med akutte sykdommer og skader som kan behandles og rehabiliteres slik at tidligere funksjonsnivå gjenvinnes. Eksempler på slike



Kilde: Colourbox

1) St.prp. nr. 1 (2007–2008), Helse- og omsorgsdepartementet, side 311.

Figur 1 Forløp med og uten rehabilitering for pasienter med henholdsvis akutte og kroniske lidelser



Kilde: Riksrevisjonen

pasienter er: de som har operert inn hofteprotese pga. slitasjegikt, enkelte hjerteopererte og personer med visse former for kreft.

Helsetjenestens bidrag kan tydeliggjøres gjennom illustrasjonen i figur 1², som viser hvordan to typiske rehabiliteringsforløp kan arte seg avhengig av hvilken skade eller sykdom pasienten har.

Figur 1 gir en illustrasjon av betydningen av rehabiliteringstiltak i helsetjenesten. De heltrukne linjene viser utvikling i funksjonsnivå når det ytes rehabiliteringstiltak i helsetjenesten for henholdsvis pasienter med akutte og kroniske forløp. De stiplede linjene viser utvikling i funksjonsnivå uten rehabiliteringstiltak i helsetjenesten. Videre gir figuren en illustrasjon av at det er stor variasjon med tanke på pasientforløp, varighet av rehabiliteringstiltak, utgangspunkt for rehabilitering og intensitet i tiltakene som ytes. For å oppnå gode rehabiliteringstjenester er det også viktig med tiltak fra andre tjenesteytere enn helsetjenesten, og innenfor andre dimensjoner enn funksjonsnivå.

Helse- og omsorgskomiteen har over flere år pekt på at rehabilitering og opptrening gir solide gevinster for samfunnet og den enkelte pasient, og reduserer behovet for nye sykehusopphold.

2) Dette er en forenkling basert på illustrasjoner i Helse Vest sin rehabiliteringsplan.

Tidlig avdekking av funksjonssvikt og umiddelbar igangsetting av habiliterings- og rehabiliteringstiltak i kommunen kan bedre den enkeltes funksjon og mestring, redusere eller utsette sykemelding og redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester, institusjonsplasser eller spesialisthelsetjenester.

1.2 Mål og problemstillinger

Målet med undersøkelsen er å vurdere i hvilken grad myndighetene ivaretar sitt overordnede ansvar for å sikre prioritering av rehabilitering i helsetjenesten i tråd med Stortingets vedtak og forutsetninger.

Undersøkelsen vil belyse følgende problemstillinger:

- 1 I hvilken grad har rehabiliteringstilbudet i helsetjenesten økt i samsvar med målene for området?
- 2 I hvilken grad sikres rehabiliteringspasienter et helhetlig og koordinert tilbud i helse-tjenesten?
- 3 I hvilken grad følger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene opp de målene som er satt for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten?

2 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Problemstillingene er belyst ved statistiske data, spørreundersøkelser, dybdeundersøkelse, intervjuer og dokumentanalyser. Det er innhentet data for perioden 2005–2010. Det er gjennomført en brukerundersøkelse på et utvalg pasienter som har mottatt rehabilitering. I arbeidet med datainnsamlingen og analysen er en fokusgruppe bestående av fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, forskningsmiljø, forbund og en brukerrepresentant konsultert. Fokusgruppen har blitt trukket inn i arbeidet med valg av respondenter til spørreundersøkelsene og valg av populasjon til brukerundersøkelsen og i forberedelsene til dybdeundersøkelsen. Fokusgruppen har videre gitt innspill på funn fra spørreundersøkelsene og dybdeundersøkelsen.

2.1 Statistiske data

Det er innhentet statistiske data som belyser utvikling i og omfang av aktivitet og ressurser knyttet til rehabilitering i helseforetakene og kommunene, fra henholdsvis Norsk pasientregister (NPR) og Statistisk sentralbyrå (SSB). For å komplettere data fra NPR er det innhentet informasjon om rehabiliteringsaktivitet direkte fra helseforetakene.

Det er innhentet informasjon om helseforetakenes produksjon av DRG-poeng knyttet til rehabilitering.³ Det er videre innhentet informasjon om ventetid og pasientrettigheter for pasienter som er henvist til fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering. De private rehabiliteringsinstitusjonene rapporterer særskilt til NPR. Det er innhentet informasjon om antallet opphold, oppholdsøgn og ventetid i institusjonene. For å få et bredere bilde av aktiviteten og kapasiteten som er knyttet til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, er det innhentet informasjon fra helseforetakene. Helseforetakene er bedt om å rapportere om kapasitet, målt i plasser på sengepost og årsverk, og aktivitet, målt i liggedøgn, dagopphold, polikliniske konsultasjoner, ambulant virksomhet og dessuten ventetid. Totalt er det innhentet informasjon fra 38⁴ rehabiliteringsavdelinger ved 19 helseforetak, samt informasjon om rehabilitering

i ordinære avdelinger med et definert (øremerket) rehabiliteringstilbud ved 10 helseforetak. Det er videre innhentet informasjon om aktivitet og kapasitet knyttet til private sykehus som har driftsavtale med Helse Vest og Helse Sør-Øst.

For seks rehabiliteringsavdelinger har det ikke vært mulig å innhente informasjon for alle relevante aktivitetsindikatorer for alle årene tilbake til 2005. For årene der det mangler informasjon, er aktiviteten beregnet som et gjennomsnitt av øvrige år, korrigert for kjente endringer i kapasitet. Det medfører at det er noe usikkerhet knyttet til tallene for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner.

KOMMUNE-STAT-RApportering (KOSTRA-data) for kommunene er innhentet for å belyse kapasitetsutvikling, forekomst av samarbeidsavtaler og koordinerende enhet og dessuten bruk av individuell plan. Kapasitetsutvikling er belyst gjennom informasjon fra KOSTRA om plasser i institusjon som er avsatt til rehabilitering, samlet antall fysioterapiårsverk og fysioterapiårsverk knyttet til diagnose, behandling og rehabilitering, og ergoterapiårsverk knyttet til kommunehelsetjenesten og kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

2.2 Spørreundersøkelser og brukerundersøkelse

Det er i løpet av høsten 2010 og våren 2011 gjennomført fire spørreundersøkelser, til henholdsvis 37 avdelinger, som primært arbeider med rehabilitering i helseforetakene, 43 private rehabiliteringsinstitusjoner, alle landets kommuner (inkludert bydelene i Oslo) og et utvalg på 1000 fastleger. Spørreundersøkelsene til rehabiliteringsavdelingene og kommunene belyser kapasiteten i rehabiliteringstjenestene, prioriteringen av rehabilitering, samarbeidet mellom aktører i helse-tjenesten og bruken av individuell plan. Spørreundersøkelsen til kommunene belyser i tillegg om det er etablert en koordinerende enhet i kommunene, og hvilke oppgaver som er lagt til denne. Spørreundersøkelsen til de private rehabiliteringsinstitusjonene belyser innholdet i rehabiliteringstilbud som blir gitt, i tillegg til krav som blir stilt i ytelsesavtaler fra de regionale helseforetakene, og hvordan de regionale helseforetakenes følger opp

3) Se kapittel 6.2 for en nærmere beskrivelse av DRG-poeng.

4) Sunnaas sykehus HF har levert informasjon for sine avdelinger samlet.

avtalene. Spørreundersøkelsen til fastlegene belyser fastlegenes erfaringer med hvordan rehabiliteringstilbud i spesialist- og kommunehelsetjenesten er tilpasset deres pasienter.

Undersøkelsene til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og de private institusjonene oppnådde en svarprosent på henholdsvis 95 og 96. Når det gjelder spørreundersøkelsen til kommunene, er svarprosenten på 82. En frafallsanalyse viser at svarprosenten er noe lavere for de minste kommunene. Frafallsanalysen viser imidlertid at denne skjevheten i meget liten grad påvirker resultatene. Svarene fra kommuneundersøkelsen må tolkes innenfor feilmarginer opptil pluss-minus 2,2 prosent, gitt et konfidensintervall på 95 prosent.

496 fastleger besvarte undersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 50. Svarene fra fastlegeundersøkelsen må tolkes innenfor feilmarginer opptil pluss-minus 4,1 prosent, gitt et konfidensintervall på 95 prosent.

For å belyse pasienters erfaringer med rehabilitering i helsetjenesten er det gjennomført en brukerundersøkelse.⁵ Pasientene har fått spørsmål om rehabiliteringsoppholdet på sykehuset, rehabiliteringstiltak i og oppfølging av kommunehelsetjenesten og fastlegen. I tillegg har pasientene fått spørsmål om nytten av individuell plan og personlig koordinator. Undersøkelsen ble sendt til 2200 pasienter i mai 2011. Pasientene er trukket fra Norsk pasientregister (NPR) blant dem som enten har hatt et rehabiliteringsopphold på minst tre dager eller har hatt en serie med minst tre opphold og med utskrivingsdato for siste opphold i løpet av perioden oktober til desember 2010.

Totalt besvarte 1072 pasienter undersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 50. Frafallsanalysen viser at det er enkelte skjevheter⁶ i svarfordelingen, men at disse i liten grad påvirker resultatene på nasjonalt nivå. Svarene fra brukerundersøkelsen må tolkes innenfor feilmarginer opptil pluss-minus 3 prosent, gitt et konfidensintervall på 95 prosent.

5) Brukerundersøkelsen er kun sendt til personer som har mottatt et rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, og er derfor ikke representativ for alle rehabiliteringspasienter, eksempelvis pasienter som behandles i sykehus, men hvor rehabiliteringen kun foregår i kommunen.

6) Svarprosenten er høyere blant pasienter mellom 50 og 80 år, høyere blant pasienter som har hatt et planlagt opphold og lavere blant pasienter bosatt i Nord-Norge.

2.3 Dybdeundersøkelse i helseforetak og kommuner

Det er i perioden februar til april 2011 gjennomført en dybdeundersøkelse av fire helseforetak og åtte kommuner. For hvert helseforetak er det valgt to tilhørende kommuner. Formålet med dybdeundersøkelsen er å belyse hvordan helseforetak og kommuner samhandler for å sikre helhetlige og individuelt tilrettelagte rehabiliteringsforløp.

Med bakgrunn i tall fra NPR er det valgt ut to helseforetak der det har vært en reduksjon i rehabiliteringsaktiviteten, og to helseforetak der det har vært en økning i denne aktiviteten. De fire helseforetakene som er valgt, er Helse Bergen HF, Nordlandssykehuset HF, Sørlandet sykehus HF og Helse Stavanger HF. Kommunene er valgt ut på bakgrunn av svarene i spørreundersøkelsen. Det er lagt vekt på å velge kommuner som er ulike når det gjelder organisering av rehabiliteringsvirksomheten, kommunestørrelse og avstand til helseforetaket. Hensikten er å belyse om det er gjennomgående egenskaper ved kommunene som påvirker samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten.

I dybdeundersøkelsen er det gjennomført intervjuer med ansatte og ledere som arbeider med rehabilitering i kommuner og helseforetak. I helseforetakene er i tillegg administrerende direktør intervjuet, og i kommunene er det gjort intervjuer på rådmannsnivå. Det er også gjennomført intervjuer med leder av koordinerende enhet i de kommunene som har en slik enhet. Alle referatene fra intervjuene er verifisert av intervjuobjektene. I helseforetakene og kommunene er det innhentet rehabiliteringsplaner, samarbeidsavtaler, beskrivelser av rutiner og dessuten maler for bruk av eksempelvis individuell plan.

2.4 Intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene

For å belyse hvordan rehabilitering planlegges, prioriteres, styres og utvikles på nasjonalt og regionalt nivå, er det gjennomført intervjuer med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og de fire regionale helseforetakene i løpet av våren og sommeren 2011. Helsedirektoratet er også spurt om arbeid med utvikling av nasjonal statistikk og kodeverk knyttet til rehabilitering. Videre har det vært viktig å få innsikt i de faglige føringene direktoratet har gitt på området.



Kilde: Colourbox

Fra Helse- og omsorgsdepartementet ble underdirektør og seniorrådgiver med ansvar for rehabilitering intervjuet. Fra Helsedirektoratet ble avdelingsdirektører, seniorrådgivere og rådgiver med ansvar for rehabilitering, finansiering, NPR og DRG intervjuet. Fra de regionale helseforetakene ble det gjennomført intervju med direktører, fagsjefer og rådgivere med kompetanse på og ansvar for rehabiliteringsområdet.

2.5 Dokumentanalyse

For å belyse styringsdialogen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene er oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og rapporteringen i årlig melding for perioden 2008–2010 analysert. For å belyse hvordan overordnede mål er formidlet til kommunene, er det gjennomført en analyse av de årlige rundskrivene fra Helsedirektoratet i samme periode.

Det er gjennomført en analyse av de regionale planene for rehabilitering for å belyse hvilke mål de regionale helseforetakene har satt for rehabiliteringsvirksomheten. For å belyse hvilke krav som er satt til rehabiliteringstilbudet i de private institusjonene, er inngåtte kontrakter og ytelsesavtaler gjennomgått. Regelverket for innsatsstyrt finansiering er gjennomgått for å belyse utviklingen i kodeverk og statistikk.

3 Revisjonskriterier

3.1 Krav om utvikling av riktig kapasitet for rehabilitering i helsetjenesten

Krav til kapasitet og behov for rehabilitering

I budsjettproposisjonen for Helse- og omsorgsdepartementet for 2008 pekes det på at det må settes inn tilstrekkelige ressurser på habiliterings- og rehabiliteringsområdet slik at det etableres riktig kapasitet for tjenestene. Det er også av betydning hvordan habiliterings- og rehabiliteringstjenestene prioriteres i den samlede ressursbruken i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Helse- og omsorgskomiteen har påpekt at det er svært viktig å sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. En samlet komité har uttalt at habilitering og rehabilitering må bli det neste store satsingsområdet i helsesektoren, jf. Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008–2009).

I behandlingen av St.meld. nr. 21 (1998–1999) *Ansvar og meistring* sluttet sosialkomiteen seg til at målet må være å sikre likeverdige tilbud til alle mennesker med rehabiliteringsbehov, og komiteen så det som viktig at det gis rom for både langvarige og kortvarige tiltak ut fra den enkeltes behov og livssituasjon, jf. Innst. S. nr. 178 (1998–99).

Krav til tilgjengelighet og prioritering

God tilgjengelighet til helsetjenester er en helsepolitisk målsetting. I et aktivitetsbasert finansieringssystem er det risiko for at utilsiktede effekter kan oppstå. Det er et ledelsesansvar å etablere interne styrings- og oppfølgingssystemer som hindrer at økonomisk press på sykehusene får uønskede følger, slik som at tjenestenes kvalitet blir skadelidende, eller at enkelte pasientgrupper blir nedprioritert.

Tilgjengelige og likeverdige tjenester er et overordnet mål for helsetjenesten. Pasienter har gjennom pasientrettighetsloven fått rettigheter overfor helsetjenesten ved at det er etablert en lovfestet rett til nødvendig helsehjelp. Loven skal sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet og bidra til fordelingsrettferdighet. Det betyr at både helsepersonellet og det ansvarlige organet for helsetjenesten skal være forpliktet til at hele befolkningen skal sikres helsehjelp, inkludert rehabilitering.

Prioriteringsforskriften § 2 presiserer når en pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

- 1 pasienten har et visst prognosetap med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes, og
- 2 pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og
- 3 de forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt

Faktaboks 1 Definisjon av ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet og forventet nytte av helsehjelpen

Med *ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet* menes at pasientens livskvalitet uten behandling merkbart reduseres som følge av smerte eller lidelse.

Med *forventet nytte av helsehjelpen* menes at det foreligger god dokumentasjon for at aktiv medisinsk eller tverrfaglig spesialisert behandling kan bedre pasientens livslengde eller livskvalitet med en viss varighet, at tilstanden kan forverres uten behandling, eller at behandlingsmuligheter forspilles ved utsettelse av behandlingen.

Kilde: Merknad til § 2 i prioriteringsforskriften

Helsedirektoratet har i rundskriv utdypet begrepet helsehjelp til også å være handlinger som har helsebevarende og ikke kun helbredende formål. Formålet med handlingen kan være rehabilitering i form av gjenoppretting av tapte funksjoner etter sykdom eller skade.⁷

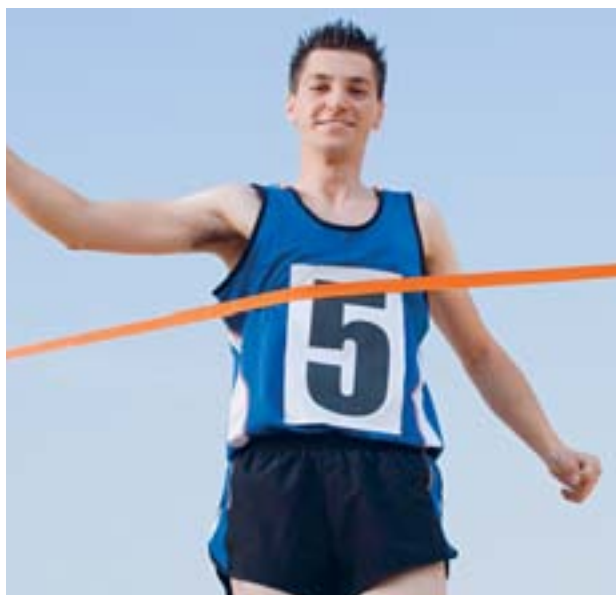
God tilgjengelighet til og befolkningens rett til nødvendig helsehjelp er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven. Loven angir videre en minstandard for forsvarlig helsehjelp.

Planlegging av tjenestetilbud

I behandlingen av lov om helseforetak framkom det at det at virksomhetene i spesialisthelsetjenesten er organisert som foretak, ikke innebærer at disse virksomhetene fristilles når det gjelder helsepolitiske mål.⁸ Tvert imot legger modellen til rette for å tydeliggjøre det politisk

7) IS 12/2004, rundskriv fra Helsedirektoratet vedrørende lov om pasientrettigheter, side 9.

8) Innst. O. nr. 118 (2000–2001).



Kilde: Colourbox

fastsatte oppdraget foretakene skal ivareta. Ved fastsetting av vedtekter, budsjetter og planer for foretakene må det legges vekt på å sikre at helsepolitiske prioriteringer blir ivaretatt. Dette vil blant annet gjelde oppgaver som er vanskelig å fremme gjennom juridiske virkemidler og finansieringsordninger, fordi de ikke er direkte kvantifiserbare. Komiteens flertall har i denne sammenheng blant annet pekt på rehabilitering.

De regionale helseforetakene skal hvert år i forbindelse med årlig melding utarbeide en plan for virksomheten de kommende år.⁹ Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av planen.¹⁰ Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester, og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter. I forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten framkommer det at internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten, jf. § 4 bokstav e.¹¹

Gjennom kommunehelsetjenesteloven plikter kommunene til enhver tid å ha en oversikt over helsetilstanden til kommunens innbyggere og de faktorene som kan virke inn på denne. I behandlingen av stortingsmeldingen om rehabilitering i 1998 bemerket komiteen at dersom kommunene

skal kunne gi sine innbyggere gode rehabiliterings-tilbud, så setter dette store krav til en god planlegging.¹² I forskrift om habilitering og rehabilitering er det presisert at kommunen og det regionale helseforetaket skal legge forholdene til rette slik at personell i henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som personellet blir kjent med i tjenesten.

Kommunehelsetjenesteloven § 1-4 sier: "Kommunens helsetjeneste skal til enhver tid ha oversikt over helsetilstanden i kommunen og de faktorer som virker inn på denne." I forskrift om habilitering og rehabilitering står det i § 7 at "kommunen skal ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen". Kommunen skal ha en generell oversikt over folkehelsen i kommunen, og med generell oversikt menes at oversikten skal være så presis at den kan være et planleggingsverktøy for kommunen slik at formålet med forskrift om habilitering og rehabilitering kan oppfylles.¹³

3.2 Helhetlige og koordinerte tilbud i helsetjenesten for rehabiliteringspasienter

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for å sikre nødvendige helse- og omsorgstjenester til hele befolkningen. Gjennom spesialisthelsetjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven gis henholdsvis staten og kommunene ansvar for at innbyggerne gis nødvendige helsetjenester.

Krav til helhetlige helsetjenester og samhandling mellom tjenesteaktører

Rehabilitering er for mange pasienter en prosess som krever at flere tjenesteytere samarbeider for at pasienten skal oppleve å få et helhetlig og koordinert tilbud. Helseforetaksloven § 41 pålegger helseforetakene å samarbeide med andre når et slikt samarbeid er egnet til å fremme de oppgavene og målsettingene foretaket skal ivareta. I forarbeidene til loven framgår det at ansvaret for samarbeid også omfatter å etablere gode samarbeidsrelasjoner til primærhelsetjenesten og å arbeide for at behandlingsskjeden totalt sett blir av tilstrekkelig god kvalitet, jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001). Kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å samarbeide med regionalt helseforetak og stat slik at helsetjenesten i landet best kan virke som én enhet.

9) Jf. Helseforetaksloven § 34 andre ledd andre punktum.

10) § 35.

11) FOR 2002-12-20 nr. 1731.

12) Innst. S. nr. 178 (1998–99) om ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.

13) Merknad til forskrift.

Krav til samhandling er ytterligere påpekt i spesialisthelsetjenesteloven ved at helsepersonell pålegges å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at kommunehelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift, jf. § 6-3. De regionale helseforetakene er ved forskrift om habilitering og rehabilitering i § 16 pålagt å gi råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere. Videre skal spesialisthelsetjenesten samarbeide med kommunen om opplegg for enkeltbrukere, og med andre etater når det er nødvendig for utredning, tilrettelegging og gjennomføring av tilbudet til den enkelte. I Innst. O. nr. 65 (1998–99) om lov om spesialisthelsetjenesten peker komiteen på at behovet for veiledning fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten vil øke med den medisinske utviklingen.

Forskrift om habilitering og rehabilitering pålegger kommunene og spesialisthelsetjenesten å ha en koordinerende enhet, jf. §§ 8 og 13, og i 2001 ble det vedtatt at alle kommuner skal ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunen. Den koordinerende enheten skal være synlig og lett tilgjengelig for brukere og samarbeidspartnere. Samhandling framstår som en av hovedoppgavene til den koordinerende enheten. Enheten skal være et gjensidig kontaktpunkt mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten skal ha en generell oversikt over rehabiliteringstiltak i egen helseregion, og ha oversikt over og nødvendig kontakt med rehabiliteringstjenesten i kommunehelsetjenesten.

Nasjonal rammeavtale for samhandling på helse- og omsorgsområdet ble undertegnet i juni 2007. Målet for rammeavtalen er blant annet å sikre brukere et helhetlig og sammenhengende tjenestetilbud. Avtalen skal videre understøtte inngåelse av lokale samhandlingsavtaler som skal bidra til bedre samarbeid om pasienter og brukere som trenger både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester. For å sikre gode overganger mellom tjenestenivåene er det avgjørende at begge parter deltar i samarbeidet også etter at pasienten er henholdsvis inn- og utskrevet. I rammeavtalen er det framhevet at ett av områdene hvor det er behov for samhandling, er området habilitering og rehabilitering. Viktigheten av at lokale avtaler forankres i kommunestyret og styrende organer i helseforetaket, er understreket i veiledningen til rammeavtalen.

Krav til brukermedvirkning og individuelt tilpassede tjenester

Brukerretting og brukermedvirkning har vært sentralt i den helsepolitiske utviklingen det siste tiåret. Gjennom etablering av pasientrettigheter har pasienten kommet stadig mer i sentrum, og pasientens posisjon og innflytelse overfor helse-tjenesten økes. Flertallet i helse- og sosialkomiteen har merket seg at SINTEF Helse i en undersøkelse for KS har funnet at eldre som mottar tjenester, og deres pårørende, stort sett er fornøyd med eldreomsorgen.¹⁴ Flertallet mener det er viktig med slike undersøkelser om brukertilfredshet og andre fakta om de ulike tjenestene. Det vil bidra til at det kritiske søkelyset på kvalitet kan baseres på fakta. Gode muligheter til å sammenligne kommunene vil være viktige drivkrefter for alle kommuner til å forbedre tjenestene sine.

Ved at pasienter stadig møter nytt personell, kan kontinuiteten i behandlingen bli brutt.¹⁵ I forskrift om pasientansvarlig lege er det satt krav til at sykehuset oppnevner en pasientansvarlig lege, for å skape kontinuitet i møtet mellom pasientene og helsevesenet. Forskriften påpeker at pasientansvarlig lege skal ha en samordningsfunksjon for behandling av pasienten, og at legen skal være et fast medisinsk faglig kontaktpunkt for pasienten under oppholdet.

Kommunen og det regionale helseforetaket skal sørge for at den enkelte bruker kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b og § 3-1. Med gjennomføring menes planlegging, utforming, utøving og evaluering. For å kunne medvirke er det viktig at pasienten får den informasjonen som er nødvendig for at vedkommende skal kunne få innsikt i egen helse-tilstand og innholdet i helsehjelpen, jf. pasientrettighetsloven § 3-2. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger. Helsepersonellet skal, så langt det er mulig, sørge for at pasienten har forstått innholdet i og betydningen av den informasjonen som gis til pasienten, jf. pasientrettighetsloven § 3-5.

Formålet med forskrift om habilitering og rehabilitering er å sikre at personer som har behov for habilitering og rehabilitering, tilbys og ytes tjenester som kan bidra til stimulering av egen læring, motivasjon, økt funksjons- og mestrings-evne, likeverdighet og deltakelse, jf. § 1-1. Videre er det i forskriften presisert at de habiliterings- og

14) B. Innst. S. nr. 11 (2009–2010), side 13.

15) Meld. St. 16 (2010–2011), kapittel 7.

rehabiliteringstjenestene som tilbys i kommunen, skal være synlige og lett tilgjengelige for brukere og samarbeidspartnere, jf. § 8 andre ledd med merknader. Merknad til andre ledd understreker at det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenestetilbudet. I forskriftens § 5 er det påpekt at kommunen og det regionale helseforetaket bør legge til rette for at brukerrepresentanter deltar i planlegging, utvikling og evaluering av habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten.

Pasientopplæring er en av de lovpålagte oppgavene til spesialisthelsetjenesten, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-8. Sosialkomiteen har understreket at spesialisthelsetjenestens ansvar for pasientopplæring har betydning for riktig behandling, rehabilitering, kostnadsbesparelse både for helsevesen og pasientene og ikke minst som en viktig side ved vellykket forebygging.¹⁶

Krav til individuell plan

Ifølge pasientrettighetsloven § 2-5 har pasienter som har behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Rett til individuell plan betyr at tjenestemottaker har rett til en plan som angir et helhetlig og begrunnet tjenestetilbud, og som sammenfatter vurderinger av behov og virkemidler. Ordningen med individuell plan er innført som et virkemiddel for å kunne gi et bedre og mer samordnet tilbud til enkeltpersoner med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester.¹⁷ Individuell plan skal bare utarbeides når pasienten samtykker til det, jf. forskrift om individuell plan § 5.



Kilde: iStockphoto

16) Jf. Innst. S. nr. 82 (2003–2004).

17) Individuell plan 2010 – veileder til forskrift om individuell plan, veileder IS-1253, Helsedirektoratet 2007.

Ansvars- og rollefordeling

Samarbeidsutfordringer er ofte knyttet til ulik oppfatning av ansvar og roller. I kommunehelsetjenesteloven er medisinsk habilitering og rehabilitering nevnt som en av kommunens oppgaver. Tjenester som inngår i kommunens helse-tjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud.¹⁸ I Innst. O. nr. 65 (1998–99) pekte sosialkomiteen på at spesialisthelsetjenesten ikke er et medisinsk begrep, men en samlebetegnelse for den helse-tjenesten som man ikke har funnet det hensiktsmessig å legge ansvaret for på kommunalt nivå. Habilitering/rehabilitering er ikke nevnt spesielt i spesialisthelsetjenesteloven, men departementet er gitt hjemmel til å bestemme innholdet i begrepet spesialisthelsetjeneste for å kunne klargjøre ansvar når det er hensiktsmessig.¹⁹

I forskrift om habilitering og rehabilitering er oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging, konkretisert:²⁰

Det regionale helseforetaket skal sørge for nødvendig undersøkelse og utredning av brukere med behov for habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Det regionale helseforetaket skal videre:

- 1 sørge for trening og oppøving av funksjon og ulike individuelle ferdigheter som krever spesialisert tilrettelegging og veiledning,
- 2 sørge for intensiv trening som inngår i individuelle habiliterings-/rehabiliteringsplan, eller som et nødvendig, spesialisert tilbud etter behandling,
- 3 sørge for tilrettelagt opplæring for brukere som trenger det, og tilrettelegge rammebetingelser som kan bidra til økt mestring.

3.3 Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakenes oppfølging av mål for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for helsepolitikk, folkehelse, helsetjenester, kommunale tjenester til eldre og funksjonshemmede, helselovgivning og deler av sosiallovgivningen i Norge. En rekke oppgaver er delegert til statlige etater, virksomheter og foretak.

18) LOV 1982-11-19 nr. 66: lov om helsetjenesten i kommunene og forskrift om habilitering og rehabilitering § 7.

19) Jf. Innst. O. nr. 65 (1998–99).

20) Jf. § 15.

Helsedirektoratet skal sikre at de helsepolitiske målene realiseres i tråd med de føringene som departementet gir i det årlige tildelingsbrevet og andre styringsdokumenter. Det skal direktoratet gjøre med utgangspunkt i rollen som fagorgan, regelverksforvalter og iverksetter på helse- og omsorgspolitiske områder.

De regionale helseforetakene er heleid av staten og har eieransvar for underliggende helseforetak, dvs. sykehus og annen spesialisthelsetjeneste. De regionale helseforetakenes ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret²¹ innebærer bruk av offentlige helseforetak og kjøp av tjenester fra private aktører. Det helsepolitiske oppdraget og tildeling av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene. Gjennom foretaksmøter settes styringskrav på økonomi- og organisasjonsområdet.

Staten gir rammebetingelser for helsetjenesten i kommunene og dekker en betydelig del av finansieringen. Kommunen har et lovpålagt ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester til befolkningen. De juridiske rammene for kommunens tjenestetilbud er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven og pasientrettighetsloven. Virksomheten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste reguleres også gjennom sentrale avtaleverk mellom kommune, stat og yrkesorganisasjoner, slik som fastlege- og fysioterapivirksomhet.

Styring og oppfølging av rehabiliteringsvirksomheten i spesialisthelsetjenesten

De regionale helseforetakene er i hovedsak finansiert ved tilskudd fra staten. Finansieringsordningens viktigste formål er å understøtte de regionale helseforetakenes "sørge for"-ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester til regionens befolkning.

Helseforetaksloven regulerer forholdet mellom staten som eier og helseforetakene. Helse- og omsorgsdepartementet utøver sin eierstyring gjennom foretaksmøtet. Det helsepolitiske oppdraget og tildelingen av midler skjer gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene, jf. helseforetaksloven § 16 andre ledd.

Det framgår av økonomireglementet § 10 at staten skal forvalte sine eierinteresser i samsvar med overordnede prinsipper for god eierstyring med særlig vekt på blant annet at fastsatte mål for selskapet nås. Videre skal styring, oppfølging og kontroll samt tilhørende retningslinjer tilpasses

21) LOV 1999-07-02 nr. 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a.

statens eierandel, selskapets egenart og risiko og vesentlighet. Den siste eierskapsmeldingen presiserer at en sentral målsetting med det statlige eierskapet er helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og bedre ressursutnyttelse.²²

De regionale helseforetakene skal hvert år utarbeide en melding om virksomheten til departementet. I meldingen skal det redegjøres for gjennomføringen av de kravene som departementet har stilt til det regionale helseforetaket, jf. helseforetaksloven § 34. Meldingen skal omfatte de helseforetakene som det regionale helseforetaket eier.

De regionale helseforetakene skal sette i verk de tiltakene som er nødvendige for å oppfylle de kravene som er stilt av departementet som eier. De regionale helseforetakene har videre ansvar for å sette seg inn i føringer som er gitt i for eksempel budsjettproposisjoner og andre stortingsdokumenter. Gode styrings- og rapporteringssystemer på alle nivåer i sykehusene er en forutsetning for god styring. I den forbindelse vil internkontroll og risikostyring være sentralt. Helseforetaksloven § 28 tredje ledd omhandler styrets plikt til å føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med de målene som er satt for virksomheten. I forarbeidene til helseforetaksloven framgår det at styret må sørge for at det etableres interne kontrollsystemer som sikrer betryggende kontroll med foretakets måloppnåelse, økonomi og ressursbruk.²³

For å sikre god internkontroll og pålitelig styringsinformasjon må foretakene sørge for å følge reglene i forskrift om internkontroll.²⁴ Videre framgår tilsvarende krav til internstyring av utfyllende standarder for selskapsledelse og internkontroll, blant andre COSO-modellen. COSO-modellen legger til grunn at virksomhetens internkontroll skal gi en rimelig grad av sikkerhet for virksomhetens måloppnåelse, for at selskapet etterlever lover og regler, og for at selskapets regnskapsrapportering og annen resultatrapportering er korrekt.

Oppfølging av rehabiliteringsvirksomheten i kommunene

Mål- og resultatstyring er et styringsverktøy som skal tydeliggjøre mål, fastsette resultatkrav og systematisere rutiner for resultatrapportering.

22) Meld. St. 13 (2010–2011). *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi*.

23) Jf. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001).

24) Forskrift av 20. desember 2002 nr. 1731: forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

St.meld. nr. 23 (1992–93) *Om forholdet mellom staten og kommunene* slår fast at det skal ligge et mål- og resultatstyringsperspektiv til grunn for forholdet mellom staten og kommunene. Denne styringen skal skje innenfor rammene av det kommunale selvstyret. Ved behandlingen av meldingen sluttet Stortinget seg til dette.²⁵ Kommunalkomiteen påpekte at økt bruk av målstyring forutsatte at staten tydeliggjorde de nasjonale målene.

St.meld. nr. 31 (2000–2001) *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling* påpeker at kommunene må underlegges statlig styring for at de skal fremme nasjonale mål, samtidig som kommunene må gis frihet til å prioritere mellom oppgaver og måter å gjøre ting på. Ved behandlingen av meldingen påpekte kommunalkomiteen at den statlige detaljstyringen av kommunesektoren må reduseres.²⁶ Det er ønskelig med en organisering som gir kommunene handlefrihet, mulighet for lokale tilpasninger og mulighet for innflytelse for den enkelte innbygger.

Kommunene styres gjennom lov og forskrift. I tillegg formidles mål og overordnede prioriteringer til kommunene fra Helsedirektoratet i årlige rundskriv.

Fylkesmannen skal bidra til at formidlingen av statens forventninger og styringssignaler overfor kommunesektoren er konsistente.²⁷ Fylkesmannen skal i tillegg sikre lokalt handlingsrom for kommunene og samsvar mellom kommunens oppgaver og økonomiske rammer.²⁸

Mål- og resultatindikatorer

Det er behov for styringsinformasjon for å vurdere både sammenhengen mellom ressursinnsats og resultat, virkemiddelbruken og i hvilken grad helseforetakene og de private oppførings- og rehabiliteringsinstitusjonene har ivaretatt det helsepolitiske oppdraget. Utvikling av klassifiseringssystemer er viktig både for å få bedre styringsinformasjon og for å kunne utvide finansieringsordningen (ISF) til nye pasientgrupper. Det mest kjente pasientklassifiseringssystemet er DRG (diagnoserelaterte grupper), som brukes på somatiske sykehus.

St.meld. nr. 21 (1998–99) peker på at det er mangler i statistikk knyttet til rehabilitering. I meldingen varsler departementet at det vil arbeide langsiktig og systematisk med sikte på å bedre rapporteringen om målsettingene når det gjelder rehabilitering. Helse- og sosialkomiteen uttaler at det er viktig at Sosial- og helsedirektoratet viderefører arbeidet med å utvikle kodeverk og pasientklassifiseringssystemer for områdene rehabilitering, habilitering, psykisk helsevern og rus. Komiteen understreker viktigheten av arbeidet for å kartlegge aktiviteten, få på plass gode styringssystemer og styrke kvaliteten og kontrollapparatet med ISF-ordningen.

Gjennom kommuneloven § 49 plikter kommuner å gi departementet løpende informasjon om ressursbruk og tjenesteyting til bruk i nasjonale informasjonssystemer. Staten mottar informasjon om kommunenes ressursbruk og tjenester gjennom KOSTRA. Formålet med KOSTRA er å skaffe et bedre grunnlag for oppfølging og vurdering av kommunenes ressursbruk og for sammenligning mellom kommuner. Videre skal rapportering gjennom KOSTRA gi grunnlag for å vurdere om nasjonale mål oppnås. Dette krever utvikling av gode indikatorer som illustrerer kommunens prioriteringer, ressursbruk og tjenesteproduksjon, jf. Ot.prp. nr. 43 (1999–2000).



Kilde: Colourbox

25) Jf. Innst. S. nr. 156 (1992–93).

26) Jf. Innst. S. nr. 307 (2000–2001).

27) St.meld. nr. 31 (2000–2001) *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling*.

28) Retningslinjer for Fylkesmannens samordning av statlig styring av kommunesektoren, KR D, 2004.

4 I hvilken grad har rehabiliteringstilbudet i helsetjenesten økt i samsvar med målene for området?

4.1 Omfanget av rehabiliteringstilbud i helsetjenesten

4.1.1 Omfanget av rehabiliteringstilbud i helseforetakene

Utvikling i antallet DRG-poeng

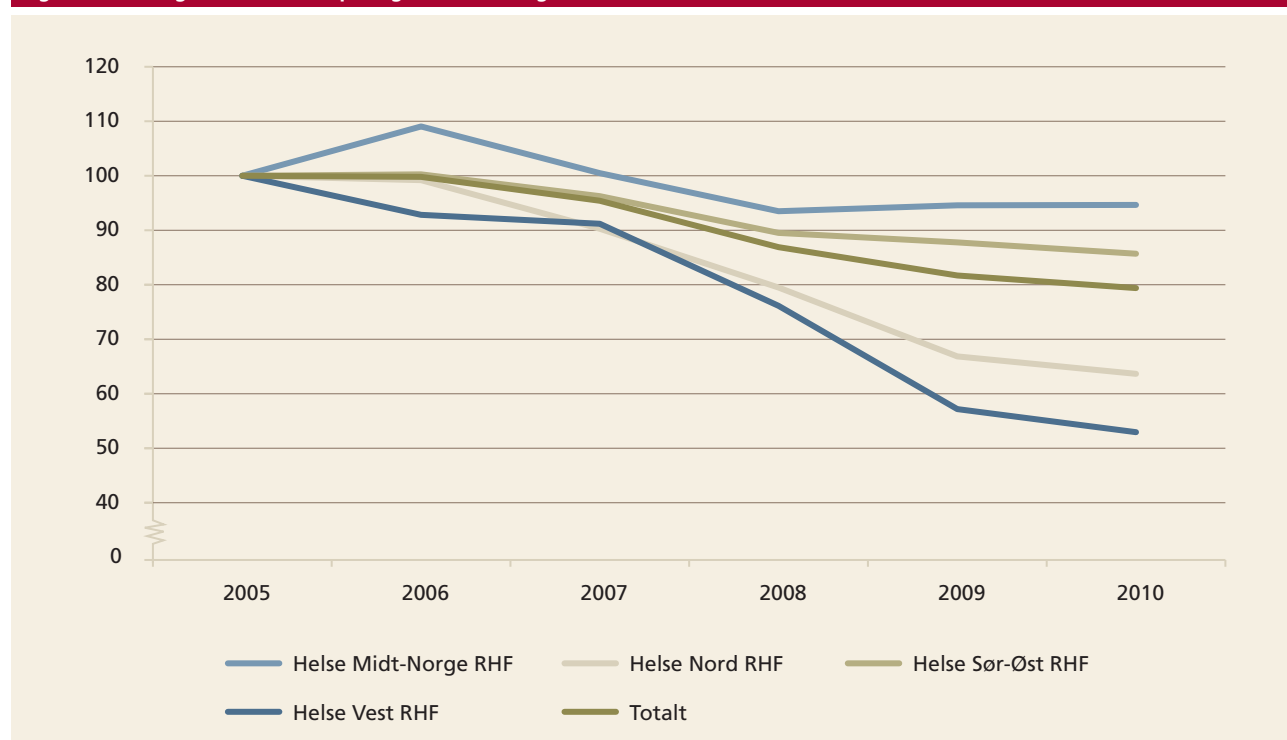
Aktivitetsdata fra helseforetakene rapporteres til Norsk pasientregister (NPR). Aktivitetsveksten måles i antallet produserte DRG-poeng. Når rehabiliteringen utgjør den tyngste delen av et sykehusopphold, grupperes oppholdet til én av tre DRG-er for rehabilitering: kompleks, vanlig og annen rehabilitering. Sekundær rehabilitering, der rehabiliteringen foregår parallelt med annen behandling, grupperes ikke til disse DRG-ene.

Nasjonalt er antallet DRG-poeng knyttet til rehabilitering redusert med 21 prosent i perioden 2005–2010. Det meste av reduksjonen har kommet etter 2007. Utviklingen i antallet DRG-poeng regionalt og nasjonalt for perioden 2005–2010 er gjengitt i figur 2.²⁹

Figur 2 viser at antallet DRG-poeng er redusert i alle helseregionene fra 2005 til 2010. Reduksjonen er størst i Helse Vest, med 47 prosent, og minst i Helse Midt-Norge, med 5 prosent. Reduksjonen i Helse Sør-Øst og Helse Nord er på henholdsvis 14 og 36 prosent.

Reduksjonen i Helse Vest skyldes i hovedsak en spesielt stor nedgang i Helse Stavanger. Fra 2005 til 2010 er antallet DRG-poeng knyttet til rehabilitering i helseforetaket redusert med mer enn 90 prosent. Helse Vest RHF viser i brev til Helse Stavanger endret kodepraksis i forbindelse med en reduksjon fra to til ett institusjonsnummer i 2008. Videre har foretaket omorganisert rehabiliteringsvirksomheten slik at rehabilitering i større grad er integrert i behandlingsforløpene. Det medfører at rehabiliteringen ikke kodes som primær rehabilitering, men inngår i øvrige DRG. Helse Vest RHF kommenterer at det kan stilles spørsmål om rehabiliteringsaktiviteten i Helse Stavanger er lagt om i for stor grad, og for raskt.

Figur 2 Utvikling i antallet DRG-poeng etter helseregion, 2005 = 100* (2005–2010)



* DRG-poeng er indeksert slik at produksjonen i 2005 tilsvarer 100 for alle helseregioner.

Kilde: Norsk pasientregister, ISF-kuben

29) Opphold uten liggetid som er gruppert til vanlig rehabilitering, er utelatt fra analysen.

Tabell 1 Sengekapasitet for rehabiliteringspasienter i rehabiliteringsavdelinger, ordinære avdelinger og private sykehus, døgn- og dagpost (2005–2010)

Region	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Endring i prosent
Sør-Øst	745	749	748	699	691	693	-7
Vest	193	193	193	192	184	175	-9
Midt-Norge	147	139	135	138	131	133	-9
Nord	91	91	88	84	80	77	-15
Totalt	1176	1172	1164	1113	1086	1078	-8

Kilde: Riksrevisjonens kartlegging av rehabiliteringskapasitet i helseforetakene (2010–2011)

Tall fra Norsk pasientregister (NPR) viser at befolkningen i Helse Sør-Øst gjennomgående for hele perioden forbruker flere DRG-poeng per 10 000 innbyggere enn befolkningen i de øvrige regionene. I 2010 var forbruket 60 DRG-poeng per 10 000 innbyggere for personer bosatt i Helse Sør-Øst. Tilsvarende var forbruket 42 DRG-poeng for personer bosatt i Helse Midt-Norge, 34 i Helse Nord og 29 i Helse Vest. Forbruket i 2010 er redusert i samtlige regioner sammenlignet med 2005. Nedgangen er størst i Helse Vest og Helse Nord og minst i Helse Midt-Norge.

I 2010 utgjorde kompleks rehabilitering 65 prosent av det totale antallet DRG-poeng for rehabilitering. Vanlig rehabilitering utgjorde 30 prosent, mens annen rehabilitering utgjorde seks prosent. Kompleks rehabilitering omfatter den mest spesialiserte og intensive rehabiliteringen. Tall fra NPR viser at aktiviteten knyttet til kompleks rehabilitering er redusert med 14 prosent fra 2005 til 2010. Reduksjonen har vært størst i Helse Nord, med 47 prosent, og minst i Helse Midt-Norge, med 7 prosent. I Helse Sør-Øst og Helse Vest er reduksjonen på henholdsvis 13 og 19 prosent.

Antallet sengeplasser i spesialisthelsetjenesten

Tall fra SSB viser at antallet senger i spesialisthelsetjenesten er redusert med 11 prosent fra 2005 til 2010. Utviklingen varierer mellom regionene.

Også når det gjelder fagområdet rehabilitering er antallet senger i helseforetakene redusert i den samme perioden. Tabell 1 viser utviklingen i sengekapasitet, på døgn- og dagpost, for dedikerte rehabiliteringsavdelinger, øremerket rehabilitering i ordinære medisinske avdelinger og rehabiliteringskapasitet i private sykehus etter region.

Tabell 1 viser at sengekapasiteten knyttet til rehabilitering er redusert med 8 prosent nasjonalt, og at det har vært en reduksjon i alle regionene. Reduksjonen er størst i Helse Nord og minst i Helse Sør-Øst, med henholdsvis 15 og 7 prosent.

Sett i forhold til antallet innbyggere er antallet senger i rehabiliteringsavdelinger nasjonalt redusert fra 25 senger per 100 000 innbyggere i 2005 til 22 senger i 2010. I 2010 var det færrest senger per innbygger i Helse Nord og flest i Helse Sør-Øst, med henholdsvis 16 og 25 senger per 100 000 innbyggere. I Helse Vest var antallet 17 og i Helse Midt-Norge 20 senger per 100 000 innbyggere.

Rehabiliteringskapasiteten er ulikt fordelt mellom helseforetakene. I Sykehuset Østfold HF er det ingen dedikerte rehabiliteringsavdelinger, og det er heller ingen aktivitet øremerket rehabilitering i ordinære avdelinger. Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at pasienter fra Østfold med behov for rehabilitering får tilbud ved Sunnaas sykehus HF. I Vestre Viken HF er det flere avdelinger med øremerket rehabiliteringskapasitet, men det er ikke en egen dedikert avdeling for rehabilitering.

Antallet senger i egne rehabiliteringsavdelinger er redusert med 11 prosent, fra 909 i 2005 til 812 i 2010. Videre er også antallet årsverk i disse avdelingene redusert, men ikke like mye.³⁰ I den samme perioden har det vært en økning i rehabiliteringskapasiteten i ordinære avdelinger på 9 prosent. En betydelig del av denne økningen skyldes en styrking av eksisterende, og opprettelse av nye, slagenheter i helseforetakene.

Av kapasiteten i egne rehabiliteringsavdelinger var 57 prosent av sengene i 2010 knyttet til universitets- eller spesialsykehus. I perioden har det

30) Det er noe usikkerhet knyttet til antallet årsverk grunnet manglende tall for Oslo universitetssykehus HF og manglende tall for 2005 og 2006 for avdelingene som tidligere lå under Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR).

vært en noe større reduksjon i sengeplasser ved universitets- og spesialsykehusene (14 prosent) enn ved lokalsykehusene (6 prosent). Noe av denne reduksjonen skyldes at egne rehabiliteringsavdelinger har blitt omorganisert til integrert rehabilitering i ordinære avdelinger.

Liggedøgn og polikliniske konsultasjoner

Det er en tendens til at rehabiliteringen i økende grad foregår i ordinære somatiske avdelinger. Tabell 2 viser utviklingen i liggedøgn i perioden, fordelt etter type avdeling.

Tabell 2 viser at det på nasjonalt nivå har vært en reduksjon i antallet liggedøgn på 6 prosent fra 2005 til 2010. Reduksjonen har vært størst i private sykehus som har driftsavtale med et regionalt helseforetak. Det har videre vært en reduksjon i antallet liggedøgn i rehabiliteringsavdelinger. Samtidig har det vært en økning på 28 prosent i antallet liggedøgn knyttet til rehabiliteringsaktivitet i ordinære medisinske avdelinger. Aktiviteten i egne rehabiliteringsavdelinger sto i 2010 for 81 prosent av det totale antallet liggedøgn.

Tall fra helseforetakene viser at det har vært en dreining av aktiviteten. I tillegg til en reduksjon i antallet liggedøgn har det i perioden fra 2005 til 2010 vært en reduksjon i antallet dagopphold fra 26 000 til 7500. Samtidig har det vært en økning på 50 prosent i antallet polikliniske konsultasjoner i perioden, fra 53 000 til 80 000. Aktiviteten i egne rehabiliteringsavdelinger sto i 2010 for 71 prosent av det totale antallet polikliniske konsultasjoner. I perioden har det vært en økning i antallet konsultasjoner på 68 prosent i rehabiliteringsavdelingene.

I dybdeundersøkelsen kommer det fram at det i perioden har skjedd endringer i tilbudet, men

endringene har hatt ulik karakter. Ved Nordlandssykehuset i Bodø er rehabiliteringsvirksomheten integrert i den ordinære behandlingen. Administrerende direktør opplyser i intervju at det ikke er krav om at veksten i rehabilitering skal finne sted i egne avdelinger. Aktiviteten ved foretaket dreies mot dagbehandling, poliklinikk og ambulant rehabilitering.

Ved Helse Stavanger HF peker administrerende direktør på at en stor del av rehabiliteringsvirksomheten ved foretaket tidligere bar preg av å være enkel opptrening. Disse tilbudene er utfaset, mens den spesialiserte rehabiliteringen er beholdt. Administrerende direktør viser til at disse endringene "har gjort at helseforetaket har fått et kvalitativt bedre tilbud, men antallet senger har gått ned". En tilsvarende spesialisering har funnet sted i Helse Bergen HF. Administrerende direktør viser til at kapasitet i helseforetakene også innebærer å definere hva som er foretakenes rolle. I Helse Bergen er den spesialiserte rehabiliteringen bygget opp, mens de mindre spesialiserte tilbudene er faset ut.

Departementet opplyser at det nå legges større vekt på dagopphold og polikliniske tjenester også innenfor spesialisert rehabilitering. Videre starter rehabilitering i dag tidligere i pasientforløpene.

Informasjon fra helseforetakene viser at av 38 rehabiliteringsavdelinger er det 9 avdelinger som har et fast ambulant team. Av disse er fire avdelinger i Helse Nord. Videre har flere avdelinger ambulerende virksomhet, uten at denne er organisert som et fast team. Flertallet av rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene har ikke fast avsatte ressurser til slik virksomhet. Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at refusjonsordningen for ambulant virksomhet ikke reflekterer hvor ressurskrevende det er å reise hjem til

Tabell 2 Liggedøgn i rehabiliteringsavdelinger og ordinære avdelinger, døgn- og dagpost (2005–2010)³¹

Region	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Endring i prosent
Egne rehabiliteringsavdelinger	235 416	226 473	220 176	227 011	224 570	219 513	-7
Ordinære medisinske avdelinger	26 238	31 729	30 273	28 359	30 083	33 456	28
Private sykehus	26 480	25 446	24 443	25 119	20 469	18 863	-29
Totalt	288 135	283 648	274 892	280 489	275 122	271 832	-6

Kilde: Riksrevisjonens kartlegging av kapasitet i spesialisthelsetjenesten (2010–2011)

31) Tallene er korrigeret for manglende informasjon for enkelte avdelinger i enkelte år. For to avdelinger har det ikke vært mulig å innhente aktivitetstall. Antallet liggedøgn er derfor noe underestimert.

pasientene. Det regionale helseforetaket viser til at finansieringen kan bremse en god utvikling av de ambulante tjenestene.

Prioritering av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten

I nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering er det et uttalt mål at det skal etableres riktig kapasitet for rehabiliteringstjenestene. Det går fram av den nasjonale strategien at rehabilitering er et underprioritert område i helsetjenesten.

Fastlegene er i spørreundersøkelsen bedt om å vurdere samsvaret mellom behovet for rehabilitering i helseforetakene og faktisk tilgang på tilbud. 26 prosent av fastlegene oppgir at det i liten grad er samsvar mellom behov og tilbud, 48 prosent oppgir at det i noen grad er samsvar mellom behov og tilbud, og 16 prosent oppgir at det i stor grad er samsvar mellom behov og tilbud. 9 prosent svarer at de ikke vet om det er samsvar. Det er forskjeller mellom regionene. 35 prosent av fastlegene i Helse Vest oppgir at det i liten grad er samsvar mellom behov og tilbud, mot 9 prosent i Helse Nord.

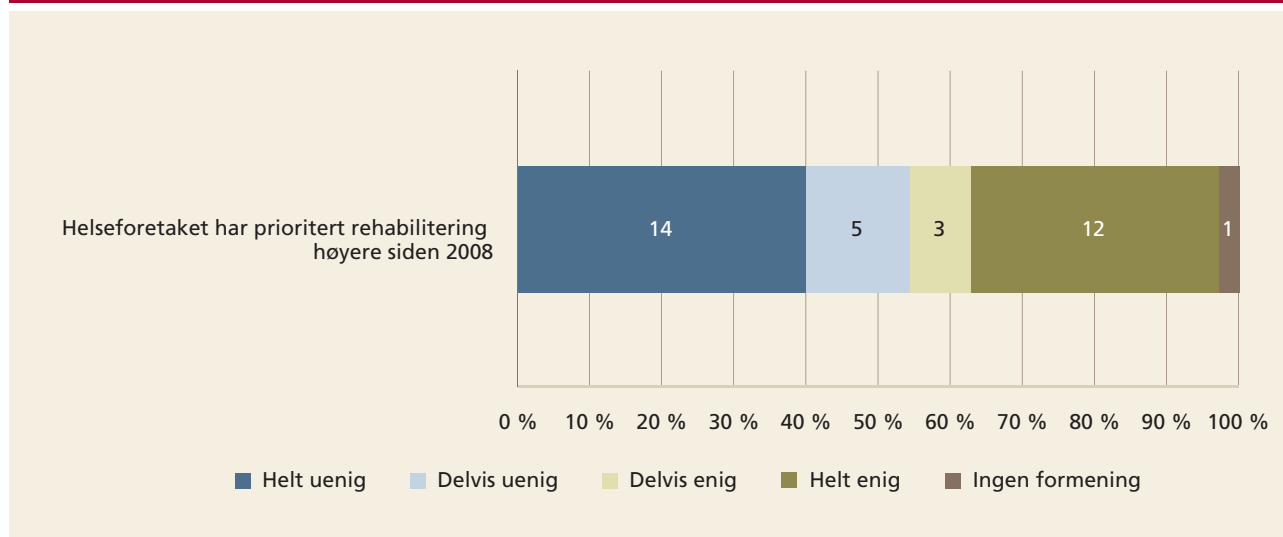
I spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene oppgir en av tre avdelinger med sengepost at kapasiteten i stor grad er tilfredsstillende. Halvparten oppgir at kapasiteten i noen grad er tilfredsstillende, mens én av fem oppgir at kapasiteten i liten grad er tilfredsstillende. To av fem avdelinger med poliklinisk virksomhet oppgir at kapasiteten i liten grad er tilfredsstillende, mens to tredeler av avdelingene med ambulant virksomhet oppgir at kapasiteten i liten grad er tilfredsstillende.

I spørreundersøkelsen til avdelingslederne ved rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene er det stilt spørsmål om hvorvidt helseforetaket har prioritert rehabilitering høyere siden 2008. Svarfordelingene er gjengitt i figur 3.

Figur 3 viser at et flertall av avdelingsledere (54 prosent) er uenig i at helseforetaket har prioritert rehabilitering høyere siden 2008, mens 15 avdelingsledere (43 prosent) er enig i at rehabilitering har blitt prioritert høyere siden 2008.

Helse Sør-Øst RHF viser i intervju til at rehabilitering er et av de prioriterte områdene i regionen. Det er i Helse Sør-Øst besluttet å utarbeide en regional strategi for rehabilitering, og det er opprettet et regionalt fagråd for rehabilitering. Videre skal helseforetakene gjennom områdeplaner for rehabilitering vise hvordan rehabilitering er prioritert. Helse Vest RHF viser i intervju til at det er gitt føringer for prioritering av rehabilitering i den regionale planen for rehabilitering. I 2009 og 2010 har det regionale helseforetaket gitt en tilleggsbevilgning på 80 millioner til helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF viser til at det har vært en nedbygging av kapasitet i 2008, men at kapasiteten er gjenoppbygget i 2009. Det regionale helseforetaket har arbeidet med å øke kvaliteten på og spesialiseringen av de private rehabiliteringsinstitusjonene. Helse Nord RHF viser i intervju til at rehabilitering er inkludert i kronikersatsingen i regionen. Helse Nord RHF arbeider med å revidere den regionale planen for habilitering og rehabilitering og vil i den sammenheng se nærmere på tilbudet når det gjelder rehabilitering.

Figur 3 Prioritering av rehabilitering i helseforetakene (n = 35)



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til avdelingsledere i rehabiliteringsavdelinger (2011)

4.1.2 Omfanget av rehabiliteringstilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene

Aktiviteten i de private institusjonene målt i antallet opphold og oppholdsdøgn

Tabell 3 viser utviklingen i perioden 2008–2010 i antallet opphold i de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med regionalt helseforetak.

Tabell 3 viser at det på landsbasis fra 2008 til 2010 har vært en reduksjon i antallet opphold på 7 prosent. Antallet opphold er redusert i alle regionene. Reduksjonen er størst i Helse Midt-Norge, med 26 prosent.

Tabell 4 gir en oversikt over utviklingen i antallet oppholdsdøgn i institusjonene i perioden.

Tabell 4 viser at det har vært en reduksjon i antallet oppholdsdøgn på 7 prosent fra 2008 til 2010. Antallet er redusert i alle regionene. Reduksjonen er størst i Helse Midt-Norge og minst i Helse Nord, med henholdsvis 19 og 3 prosent.

Rehabiliteringstilbudet ved de private rehabiliteringsinstitusjonene

Fire av fem institusjoner oppgir i spørreundersøkelsen at de tilbyr rehabilitering til pasienter med akutte skader og lidelser. Like mange institusjoner oppgir at de tilbyr rehabilitering til pasienter som har hatt planlagte operasjoner og behandlinger. Samtlige institusjoner oppgir at de mottar pasienter med kroniske lidelser, mens tre av fire institu-

sjoner mottar pasienter med progredierende lidelser. De fleste institusjonene gir tilbud til pasienter som allerede er medisinsk utredet. 16 av 43 institusjoner (37 prosent) oppgir at de kan motta pasienter som har behov for utredning.

Pasientene som henvises til de private institusjonene, kommer både fra helseforetakene og etter henvisning fra fastlege. Samtlige institusjoner oppgir at institusjonen mottar pasienter etter henvisning fra leger og spesialister i sykehus. 39 institusjoner (91 prosent) oppgir at de mottar pasienter etter henvisning fra fastleger.

I spørreundersøkelsen til de private rehabiliteringsinstitusjonene er det stilt spørsmål om i hvilken grad institusjonen kan gi tilbud til pasienter med ulike behov. Svarfordelingene er gjengitt i figur 4.

Figur 4 viser at institusjonene i varierende grad kan gi et tilbud til rehabiliteringspasienter som har spesielle og ressurskrevende behov. De fleste institusjonene kan i stor grad gi et tilbud til pasienter som har behov for tverrfaglig behandling der minst fire faggrupper er involvert (98 prosent), og til pasienter med flere diagnoser (81 prosent). Noen færre institusjoner (51 prosent) kan i stor grad gi et tverrfaglig tilbud med minst seks faggrupper.

Figuren viser videre at 40 prosent av institusjonene oppgir at de i stor eller svært stor grad kan gi et tilbud til pasienter med kognitiv svikt. 56 prosent av institusjonene oppgir at de i stor grad kan gi et

Tabell 3 Antallet opphold i private rehabiliteringsinstitusjoner, etter region (2008–2010)

	2008	2009	2010	Endring i prosent
Helse Sør-Øst	19 904	20 912	19 323	-3
Helse Vest	3 816	3 762	3 568	-6
Helse Midt-Norge	5 986	5 241	4 417	-26
Helse Nord	4 080	3 894	4 023	-1
Totalt	33 786	33 809	31 331	-7

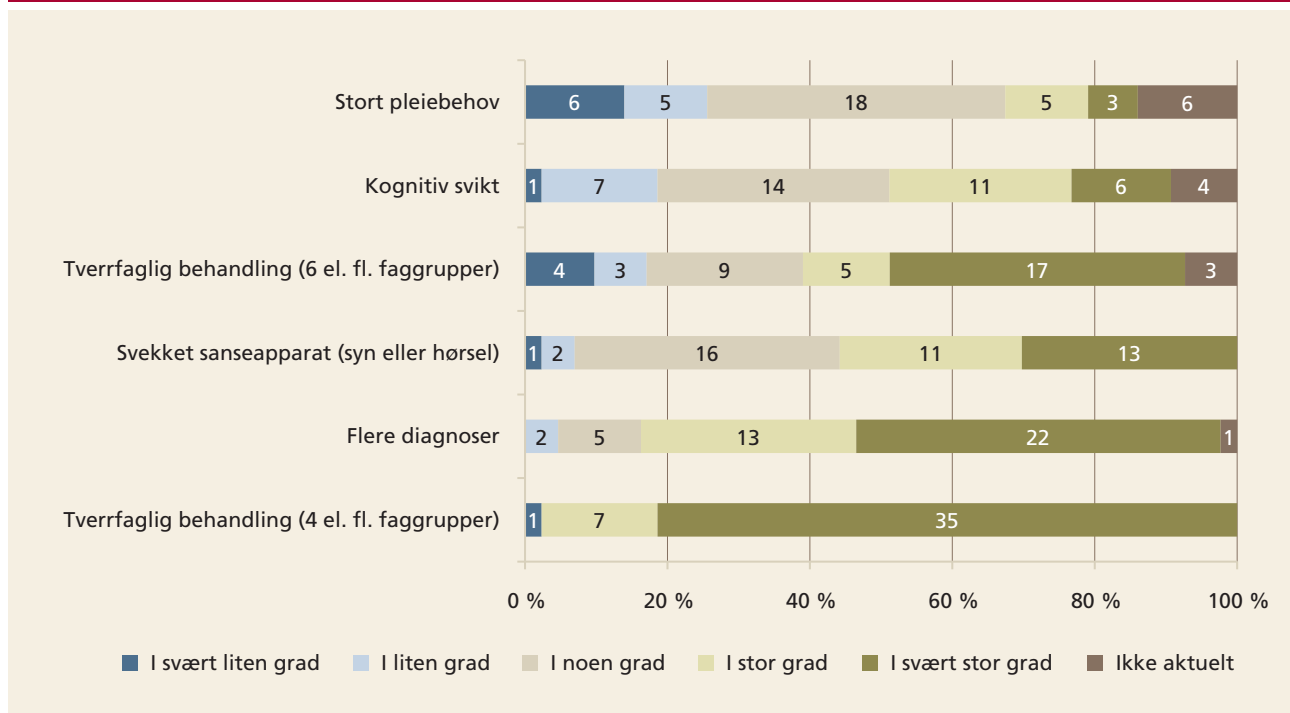
Kilde: Norsk pasientregister

Tabell 4 Antallet oppholdsdøgn i private rehabiliteringsinstitusjoner, etter region (2008–2010)

	2008	2009	2010	Endring i prosent
Helse Sør-Øst	426 066	435 990	407 051	-4
Helse Vest	76 400	75 644	72 679	-5
Helse Midt-Norge	123 191	112 549	99 317	-19
Helse Nord	88 535	83 377	85 471	-3
Totalt	714 192	707 560	664 518	-7

Kilde: Norsk pasientregister

Figur 4 Tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene for pasienter med de ulike behovene som kommer fram i figuren (n = 43)



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til private rehabiliteringsinstitusjoner (2011)

tilbud til pasienter med svekket sansesapparat, mens 19 prosent oppgir at de i stor grad kan gi et tilbud til pasienter med stort pleiebehov.

Krav til selvhjulpenhet og lav pleiefaktor kan være en hindring for at rehabiliteringspasienter kan nyttiggjøre seg tilbudene ved institusjonene. Spørreundersøkelsen viser at 14 institusjoner (33 prosent) stiller krav til selvhjulpenhet.

I en spørreundersøkelse i regi av Helsedirektoratet³² oppgir fire av fem koordinerende enheter i kommunene at krav til selvhjulpenhet i stor grad hindrer bruk av de private rehabiliteringsinstitusjonene. 27 prosent av fastlegene oppgir det samme.³³ Helsedirektoratet viser til at krav til selvhjulpenhet ikke harmonerer med et tilbud på spesialisthelsetjenestenivå.

Departementet opplyser at innholdet i tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene har endret seg etter at de regionale helseforetakene overtok deler av finansieringsansvaret. De regionale helseforetakene inngår avtaler i henhold til regelverket for offentlige anskaffelser, og det stilles faglige krav til institusjonene. Departementet viser til at

antall fagpersonell er økt og at oppholdene i større grad er tilpasset pasientenes behov. I spørreundersøkelsen oppgir et stort flertall av institusjonene at det nå stilles strengere krav til fagressurser og fagkompetanse enn tidligere.

4.1.3 Rettighetstildeling og ventetid

Andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp fordelt på helseregioner

Spesialisthelsetjenesten skal vurdere om pasienter som henvises, har rett til nødvendig helsehjelp. Etter pasientrettighetsloven har en pasient rett til nødvendig helsehjelp hvis pasienten vil ha et visst prognosetap hvis helsehjelpen utsettes, og hvis pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen og de forventede kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt.

I en rapport som Helsedirektoratet har gitt ut om oppfølging av rettsbestemmelser på rehabiliteringsfeltet³⁴, pekes det på at det i praksis kan være vanskelig å oppfylle kravet til god dokumentasjon av nytte for rehabiliteringspasienter. Det kan føre til at pasienter "får problemer med tilgang til spesialisert habilitering og rehabilitering som prioritert helsehjelp". Det pekes

32) Undersøkelsen er gjennomført av Synovate i 2008.

33) Antallet respondenter er 50 for undersøkelsen blant koordinerende enheter og 350 for fastleger. Det gir relativt store feilmarginer. Videre er ikke de koordinerende enhetene valgt ut tilfeldig, men blant enheter som Helsedirektoratet oppfatter om veletablerte.

34) Helsedirektoratet (2010), IS-1835 Oppfølging av rettsbestemmelser innenfor helse- og sosialområdet som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet 2010.

Tabell 5 Andelen rettighetspasienter etter region, fysikalsk medisin og rehabilitering (2008–2010)

Region	2008	2009	2010	Endring 2008–2010
Helse Sør-Øst	16	20	19	+3
Helse Vest	70	74	61	–9
Helse Midt-Norge	65	67	50	–15
Helse Nord	29	35	16	–13
Nasjonalt	30	36	28	–2

Kilde: Norsk pasientregister

videre på at en slik praksis i liten grad samsvarer med rehabiliteringsforskriftens føringer.

Riksrevisjonen har ved flere anledninger rapportert om store regionale variasjoner i tildelingen av rett til nødvendig helsehjelp.³⁵ Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet en veileder for prioritering når det gjelder fysikalsk medisin og rehabilitering. Veilederen ble utgitt i september 2009.

Tabell 5 viser at andelen rettighetspasienter som har behov for fysikalsk medisin og rehabilitering er redusert fra 30 til 28 prosent på landsbasis. Andelen er redusert i tre av fire regioner. Reduksjonen er størst i Helse Midt-Norge, med 15 prosentpoeng. Videre viser tabellen at det er stor variasjon i tildelingen av rett til helsehjelp mellom regionene. I 2010 varierte andelen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp med 45 prosentpoeng, fra 16 prosent i Helse Nord til 61 prosent i Helse Vest.

Variasjonen er enda større mellom helseforetakene. I 2010 fikk én prosent av pasientene med behov for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset Telemark rett til nødvendig helsehjelp. Til sammenligning fikk 90 prosent av pasientene ved Helse Førde en slik rett. Ved ti helseforetak fikk mindre enn 20 prosent av pasientene rett til nødvendig helsehjelp.³⁶ Ved sju helseforetak fikk mer enn halvparten av pasientene en slik rett. I tre av disse helseforetakene var andelen over 85 prosent. Tall fra NPR viser at antallet helseforetak der et mindretall av pasientene blir vurdert som rettighetspasienter, har økt fra 2008 til 2010.

I helseforetakene ble pasientrettigheter gjennomgående nevnt som en utfordring når det gjelder rehabilitering. Det ble vist til flere problemstillinger, både med hensyn til vurderingsgrunn-

lag og med hensyn til hvordan vurderingskriteriene passer for rehabiliteringspasienter. I flere av helseforetakene pekes det på at pasienter som kommer fra andre avdelinger på sykehuset, ikke får rettigheten vurdert på nytt. Det blir sett på som en utfordring, og det anses å være behov for en vurdering fra sentrale helsemyndigheter. "Dersom det er naturlig i et pasientforløp at rehabilitering er inkludert, skal du ikke rettighetsvurderes på nytt. Men det er mulig å definere utallige pasientforløp som vil resultere i ulike behov. [...] For helseforetak som ikke har rehabilitering, vil pasientene oppleve brudd i de naturlige pasientforløpene, slik at en pasient som naturlig ville fått rehabilitering ved ett helseforetak, ikke får dette ved et annet. Dette gir uheldige utfall."³⁷

Utviklingen i ventetid for pasienter henvist til fysikalsk medisin og rehabilitering

Helseforetakene rapporterer ventetiden for pasienter som er henvist til behandling eller utredning i spesialisthelsetjenesten, til NPR. For pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp, skal det settes en frist for når behandlingen senest skal starte. For en betydelig andel pasienter oppstår rehabiliteringsbehovet i etterkant av eller samtidig med en akutt skade eller sykdom. Hvis disse pasientene allerede er til behandling i spesialisthelsetjenesten, vil det ikke bli sendt henvisning eller registreres ventetid til rehabilitering.

Ventetiden for pasienter på fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering fordelt etter rettighetsstatus, for perioden 2008–2010, er vist i tabell 6.

Tabell 6 viser at det nasjonalt har vært en økning i den gjennomsnittlige ventetiden for alle pasienter som har vært henvist til fysikalsk medisin og rehabilitering. Fra 2008 til 2010 har ventetiden økt med tre dager. Det har vært en økning i to av fire regioner. Økningen har vært størst i Helse Vest, med 22 dager. I 2010 var ventetiden lengst

35) Jf. Dokument 3:2 (2010–2011) og Dokument 3:2 (2009–2010).

36) Her er også private sykehus i Helse Vest inkludert. Enkelte helseforetak har ikke innrapportert andelen rettighetspasienter til Norsk pasientregister.

37) Intervju med ansatte ved Helse Bergen.

Tabell 6 Ventetid innen fysikalsk medisin og rehabilitering, etter region og rettighetstildeling (årsdata 2008–2010)³⁸

Rettighet	Region	2008	2009	2010	Endring 2008–2010
Alle pasienter	Helse Sør-Øst	49	52	48	-1
	Helse Vest	56	75	78	+22
	Helse Midt-Norge	58	71	71	+13
	Helse Nord	84	66	66	-18
	Nasjonalt	54	59	57	+3
Rett til nødvendig helsehjelp	Helse Sør-Øst	61	43	44	-17
	Helse Vest	57	60	66	+9
	Helse Midt-Norge	57	71	75	+18
	Helse Nord	59	43	56	-3
	Nasjonalt	58	57	59	+1
Rett til helsehjelp	Helse Sør-Øst	46	53	48	+2
	Helse Vest	54	131	99	+45
	Helse Midt-Norge	62	71	65	+3
	Helse Nord	90	81	68	-22
	Nasjonalt	52	60	56	+4

Kilde: Norsk pasientregister

for pasienter i Helse Vest, med 78 dager, og kortest i Helse Sør-Øst, med 48 dager.

For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har ventetiden økt med én dag i perioden 2008–2010. Det har vært en økning i to av fire regioner. Økningen har vært størst i Helse Midt-Norge, med 18 dager. I 2010 var ventetiden for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp lengst i Helse Midt-Norge, med 75 dager, og kortest i Helse Sør-Øst, med 44 dager. I flere av regionene er gjennomsnittlig ventetid i 2008 og 2010 for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp lenger enn for pasienter som ikke har en slik rettighet.

Ventetiden for fysikalsk medisin og rehabilitering er kortere enn for somatikken samlet. Nasjonalt har ventetiden for alle pasienter innen somatikk

økt fra 73 dager i 2008 til 79 dager i 2010.³⁹ For pasienter med rett til nødvendig helsehjelp har den gjennomsnittlige ventetiden økt med to dager, fra 67 til 69 dager, i samme periode.

For pasienter som blir tildelt rett til nødvendig helsehjelp innen fysikalsk medisin og rehabilitering, varierer ventetiden til behandling mellom helseforetakene. En oversikt over forskjellen mellom helseforetaket med henholdsvis kortest og lengst gjennomsnittlig ventetid etter region er vist i tabell 7.

Tabell 7 viser at det er stor variasjon i gjennomsnittlig ventetid mellom helseforetakene i alle regionene. Variasjonen er størst i Helse Sør-Øst, der ventetiden i helseforetaket med lengst gjennomsnittlig ventetid er nesten tre ganger så lang

Tabell 7 Korteste og lengste ventetid for fysikalsk medisin og rehabilitering etter region, pasienter med rett til nødvendig helsehjelp (2010)

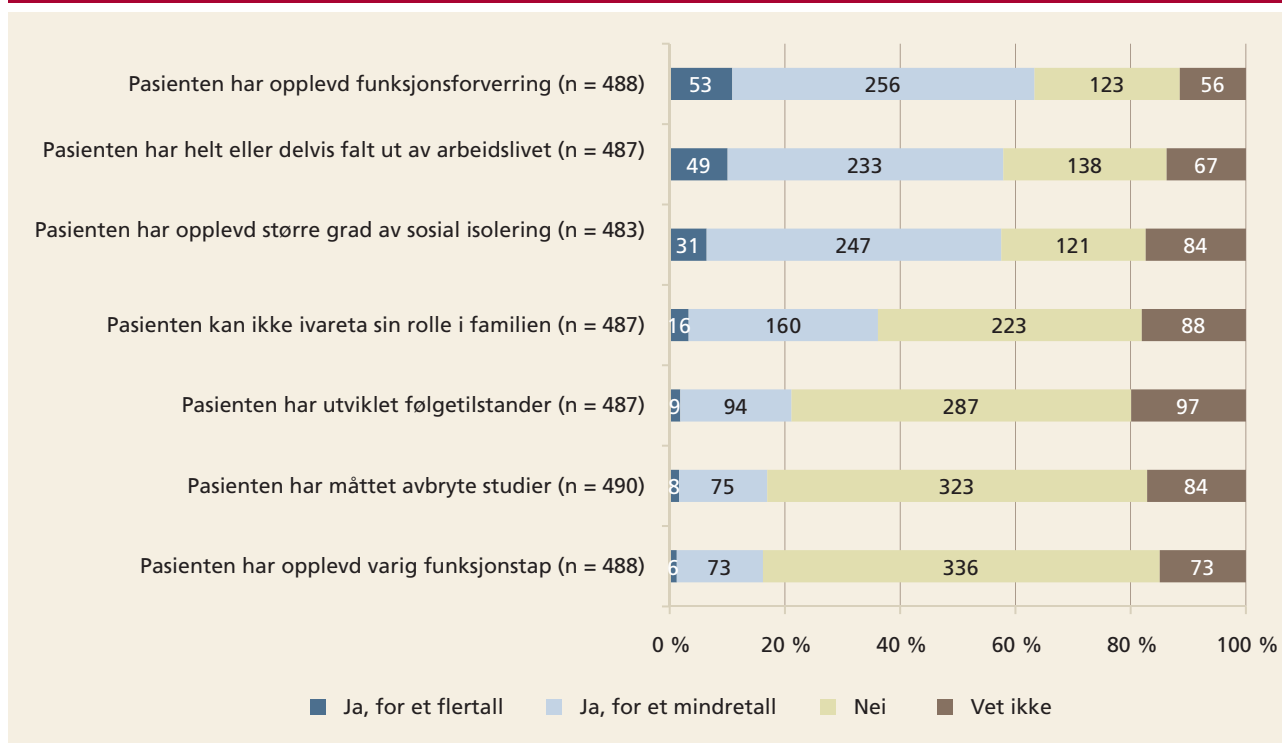
Region	Variasjon i gjennomsnittlig ventetid	Forskjell mellom lengste og korteste ventetid i prosent
Helse Sør-Øst	35–99 dager	181 %
Helse Vest	29–71 dager	176 %
Helse Midt-Norge	48–89 dager	84 %
Helse Nord	32–79 dager	147 %

Kilde: Norsk pasientregister

38) Tallene er basert på helseforetakene som har innrapportert venteliste-data til Norsk pasientregister. For enkelte tertial mangler det informasjon fra én eller flere institusjoner. Det er ikke korrigert for manglende data.

39) Helsedirektoratet (2011), IS-1895 Ventetider og pasientrettigheter 2010.

Figur 5 Fastlegenes oppfatning av konsekvensene av ventetid for deres pasienter



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til fastlegene (2011)

som ventetiden i helseforetaket med kortest ventetid. Tall som er hentet inn fra helseforetakene, viser at ventetiden i stor grad varierer mellom avdelingene. Ved enkelte avdelinger er gjennomsnittlig ventetid under to uker, mens ventetiden i gjennomsnitt er mer enn tre måneder ved andre avdelinger. Denne variasjonen er stabil over tid.⁴⁰

I flere avdelinger i dybdeundersøkelsen ble det gitt uttrykk for at ventetiden ikke gjenspeiler den faktiske ventetiden ved avdelingene. Ved rehabiliteringsavdelingene kommer en stor andel av pasientene direkte fra andre avdelinger i helseforetaket.

Spørreundersøkelsen til fastlegene viser at 70 prosent av fastlegene vurderer ventetiden til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten som betydelig. Av disse vurderer 37 prosent ventetiden som svært betydelig. 8 prosent av fastlegene vurderer ventetiden som ubetydelig. Det er kun små variasjoner i fastlegenes vurderinger sett i forhold til antallet pasienter de har på sin liste, og helseregionen de sokner til.

Ventetid ved private rehabiliteringsinstitusjoner

Tall fra NPR viser at et stort flertall av institusjonene har en gjennomsnittlig ventetid fra

henvisning til inntak på mindre enn 100 dager i 2010. Flest institusjoner har en ventetid på mellom 25 og 50 dager.

Spørreundersøkelsen til fastlegene viser at 56 prosent av fastlegene mener at ventetiden til rehabilitering i institusjonene er betydelig. 15 prosent har en nøytral vurdering av ventetiden, mens 14 prosent oppgir at ventetiden er ubetydelig. Det er små variasjoner i fastlegenes vurderinger sett i forhold til helseregionen de sokner til.

I flere av kommunene i dybdeundersøkelsen er det påpekt at det har blitt vanskeligere å få pasienter inn på tilbud i de private rehabiliteringsinstitusjonene. Det begrunnes med at de regionale helseforetakene, gjennom de sentrale vurderingsenhetene, er strengere når henvisningene fra fastlegene vurderes. Kommunene og fastlegene opplever at få pasienter får rett til nødvendig helsehjelp. Mange fastleger har påpekt nettopp det i kommentarfeltet til spørreundersøkelsen. Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst opplyser at regionale vurderingsenheter og krav til henvisninger er med på å sikre at tilbudet i de private institusjonene er på spesialisthelsetjenestenivå.

40) For flere av avdelingene har det ikke vært mulig å framskaffe informasjon om gjennomsnittlig ventetid.

Fastlegenes erfaringer av konsekvenser av ventetid til rehabilitering i kommune- og/eller spesialisthelsetjenesten

Ventetid til rehabilitering kan ha negative konsekvenser for den enkelte. I spørreundersøkelsen har fastlegene oppgitt om pasienter på deres liste har opplevd ulike negative konsekvenser i påvente av et rehabiliteringstilbud i kommunehelsetjenesten og/eller i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av hvor ventetiden har oppstått.

Figur 5 viser at det er spesielt tre typer konsekvenser som skiller seg ut. 63 prosent av fastlegene har opplevd funksjonsforverring hos pasienter på deres liste i påvente av et rehabiliteringstilbud. 16 prosent har opplevd at pasienter har fått varig funksjonstap. 58 prosent av fastlegene oppgir at pasienter har falt ut av arbeidslivet. En like stor andel av fastlegene oppgir at pasienter i større grad har blitt sosialt isolert. Fastlegene oppgir i hovedsak at de har opplevd disse konsekvensene av ventetid til rehabilitering for et mindretall av sine pasienter. Noen få fastleger oppgir at de har opplevd disse konsekvensene for et flertall av sine pasienter.

I spørreundersøkelsen til de private rehabiliteringsinstitusjonene svarer 40 institusjoner (93 prosent) at de erfarer at pasienter i noen eller stor grad henvises til institusjonen lang tid etter at behovet for rehabilitering har oppstått. Av disse oppgir

halvparten av institusjonene at det medfører at disse pasientene i stor grad opplever å bli sosialt isolert. To av fem institusjoner oppgir at sene henvisninger medfører at pasienter faller helt eller delvis ut av arbeidslivet. En tredel av institusjonene oppgir at pasientene i stor grad opplever funksjonsforverring.

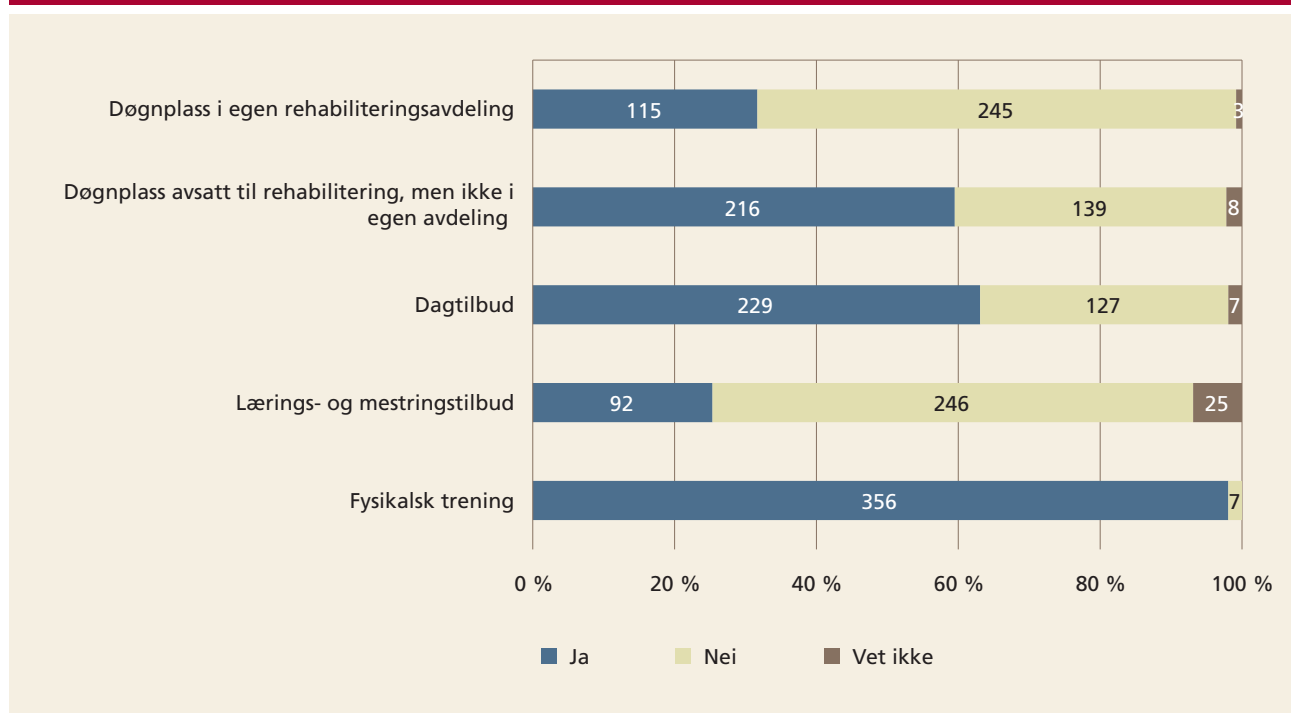
4.2 I hvilken grad er det tilgang på rehabilitering i kommunehelsetjenesten?

4.2.1 Tilgang på rehabilitering i kommunene

Rehabiliteringsplasser

Tall fra KOSTRA viser at det i 2010 var totalt 41 391 plasser i institusjon i kommunene. I perioden fra 2005 til 2010 har det vært en økning i antallet korttidsplasser til fordel for langtidsplasser. I 2010 var 5988 av det totale antallet plasser i institusjon korttidsplasser. Tall fra KOSTRA viser videre at en større andel av korttidsplassene i kommunene er avsatt til rehabilitering. Antallet plasser avsatt til rehabilitering har økt med 418 plasser i perioden fra 2005 til 2010, fra 1587 til 2005 plasser. Det har vært størst prosentvis økning i kommuner i Helseregion Midt-Norge og i kommuner med færre enn 5000 innbyggere og kommuner med 20 000 eller flere innbyggere.⁴¹

Figur 6 Hvilke rehabiliteringstilbud har kommunen som gis i institusjon? (n = 363)



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene (2010)

41) Kommunestørrelse per 31.12.2010.

I perioden fra 2005 til 2010 har antallet plasser avsatt til rehabilitering i forhold til innbyggertall økt fra 3,4 til 4,1 plasser per 10 000 innbyggere. Kommunene i Helseregion Midt-Norge hadde i 2010 det høyeste antallet plasser avsatt til rehabilitering sett i forhold til befolkningen, med 5,2 plasser per 10 000 innbyggere.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser hvilke tilbud kommunene har i institusjon. Svarene er gjengitt i figur 6.

Figur 6 viser at nær alle kommuner gir tilbud om fysisk trening i institusjon. Over halvparten av kommunene har døgnplass avsatt til rehabilitering i ordinær avdeling, og tilsvarende andel kan tilby dagtilbud til rehabiliteringspasienter. Færrest kommuner kan tilby døgnplass i egen rehabiliteringsavdeling og lærings- og mestringstilbud i institusjon.

Spørreundersøkelsen viser at 84 prosent av kommunene har enten en egen avdeling for rehabilitering eller plasser som er avsatt til rehabilitering. 16 prosent av kommunene har ingen av delene. Det er små forskjeller med hensyn til kommunestørrelse målt i antall innbyggere.

Fastlegers oppfatning av ventetid til rehabiliteringsplass i kommunen

59 prosent av fastlegene oppgir at det er betydelig eller svært betydelig ventetid til rehabiliterings-

plass i kommunen, uavhengig av om kommunen har egne rehabiliteringsplasser i institusjon eller ikke.

I alle kommunene i dybdeundersøkelsen vises det til at det er press på de kommunale institusjonsplassene. Derfor blir rehabiliteringsplassene i kommunene benyttet av andre enn rehabiliteringspasienter. Det gjelder spesielt rehabiliteringsplasser i ordinære sykehjemsavdelinger. Målet i mange kommuner er at et rehabiliteringsopphold skal gjøre pasientene i stand til å klare seg lenger i eget hjem.

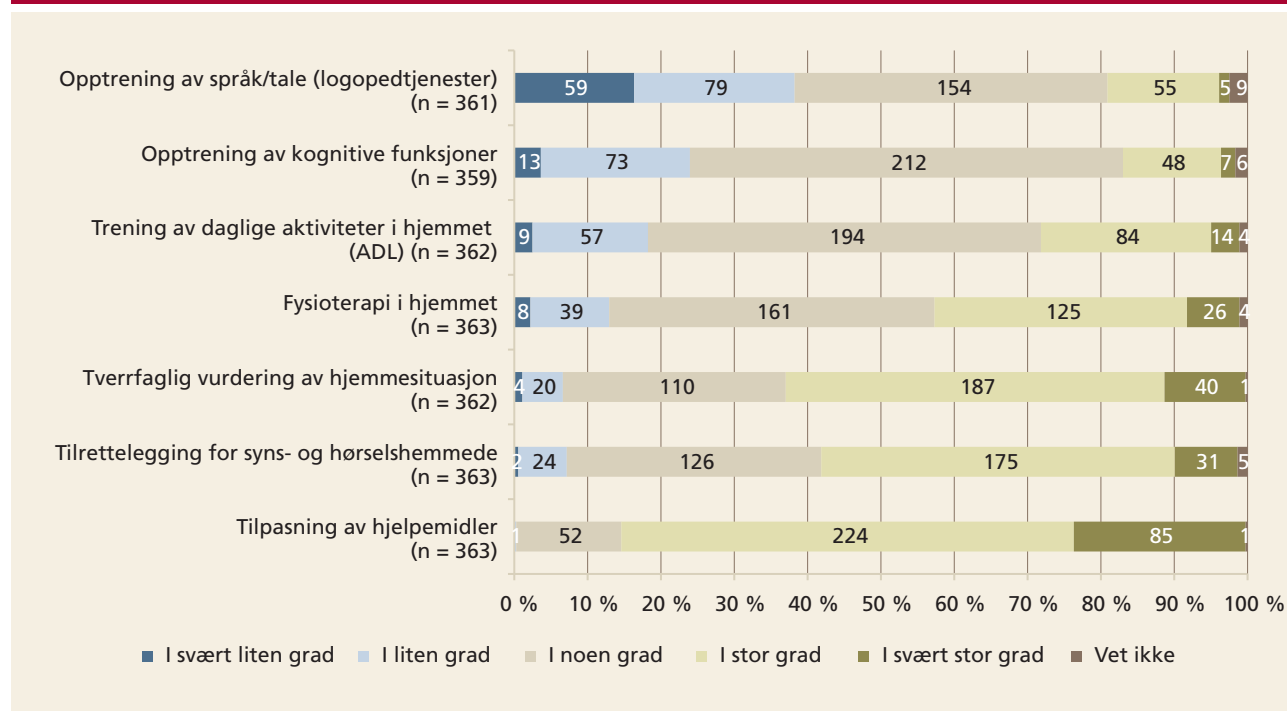
Rehabiliteringstiltak utenfor institusjon

Rehabiliteringstiltak ytes i stor grad utenfor institusjon. Spørreundersøkelsen til kommunene viser at kommunene tilbyr ulike tjenester og tiltak. Svarfordelingene er gjengitt i figur 7.

Figur 7 viser at kommunene har størst utfordringer med å tilby opptrening av språk og tale, opptrening av kognitive funksjoner og trening av daglige aktiviteter i hjemmet. Når det gjelder tilpasning av hjelpemidler, kan nær alle kommuner tilby dette i noen eller i stor grad.

I intervjuene i dybdeundersøkelsen vises det gjennomgående til at fysio- og ergoterapeutene har en viktig rolle i kommunens rehabiliteringsvirksomhet. Kommunene opplever at pasienttiltak som må ytes i pasientens hjem, er ressurskrevende.

Figur 7 I hvilken grad kan kommunen tilby rehabiliteringstjenester utenfor institusjon?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene (2010)

Det gjør at fysioterapeuter i mindre grad kan tilby individuell trening i hjemmet. Fysioterapeutene gir i stor grad tiltak i form av gruppetrening i kommunale lokaler.

Flertallet av kommunene viser til at kommunens ergoterapeuter i stor grad jobber med tilrettelegging av bolig og hjelpemidler. Kommunene har for få ergoterapeuter til at disse kan prioritere å jobbe med pasienter som trenger trening av finmotorikk og trening av daglige aktiviteter i hjemmet (ADL). Et fåtall av kommunene i dybdeundersøkelsen mener at ergoterapeutene har god tid til å jobbe med rehabiliteringstiltak utover hjelpemidler og tilrettelegging. Disse kommunene har et godt utbygget rehabiliterings-tilbud.

Fysioterapiårsverk

Tall fra KOSTRA viser at det samlede antallet årsverk av fysioterapeuter i kommune-helsetjenesten økte fra 3992 årsverk i 2005 til 4272 årsverk i 2010. Sett i forhold til antall innbyggere har utviklingen vært stabil. I 2005 var det 8,6 årsverk av fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbyggere, mens tilsvarende andel var 8,7 årsverk i 2010.

Kommunene registrerer antallet årsverk av fysioterapeuter som arbeider med diagnose, behandling og rehabilitering, i KOSTRA. Fordelingen er vist i tabell 8.

Tabell 8 viser at det i perioden fra 2005 til 2010 har vært en svak økning i antallet årsverk av fysioterapeuter som arbeider med diagnose, behandling og rehabilitering. Totalt har antallet årsverk økt med fem prosent i perioden, og nesten hele økningen kan forklares med vekst i årsverk av fysioterapeuter med fast lønn.

Sett i forhold til antall innbyggere har antallet årsverk av fysioterapeuter knyttet til diagnose,

behandling og rehabilitering blitt noe redusert i perioden, fra 7,1 til 7 årsverk per 10 000 innbyggere. Det er flest fysioterapeuter i kommunene i Helse Nord og færrest i Helse Vest, med henholdsvis 8,2 og 6,6 årsverk per 10 000 innbyggere.

Fastlegers oppfatning av ventetid til fysioterapi i kommunen

I spørreundersøkelsen til fastlegene svarer 73 prosent av fastlegene at ventetiden til fysioterapi i kommunen er betydelig eller svært betydelig. Åtte prosent gir en nøytral vurdering av ventetiden, mens 15 prosent oppgir at ventetiden er ubetydelig.

Det er forskjeller med hensyn til kommunestørrelse og regiontilhørighet. Andelen fastleger som oppgir at ventetiden til fysioterapi i kommunen er betydelig eller svært betydelig, øker jo større kommunen er. Mellom 73 og 77 prosent av fastlegene i Helseregion Sør-Øst, Helseregion Nord og Helseregion Midt-Norge svarer at ventetiden til fysioterapi i kommunen er betydelig eller svært betydelig.

En spørreundersøkelse om fysioterapeuter i kommunene gjennomført på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet viser at det spesielt for kronikergrupper er lang ventetid for å komme inn til fysioterapi.⁴³

Ergoterapiårsverk

I tillegg til fysioterapeuter er ergoterapeuter en sentral faggruppe for rehabiliteringsvirksomheten i kommunene. Kommunene registrerer antallet ergoterapiårsverk som er knyttet til kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten, i KOSTRA. Det er ikke mulig å skille ut antallet ergoterapeuter som jobber i rehabiliteringstjenesten i kommunene. Fordelingen er presentert i tabell 9.

Tabell 8 Årsverk av fysioterapeuter som arbeider med diagnose, behandling og rehabilitering, etter avtaleform (2005–2010)⁴²

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Med driftsavtale	2481	2491	2504	2542	2483	2488
Med fast lønn	737	756	775	817	844	876
Turnuskandidater	86	100	101	94	88	92
Totalt	3304	3346	3380	3452	3414	3455

Kilde: SSB, statistikkbanken tabell 03808

42) Private fysioterapeuter uten driftsavtale er ikke inkludert.

43) Agenda (2009), Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten.

Tabell 9 Årsverk av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten (2005–2010)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Endring i prosent
Midt-Norge	187	206	224	225	215	235	26
Nord	105	128	151	157	152	169	61
Sør-Øst	520	599	679	706	712	731	41
Vest	220	249	271	284	301	302	37
Totalt	1033	1182	1325	1373	1380	1437	39

Kilde: SSB, statistikkbanken tabell 07798

Tabell 9 viser at antallet ergoterapeuter har økt med 39 prosent fra 2005 til 2010. Årsverk til ergoterapi har økt mest i kommunene i Helse-region Nord og minst i kommunene i Helse-region Midt-Norge. Antallet ergoterapeuter per innbygger har for alle landets kommuner økt fra 2,2 til 2,9 ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. Det er flest ergoterapeuter per innbygger i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere, med 3,3 ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. Tilsvarende er det 2,2 ergoterapeuter i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere og 2,4 ergoterapeuter i kommuner med mellom 5000 og 19 999 innbyggere.

Fastlegers oppfatning av ventetid til ergoterapi i kommunen

Mange kommuner har ikke fast ansatte ergoterapeuter. 30 prosent av fastlegene oppgir at de ikke kjenner til ventetiden, eller at ergoterapi ikke finnes i kommunen. Av de fastlegene som har en oppfatning av ventetiden til ergoterapi i deres kommune, svarer 62 prosent at ventetiden er

betydelig eller svært betydelig. 18 prosent har en nøytral vurdering av ventetiden, mens 20 prosent oppgir at ventetiden er ubetydelig.

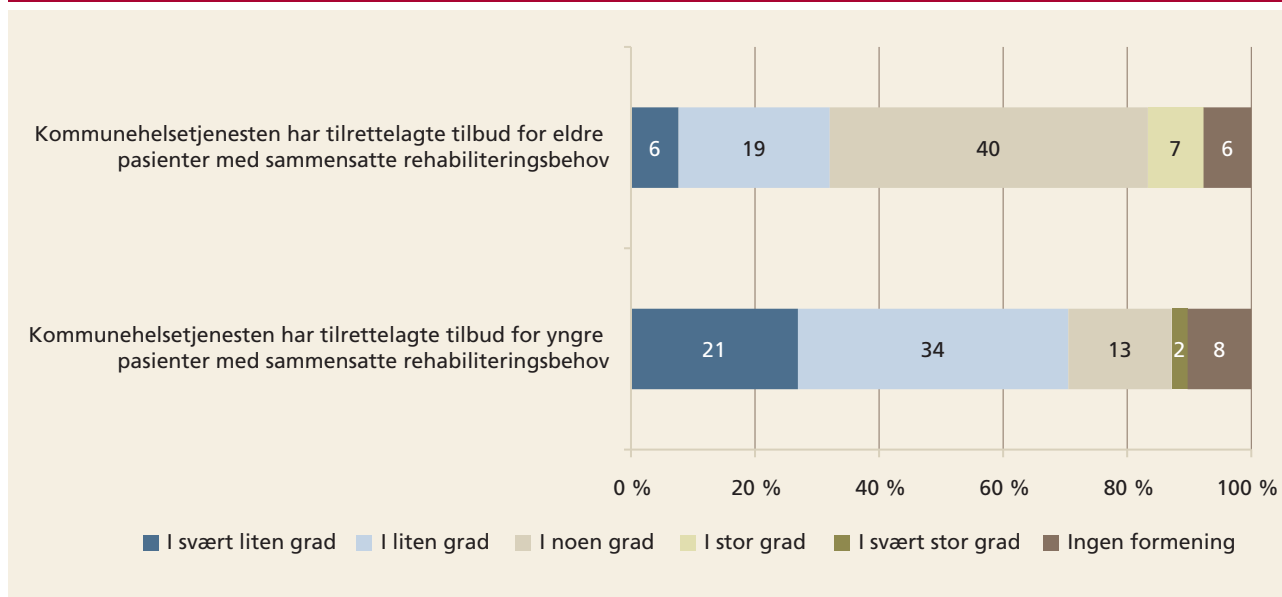
4.2.2 Tilrettelegging av rehabiliteringstilbudet i kommunene

Spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene viser at fem avdelingsledere (14 prosent) mener at kommunehelsetjenesten i liten eller svært liten grad har kompetanse til å følge opp de tiltakene som avdelingen anbefaler. Videre mener 13 avdelingsledere (37 prosent) at kommunehelsetjenesten i liten eller svært liten grad har kapasitet til å følge opp de tiltakene avdelingen anbefaler. Manglende tilbud i kommunehelsetjenesten medfører at noen pasienter får forlenget oppholdet sitt i rehabiliteringsavdelingen. 8 avdelingsledere (23 prosent) oppgir at rehabiliteringspasienter i stor eller svært stor grad får forlenget opphold i rehabiliteringsavdelingen pga. manglende tilbud i kommunehelsetjenesten.



Kilde: Stig Børre Elvegård / Samfoto / SCANPIX

Figur 8 I hvilken grad har kommunehelsetjenesten tilrettelagte tilbud for henholdsvis eldre og yngre pasienter med sammensatte rehabiliteringsbehov? (n = 78)



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til avdelingsledere i rehabiliteringsavdelinger (2011) og Riksrevisjonens spørreundersøkelse til private rehabiliteringsinstitusjoner (2011)

En brukerundersøkelse gjennomført av SINTEF i 1999 viser at eldre kvinner og menn med behov for rehabilitering i større grad får kommunale tilbud enn yngre.

Figur 8 viser at tjenesteyterne i spesialisthelsetjenesten i liten grad opplever at kommunene kan gi tilrettelagte tilbud til pasienter med sammensatte rehabiliteringsbehov. Det er betydelig forskjell i svarene om tilbudet til eldre og yngre pasientgrupper. Tjenesteyterne i spesialisthelsetjenesten mener at kommunehelsetjenesten i større grad kan gi tilrettelagte tilbud til eldre pasienter med sammensatte rehabiliteringsbehov enn til yngre pasienter. Over 60 prosent av tjenesteyterne mener at kommunehelsetjenesten i liten eller svært liten grad kan gi et tilrettelagt tilbud til yngre pasienter.

Spørreundersøkelsen viser at 26 prosent av fastlegene mener at det i liten grad er samsvar mellom enkeltpasienters behov og tilgjengelig rehabiliteringstilbud i kommunen. I likhet med tjenesteyterne i spesialisthelsetjenesten opplever fastlegene at tilbudet i mindre grad er tilrettelagt for yngre enn for eldre pasientgrupper. 42 prosent av fastlegene opplever at kommunene i liten eller i svært liten grad har tilrettelagte tilbud for yngre pasientgrupper, mens 18 prosent opplever at kommunen i liten eller i svært liten grad har tilrettelagte tilbud for eldre pasientgrupper. Det gjelder uavhengig av hvilken region og kommune størrelse fastlegen representerer.

Halvparten av kommunene oppgir at de tilbyr instruert trening i varmtvannsbasseng for rehabiliteringspasienter. Av disse oppgir 80 prosent at tilbudet er tilrettelagt for personer med behov for assistanse. Det er nylig avgitt to doktorgrader ved henholdsvis Universitetet i Oslo (2011) og Universitetet i Bergen (2010) som konkluderer med at rehabilitering i varmt klima har en positiv innvirkning på effekten av rehabiliteringen for pasienter med MS, revmatisme og nevrologiske lidelser.

4.2.3 Organisering og prioritering av rehabilitering i kommunene

Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 32 prosent av kommunene har organisert rehabiliteringsvirksomheten som en egen organisatorisk enhet. Det er særlig de større kommunene som har gjort det. 62 prosent av kommunene med 20 000 eller flere innbyggere har organisert



Kilde: Colourbox

rehabilitering som en egen enhet, mot 23 prosent av kommunene med 5000 eller færre innbyggere.

I spørreundersøkelsen oppgir 7 prosent av kommunene at rehabilitering i liten grad er prioritert. Flertallet av kommunene, 55 prosent, oppgir at rehabilitering i noen grad er prioritert. 38 prosent av kommunene oppgir at rehabilitering i stor grad er prioritert i kommunen.

Det er en større andel av kommunene som har organisert rehabilitering som en egen enhet, enn av kommunene som ikke har gjort det, som oppgir at de i stor grad prioriterer rehabilitering (henholdsvis 52 prosent og 31 prosent). Videre oppgir en større andel av kommunene som har en plan for rehabilitering, enn av kommunene som ikke har en slik plan, at de i stor grad prioriterer rehabilitering (henholdsvis 46 prosent og 27 prosent).

Dybdeundersøkelsen viser at det ikke er en direkte sammenheng mellom hvordan rehabilitering er organisert, og hvordan den er prioritert. I intervjuene i kommunene er det oppgitt flere fordeler og ulemper ved valg av organisering. Både kommuner som har valgt å organisere rehabilitering som en egen enhet, og kommuner som ikke har det, oppgir at organisering i egen enhet gjør rehabilitering mer synlig. På denne måten kan fagfeltet få en sterkere posisjon i den samlede helsetjenesten. I flere kommuner blir det vist til at det er viktig å ha eget og dedikert personale med kompetanse på rehabilitering. Samtidig vises det i flere kommuner til at en risiko ved å organisere rehabilitering i egen enhet kan være at andre enheter i kommunenes pleie- og omsorgstjenester ikke ser på rehabilitering som noe også de har ansvar for.

Dybdeundersøkelsen viser at det gjennomgående i kommunehelsetjenesten er en utfordring å prioritere rehabilitering. Det gjelder også i de kommunene der rehabilitering er synlig. Også i kommunene der rehabilitering er prioritert, vises det til at det er en utfordring å få gode data som bekrefter fordelene med rehabilitering, inkludert langsiktige gevinster. Slike data vil gjøre det enklere å argumentere for prioritering av rehabilitering.

Ulik forståelse av rehabilitering blant ansatte i kommunehelsetjenesten

I de kommunene i dybdeundersøkelsen som har en plan for rehabilitering, er felles forståelse et eget mål for nær alle planene. Planene setter mål som skal føre til at kompetansen til ansatte heves,

og at rehabilitering står sentralt i arbeidsmetodikken til alle faggruppene i kommunen. Planene har gjennomgående kompetanseheving som et viktig tiltak for å nå målsettingen.

I intervjuene peker flere av kommunene på at rehabilitering er noe som foregår som en del av alle kommunens tjenester. Både ansatte og ledere opplyser at det derfor er nødvendig med en felles forståelse av både hva rehabilitering er, og hva rehabilitering innebærer. Blant kommunene i dybdeundersøkelsen varierer det i hvilken grad det er etablert en felles forståelse av rehabilitering. I intervjuene pekes det på flere utfordringer knyttet til en slik felles forståelse. Et gjennomgående trekk er at forholdet mellom pleie og omsorg og rehabilitering er et utfordrende område. Ansatte og ledere i kommunene peker på at ansatte i pleie- og omsorgstjenestene ofte er presset på tid. Oppmerksomheten er ofte rettet mot å hjelpe pasientene framfor å hjelpe dem til å hjelpe seg selv.

I flere av kommunene i dybdeundersøkelsen vises det i intervjuene til at helsetjenesten har jobbet aktivt for å skape en felles forståelse av rehabilitering i de kommunale tjenestene. I én kommune opplyses det om at individuell plan har vært et viktig verktøy for å oppnå denne felles forståelsen. Individuell plan har blitt benyttet for at alle fagetatene skal få et eierskap til rehabilitering. I de kommunale planene for rehabilitering er individuell plan et gjennomgående tema. I de fleste planene er individuell plan videre nevnt som et tiltak for å skape felles forståelse av rehabilitering.

4.3 I hvilken grad er rehabiliteringstjenestene planlagt med utgangspunkt i behov?

I intervju med Helse- og omsorgsdepartementet understrekes det at det er vanskelig å måle hva som er et generelt behov for rehabiliteringstjenester i befolkningen. Behovet hos den enkelte pasient varierer, og tjenestene må tilpasses i en rehabiliteringsprosess.

Helsedirektoratet påpeker i intervju at det er en utfordring å få en oversikt over kapasitet og behov på fagfeltet og å kunne sammenligne det med målene som er satt i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering.

4.3.1 Identifiserte behov på regionalt nivå og helseforetaksnivå

Alle de regionale helseforetakene har utarbeidet planer for habilitering og rehabilitering. Det er kun Helse Vest RHF som har en gjeldende plan. I intervju med Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge vises det til at planer for rehabilitering er under revisjon. Helse Sør-Øst RHF opplyser i intervju at det er besluttet å utarbeide en regional strategi for rehabilitering. I innspill til den kommende strategien har fagrådet for rehabilitering i Helse Sør-Øst påpekt at det er viktig at rehabiliteringstilbudet styrkes i hele behandlingsskjeden for pasienter som trenger spesialisthelsetjenester.

Planene viser til at det er vanskelig å beregne rehabiliteringsbehovet i befolkningen, og derfor er det også vanskelig å planlegge dimensjoneringen av rehabiliteringstjenestene. En av grunnene til dette, blir det påpekt i planene, er at rehabilitering er lite synlig i statistikken og kodeverket. Planene problematiserer at det ikke er mulig å finne ut hvor stor andel av pasienter med antatte rehabiliteringsbehov som faktisk får nødvendige tjenester, og hvor mange som ikke får det.

Planene for Helse Nord og Helse Midt-Norge refererer til generalplanen for fysikalsk medisin og rehabilitering i sine behovsvurderinger.⁴⁴ Helse Vest viser i sin handlingsplan til erfaringstall fra Spesialsykehuset for rehabilitering i Stavern, som også har brukt generalplanen som utgangspunkt for behovsvurdering. Ifølge generalplanen er det antatte behovet for døgnbasert spesialisert rehabilitering 30 plasser for en befolkning på 100 000 personer. Alle de regionale helseforetakene opplyser i intervju at pasientgrunnlaget for rehabilitering er vesentlig endret sammenlignet med hvordan det var på det tidspunktet planene ble skrevet.

Når det gjelder organisering av rehabiliteringstjenestene, er det i flere regionale planer påpekt at det er behov for enheter for fysikalsk medisin og rehabilitering. I Helse Vests handlingsplan begrunnes dette med at det vil sikre en god styring med tjenestene, effektiv ressursutnyttelse og samhandling mellom ulike tjenestetilbud. Fagrådet for rehabilitering i Helse Sør-Øst gir

44) Norsk generalplan for fysikalsk medisin og rehabilitering 2003–2007. Den norske legeförening. Denne planen er utarbeidet av en spesialforening i Legeföreningen, og er ikke en anbefaling fra sentrale helsemyndigheter. De viktigste målgruppene i planen er definert til å være pasienter med hjerneslag, traumatisk hjerneskade, ryggmargsskade, amputasjoner, multitraume, hjertesykdommer, lungesykdommer, multippel sklerose og muskel-/skjelettplager.



Kilde: Colourbox

lignende anbefaling til regionens strategiarbeid. Fagrådet påpeker at hvert sykehusområde må ha en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering for å møte de kapasitetsmessige utfordringene i rehabilitering som innbefatter krav om en bedre koordinert rehabiliteringstjeneste.

Det har de siste årene vært en dreining fra døgnbehandling til poliklinisk og ambulant virksomhet. Denne utviklingen er belyst i flere planer der det er antatt at det spesialiserte rehabiliteringstilbudet i større grad vil bli organisert som ambulante tilbud, gruppebaserte dagtilbud og tverrfaglige polikliniske konsultasjoner. Det vises til at det både nasjonalt og internasjonalt er økt oppmerksomhet på betydningen av sammenhengende behandlingsskjeder. Helse Sør-Øst påpeker i intervju at oppmerksomheten rettes mot sengebasert rehabilitering, mens trendene i somatikken går mer mot ambulant og poliklinisk virksomhet. Det regionale helseforetaket viser videre til at overgangene mellom sykehus og kommune skal sikres gjennom arbeidet med pasientforløp.

I intervju med Helse Nord vises det til at det i nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering

er en klar føring for at døgnopphold skal brukes mindre, og at dagopphold og polikliniske tilbud skal brukes mer. Det at døgnkapasiteten reduseres i helseforetakene, er ifølge helseforetaket en ønsket utvikling når det gjelder rehabilitering. Helse Nord uttaler at rehabilitering bygges inn i tilbudet som gis i de andre avdelingene.

I intervju med Helse Vest RHF er det påpekt at fundamentet i den regionale planen er å tenke behandling med rehabilitering integrert. Denne delen av kapasiteten er ikke lett å tallfeste. Helse Vest viser også til at det har vært behov for å styrke den nære rehabiliteringen, dvs. den rehabiliteringen som gis i den kliniske virksomheten i sykehusene. I intervju med Helse Sør-Øst RHF vises det til at nevrologene har blitt flinkere til å tenke funksjonstrening tidlig. Det regionale helseforetaket viser videre til at effekten av tidlig rehabilitering har blitt sterkt dokumentert. Det gjør at medisinsk behandling og rehabilitering har blitt tettere koblet.

Det er i intervju med flere regionale helseforetak påpekt at det arbeides med å utvikle nye standardiserte pasientforløp. Rehabilitering inngår i disse forløpene og er en integrert del av tilbakeføringen av pasienten.

Helse Sør-Øst RHF har i brev til Riksrevisjonen påpekt at det gjennom flere utredninger har kommet fram at dimensjoneringen av behandlingstilbudene på området for rehabilitering ikke er optimalt innrettet. Nye behandlingsformer, særlig når det gjelder kirurgi, har ført til at tidsperspektivet på behandlingsforløpet for den enkelte pasient kan være vesentlig redusert. De vurderingene sykehusområdene gjør av framtidige kapasitetsbehov, konkretisert i områdeplanene, vil danne grunnlag for fornyede regionale behandlingsforløp. Det regionale helseforetaket har foreløpig ikke oversikt over behovet for sengeplasser i spesialisert rehabilitering.

4.3.2 I hvilken grad er behov beskrevet i kommunale planer?

Kommunenes rehabiliteringsvirksomhet skal planlegges på systemnivå. Det er ikke krav om egen plan for rehabilitering, men en slik plan kan være innarbeidet i kommunens helseplan eller kommuneplan. Spørreundersøkelsen viser at 60 prosent av kommunene har en plan for rehabilitering, eller en plan der rehabilitering inngår som eget område. 37 prosent oppgir at de ikke har en slik plan. Kommunestørrelsen har liten

betydning for om kommunen har en slik plan eller ikke.

Blant kommunene i dybdeundersøkelsen har tre av åtte kommuner en operativ/gjeldende rehabiliteringsplan. To av kommunene er plassert i opp-taksområdet til Helse Vest. De andre fem har planer som er foreldet. Flere av disse kommunene er i gang med å revidere planene sine. Ingen av de operative planene gir en oversikt over behov for rehabiliteringstjenester blant befolkningen i kommunen. Planene indikerer hvilke tjenester det er behov for, men ikke samlet oversikt over omfang. I en av de operative planene går det systematisk igjennom hva kommunen har ansvar for, og hvilke utfordringer det gir som må løses. Kommunen ser at utfordringene ikke er relatert til ressurser og faglighet, men til styring, organisering, koordinering og fleksibilitet i de kommunale tjenestene.

I dybdeundersøkelsen har flere kommuner påpekt at til tross for at eksisterende rehabiliteringsplan er vedtatt i kommunestyret, er det vanskelig å få til de nødvendige kapasitetsøkningene som er beskrevet i planen. En kommune viser til at rehabiliteringsplanen i kommunen ble vedtatt i 2007, men at det ikke ble bevilget tilstrekkelig med midler øremerket rehabilitering. I spørreundersøkelse til kommunene svarer 60 prosent av kommunene at de har etablert systemer eller rutiner som gir nødvendig oversikt over brukere med behov for rehabilitering. 35 prosent av kommunene oppgir at de ikke har etablert et slikt system eller slike rutiner. I kommuner som har et tildelingskontor, er oppgaven med å ha oversikt over behov lagt dit. I andre kommuner er oppgaven lagt til koordinerende enhet eller bruker-kontoret.

5 I hvilken grad sikres rehabiliteringspasienter et helhetlig og koordinert tilbud i helsetjenesten?

5.1 I hvilken grad er rehabiliteringstjenestene koordinerte og individuelt tilpassede?

Rehabiliteringspasienter har svært ofte behov for tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Kvalitet i tjenesten avhenger av at det legges til rette for god samhandling, og at aktørene utvikler en samarbeidskultur.

5.1.1 Samarbeidsavtaler, ansvarsavklaring og rutiner for samarbeid

Samarbeidsavtaler

I 2007 inngikk Helse- og omsorgsdepartementet og KS en nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet. Formålet med avtalen er å understøtte lokale samarbeidsavtaler og danne grunnlag for samhandling mellom likeverdige parter. I tillegg skal avtalen bidra til systematisk oppfølging på samhandlingsområdet på nasjonalt nivå.

Samarbeidsavtaler er et viktig virkemiddel for å sikre helhetlige tjenester. Det er påpekt i styringsinformasjon til de regionale helseforetakene og kommunene.⁴⁵ Tjenesteyterne bør vurdere om samarbeidsavtalene kan inkludere habiliterings- og rehabiliteringsområdet der utfordringene er omfattende.⁴⁶

I årlige meldinger til departementet rapporterer de regionale helseforetakene at de har inngått samarbeidsavtaler med kommunene i sine helse-regioner. Flere regionale helseforetak rapporterer at de jobber videre med å forbedre avtalene og samarbeidet med kommunene. Eksempelvis skriver Helse Sør-Øst RHF i årlig melding for 2010 at "informasjonsflyten mellom helseforetak og kommuner må bedres i tråd med vedtakene i omstillingsprogrammet og overordnede rammeavtaler. Konkrete og forpliktende samarbeidsavtaler videreutvikles". I arbeidet med å videreutvikle samarbeidsavtalene fokuseres det på å få til en tett dialog mellom helseforetakene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene og å utvikle gjensidige

hospiteringsordninger. Disse tiltakene skal være med på å bedre pasientbehandlingen.

I dybdeundersøkelsen opplyser ledere og ansatte i kommuner og helseforetak at samarbeidsavtalene som er inngått mellom kommunen og helseforetaket, har en generell og overordnet karakter. Avtalene inneholder ingen beskrivelse av hvilken kapasitet som er tilgjengelig i henholdsvis kommuner og helseforetak. Avtalene omhandler samarbeid om pasienter som trenger tjenester fra begge nivåene, og omhandler ikke spesifikt rehabiliteringspasienter. Det fokuseres på overføring av pasienter fra et helsetjenestenivå til et annet, og da spesielt utskrivning fra helseforetaket, i tillegg til informasjonsutveksling. Flere kommuner påpeker at det er en utfordring for kommunene er å ha tilstrekkelig kapasitet og god nok kompetanse til at de fortløpende kan ivareta nye pasientgrupper som krever nye helsetjenester. Flere helseforetak opplyser at manglende kapasitet i kommunene øker trykket på helseforetakene.

Rapportering i KOSTRA for 2010 viser at 184 kommuner og bydeler har etablert en samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten som inneholder rehabilitering, mens 227 kommuner ikke har etablert en slik avtale. 32 kommuner har ikke rapportert på indikatoren.

I ny helse- og omsorgslov er det krav om at det skal inngås samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.⁴⁷ Helse- og omsorgsdepartementet har gitt ut en nasjonal veileder om utarbeidelse av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak / helseforetak.

Rutiner for samarbeid

Det varierer hvorvidt rehabiliteringsavdelinger og private rehabiliteringsinstitusjoner har skriftlige rutiner for samarbeid med kommunene om pasienter som trenger videre rehabilitering i kommunen etter utskrivningen. Se faktaboks 2 på neste side. I spørreundersøkelsen oppgir 24 av 35 rehabiliteringsavdelinger ved helseforetakene (69 prosent) og 31 av 43 private rehabiliteringsinstitusjoner (72 prosent) at de har skriftlige rutiner for samarbeid med kommunene.

45) Årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet og rundskriv fra Helsedirektoratet.

46) IS-1/2011 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2011*. Rundskriv fra Helsedirektoratet til kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og regionale helseforetak. Foreløpig versjon 1.12.2010.

47) Prop. 91 L (2010–2011), jf. Innst. 424 L (2010–2011).

Faktaboks 2 Eksempel på felles retningslinjer for utskriving av pasienter som trenger kommunale pleie-, omsorgs- og rehabiliteringstjenester

Retningslinjen skal blant annet:

- styrke pasientsikkerheten ved utskriving
- sikre at pasienten tas hånd om på riktig omsorgsnivå basert på LEON-prinsippet, også internt i kommunen
- bidra til å standardisere hva som er god kvalitet i samhandlingen omkring utskriving mellom alle sykehus (i helseforetaket) og alle kommunene (i nedslagsfelt)
- Sikre god samhandling og forståelse mellom nivåene i helsetjenesten.

Retningslinjen beskriver helseforetakets ansvar knyttet til planlegging av utskriving og ansvar ved utreise, og kommunens ansvar. Det er videre stilt krav til innhold i epikrise og behandlingsrapporter. Begrepet *utskrivningsklar pasient* er definert med kriterier ved utskriving og prosedyre hvis uenighet om pasienten er utskrivningsklar. Videre er det punkter om krav til kommunen og avvik fra retningslinjen.

Kilde: Sørlandet sykehus HF

Ansvars- og oppgaveavklaring

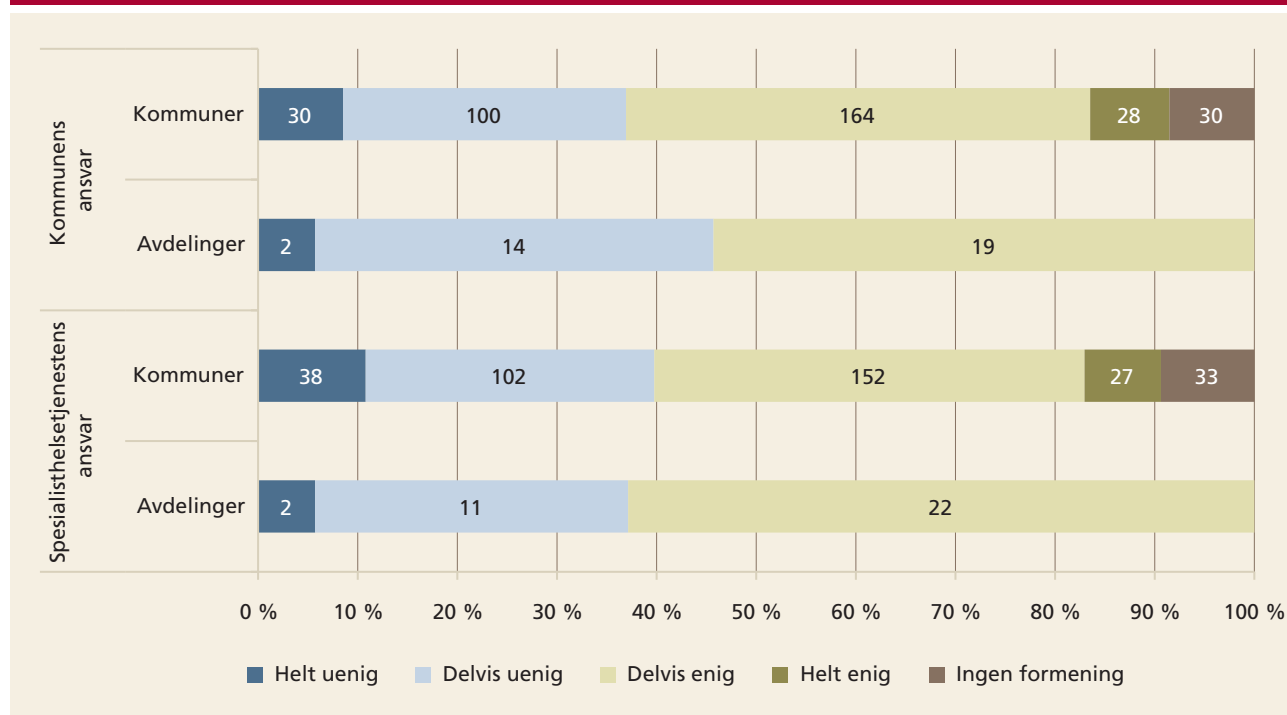
Spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og til kommunene belyser i hvilken grad tjenesteyterne er enige om hvilket ansvar som er tillagt hver av dem. Resultatene er presentert i figur 9.

Figur 9 viser at rundt 40 prosent av kommunene og avdelingslederne i helseforetakenes rehabiliteringsavdelinger er uenig i at det er enighet mellom avdelingene og kommunene om hvilket ansvar som er tillagt henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et fåtall av kommunene, og ingen av avdelingslederne, er helt enig i at det er enighet om ansvarsfordelingen.

I dybdeundersøkelsen framkommer det at kommunens kapasitet og kompetanse påvirker hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten har mulighet til å ivareta. Dette påvirker hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten har mulighet til å ivareta. Alle helseforetakene i dybdeundersøkelsen påpeker mangelen på logopeder og ergoterapeuter i kommunene. Logopeder og ergoterapeuter utgjør faggrupper som er viktige for pasienter med kognitive problemer. Det er i flere helseforetak påpekt at pasienter med nevrologiske sykdommer kan være en utfordring. Ifølge ansatte i rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene er det varierende hvilke tjenester som kan tilbys disse pasientene i kommunene. Rehabiliteringsavdelingene i dybdeundersøkelsen påpeker at i tillegg til mangel på viktige faggrupper er omfanget av tjenester som tilbys i kommunene, også en utfordring.

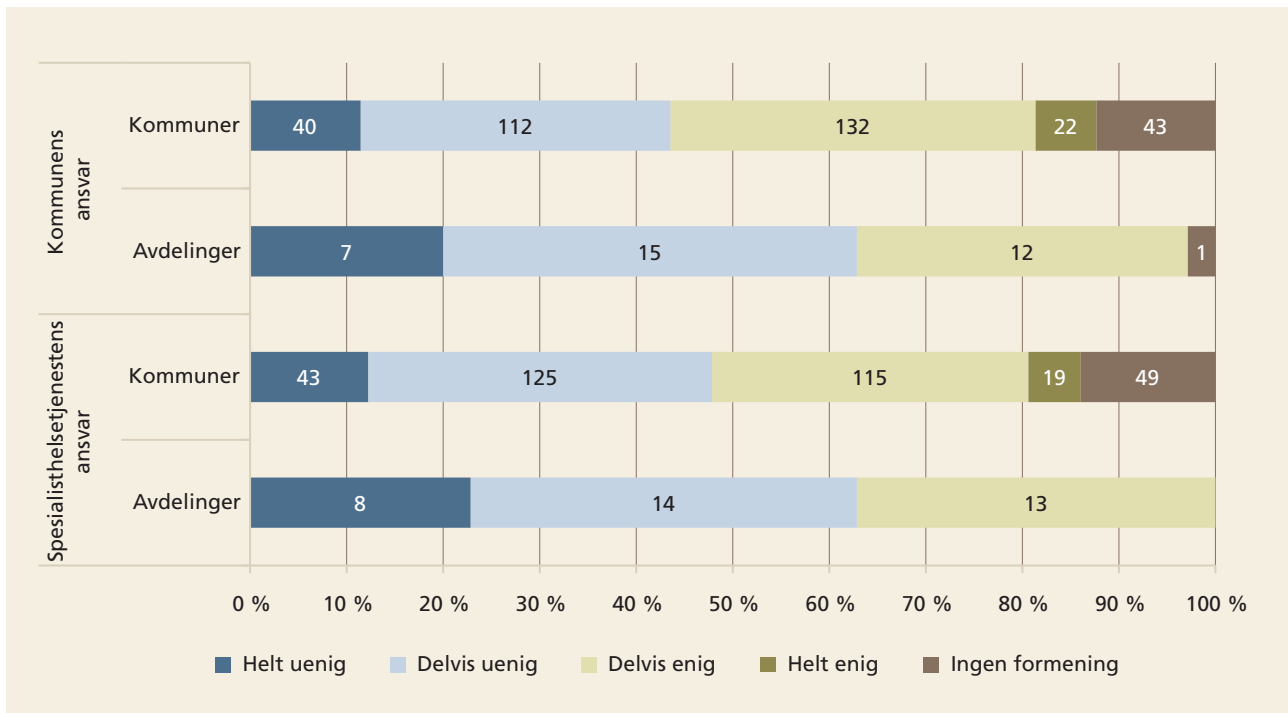
Helse Sør-Øst opplyser i intervju at helseforetakene i regionen, i samarbeid med kommunene,

Figur 9 Det er enighet mellom avdelingen og kommunene om hvilke rehabiliteringstjenester kommunen skal ha ansvar for, og hvilke rehabiliteringstjenester spesialisthelsetjenesten skal ha ansvar for



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til rehabiliteringsavdelinger i helseforetak (2011) og kommuner (2010)

Figur 10 Helsemyndighetene er tydelig på hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar, og hva som er kommunehelsetjenestens ansvar



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til rehabiliteringsavdelinger i helseforetak (2011) og kommuner (2010)

er i gang med å utarbeide og vedta områdeplaner for enkelte fagområdene. Disse områdeplanene skal bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak og vil være et utgangspunkt for en nærmere definisjon av hvilke tjenester og oppgaver som skal ivaretas av helseforetaket, og hva som skal ivaretas av kommunen.

I spørreundersøkelsene er det videre stilt spørsmål om hvorvidt sentrale helsemyndigheter har tydeliggjort ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Svarfordelingene er gjengitt i figur 10.

Figur 10 viser at en større prosentandel av avdelingslederne enn av kommunene er uenig i at helsemyndighetene er tydelige på hvilket ansvar som er tillagt de ulike tjenestenivåene. Ingen av avdelingslederne er helt enig i at helsemyndighetene er tydelige på hvilket ansvar som er tillagt henholdsvis kommunen og spesialisthelsetjenesten.

En av fire avdelingsledere og én av fem kommuner oppgir at forskrift om habilitering og rehabilitering i liten grad er tydelig med hensyn til ansvarsfordelingen mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det i forbindelse med ny helse- og omsorgslov er gjort

justeringer i forskrift om habilitering og rehabilitering. Direktoratet er bedt om å lede en arbeidsgruppe som skal gjøre en gjennomgang av pasientforløp og gi anbefaling om avgrensning av innholdet i rehabiliteringstilbudet i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt gjøre en gjennomgang av dagens tilbud i private rehabiliteringsinstitusjoner. Målet er å avklare hvilke deler av tilbudet som ut fra en faglig vurdering bør være henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenestens ansvar.

5.1.2 Samarbeid om enkeltpasienter

Fast kontaktpunkt for etablering av samarbeid
22 av 35 avdelingsledere ved helseforetakene (63 prosent) oppgir i spørreundersøkelsen at avdelingen har et fast kontaktpunkt i alle eller et flertall av kommunene for å etablere samarbeid om enkeltpasienter. Sju rehabiliteringsavdelinger (20 prosent) har et fast kontaktpunkt i et mindretall av kommunene. Fem avdelingsledere (14 prosent) oppgir at avdelingen ikke har et fast kontaktpunkt i noen kommuner.

28 prosent av kommunene oppgir at de har et fast kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten for å etablere samarbeid om enkeltpasienter. 57 prosent av kommunene oppgir at de ikke har et slikt fast kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten. 16 prosent

av kommunene oppgir at de ikke vet om kommunen har et fast kontaktpunkt i spesialisthelsetjenesten for å etablere samarbeid om enkeltpasienter.

Viktigheten av å ha faste kontaktpunkter framheves av helseforetak og kommuner i dybdeundersøkelsen. Faste kontaktpunkter er viktig for at faggruppene skal kunne igangsette samarbeid om enkeltpasienter så raskt som mulig.

Behov for videre rehabilitering i kommunen

I spørreundersøkelsene til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene oppgir 34 av 35 avdelingsledere (97 prosent) at alle eller et flertall av pasientene som skrives ut fra avdelingen, har behov for oppfølging av kommunehelsetjenesten. 23 av 43 private institusjoner (53 prosent) oppgir det samme.

Videre oppgir 31 av 35 avdelingsledere ved helseforetakene (89 prosent) at avdelingen i stor eller svært stor grad samarbeider med kommunehelsetjenesten om tiltak for den enkelte rehabiliteringspasient. Tre av fire private institusjoner samarbeider i stor eller svært stor grad med kommunehelsetjenesten. Halvparten av rehabiliteringsavdelingene og to av tre institusjoner oppgir at de i stor grad samarbeider med fastleger om rehabiliteringstiltak for enkeltpasienter.

I dybdeundersøkelsen oppgir et flertall av kommunene at de i stor grad er fornøyd med det samarbeidet kommunen har med rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene. Et flertall av kommunene er i mindre grad fornøyd med det samarbeidet kommunen har med ordinære avdelinger i helseforetakene. Flertallet av kommunene opplyser at de ordinære avdelingene ikke fokuserer på rehabilitering. Det er spesielt en utfordring når det gjelder eldre pasienter og deres restfunksjon.

En annen utfordring som er nevnt, blant annet av ansatte ved rehabiliteringsavdelingene i Helse Stavanger HF, er at pasienter skrives ut med mindre kognitive utfall fra ordinære avdelinger i helseforetakene. Når pasienten kommer til kommunen, oppdages det at kognitive utfall gir pasienten større problemer enn forutsatt. Pasientene søkes så inn til rehabiliteringsavdelingene. Få kommuner har kompetanse eller personell til å ivareta denne typen behov.

Spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene viser at alle rehabiliterings-

avdelingene og 38 av 43 private institusjoner (88 prosent) vurderer alle eller et flertall av pasientene med henblikk på om pasientene trenger videre rehabilitering i kommunen. Fire private institusjoner (9 prosent) vurderer et mindretall av pasientene med henblikk på om de trenger videre rehabilitering i kommunen. En institusjon opplyser at den ikke vurderer noen av pasientene.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 61 prosent av kommunene er enig i at spesialisthelsetjenesten gir gode anbefalinger om hva slags rehabiliteringstilbud pasienten trenger i kommunen etter utskrivningen. 36 prosent av kommunene er uenig i denne påstanden.

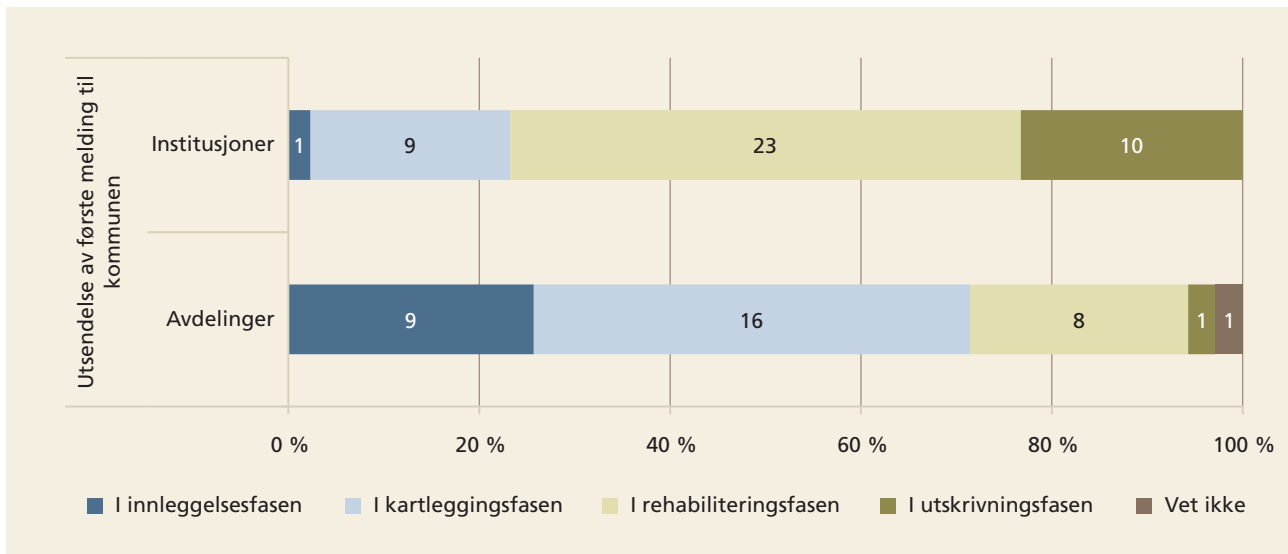
I dybdeundersøkelsen framkommer det at kommuner og helseforetak ofte har ulik oppfatning av hvilke tjenester pasienten trenger etter utskrivning fra sykehus. Flere kommuner påpeker at spesialisthelsetjenesten kjenner for lite til hvilke tjenester kommunen kan yte, og at spesialisthelsetjenesten derfor i mange tilfeller gir pasienten uriktige forhåpninger om hva pasienten skal få av tjenester i kommunen. For å redusere denne typen utfordringer har flere kommuner en ansatt fra kommunehelsetjenesten til stede i helseforetaket (sykehuset) én til to dager i uken for å delta i vurderingen av utskrivningsklare pasienter. Kommunens representant er med på å bestemme hvilke tiltak pasienten kan få i kommunen. Flere kommuner har også påpekt at kompetanse, personellsituasjon og kommunens geografi er med på å gjøre det utfordrende å følge opp de anbefalingene spesialisthelsetjenesten gir om videre rehabilitering.

I spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene oppgir 32 av 35 avdelingsledere ved helseforetakene (91 prosent) at ansatte ved avdelingen ofte eller svært ofte forhører seg om hvilke rehabiliteringsbehov kommunehelsetjenesten kan ivareta før pasienten blir utskrevet.⁴⁸ Tilsvarende oppgir 26 av 43 private institusjoner (60 prosent) at de ofte eller svært ofte forhører seg om hvilke rehabiliteringsbehov kommunehelsetjenesten kan ivareta.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 82 prosent av kommunene er helt eller delvis enig i at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilke tjenester kommunen kan tilby. 13 prosent av kommunene er helt eller delvis uenig i denne

48) Revisjonen vet ikke hvem de ansatte i helseforetakene eller avdelingslederne kontakter for å få denne informasjonen.

Figur 11 Når sender institusjonen/avdelingen vanligvis den første meldingen til kommunen om innlagte pasienter som vil ha behov for videre rehabilitering i kommunen?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til private institusjoner (n = 43) og til rehabiliteringsavdelinger i helseforetak (n = 35) (2011)

påstanden. 80 prosent av kommunene er helt eller delvis enig i at det er utfordrende for kommunen å følge opp de anbefalingene som gis av spesialisthelsetjenesten med hensyn til videre rehabilitering. 14 prosent av kommunene er helt eller delvis uenig i denne påstanden.

42 prosent av kommunene er enig i at spesialisthelsetjenesten følger opp utskrevne pasienter ved behov, mens 52 prosent av kommunene er uenig i denne påstanden.

Informasjonsutveksling i forbindelse med utskriving av rehabiliteringspasienter

For at kommunehelsetjenesten skal kunne ivareta pasientens behov om videre rehabilitering, er det nødvendig at kommunen blir varslet om at pasienten skal skrives ut. Figur 11 viser at det er ulikt *når* rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og de private rehabiliteringsinstitusjonene varsler kommunen om pasienter som trenger videre rehabilitering i kommunen etter utskriving.

Figur 11 viser at rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene tar tidligere kontakt med kommunehelsetjenesten om pasienter som vil ha behov for videre rehabilitering i kommunen etter utskrivingen, enn det de private rehabiliteringsinstitusjonene gjør. 10 private institusjoner (23 prosent) sender den første meldingen til kommunen om pasienter som trenger oppfølging, i utskrivningsfasen. Til sammenligning sender én av rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene (3 prosent) den første meldingen til kommunen i utskrivningsfasen.

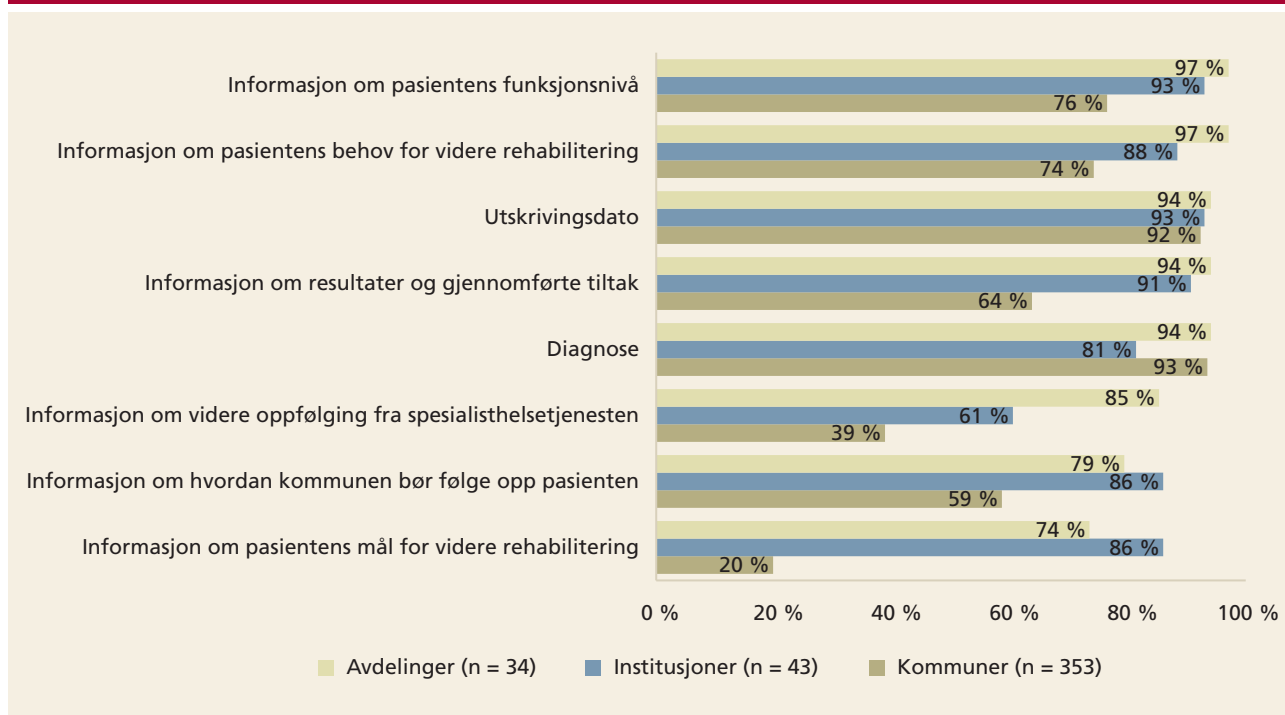
Det er utfordringer knyttet til informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Hvilken informasjon som formidles i forbindelse med utskriving av pasienter som trenger videre oppfølging i kommunen, er vist i figur 12 på neste side.

Figur 12 viser at kommunene oppgir at de mottar mindre informasjon om pasienter som trenger videre oppfølging i kommunen, enn det rehabiliteringsavdelingene og de private institusjonene oppgir at de sender ut. Det kan tyde på at informasjonen ikke når rett instans i kommunen.

Hvem informasjonen sendes til i kommunene, dvs. si hvem som er mottaker i kommunen, er i dybdeundersøkelsen blitt nevnt som en utfordring. For å opprette et samarbeid om pasienter som trenger videre rehabilitering i kommunen, krever noen kommuner at all informasjon sendes til forvaltningsenheten som tildeler kommunale tjenester, og informasjonen kan dermed komme sent til den fagpersonen som skal jobbe videre med pasienten. Kommuner som ikke har en forvaltningsenhet, forventer at informasjonen sendes direkte til de tjenesteutøverne som skal yte tjenestene. Det er ikke én adresse inn i kommunen.

Det er påpekt av flere fagpersoner, både i kommunene og i helseforetakene, at en forvaltningsenhet som krever at all informasjon går via den enheten, gjør det vanskelig for fagpersonell i spesialisthelsetjenesten å ha direkte kontakt med fagpersonell i kommunen. I mange tilfeller er det

Figur 12 Type informasjon som sendes fra rehabiliteringsavdelinger og private institusjoner, og type informasjon som mottas i kommunene i forbindelse med utskriving av rehabiliteringspasienter



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene (2010), til avdelingsledere i rehabiliteringsavdelinger (2011) og til private rehabiliteringsinstitusjoner (2011)

nødvendig at personell i helseforetak snakker direkte med den fagpersonen som skal jobbe med pasienten etter at han/hun er skrevet ut fra rehabiliteringsavdelingen.

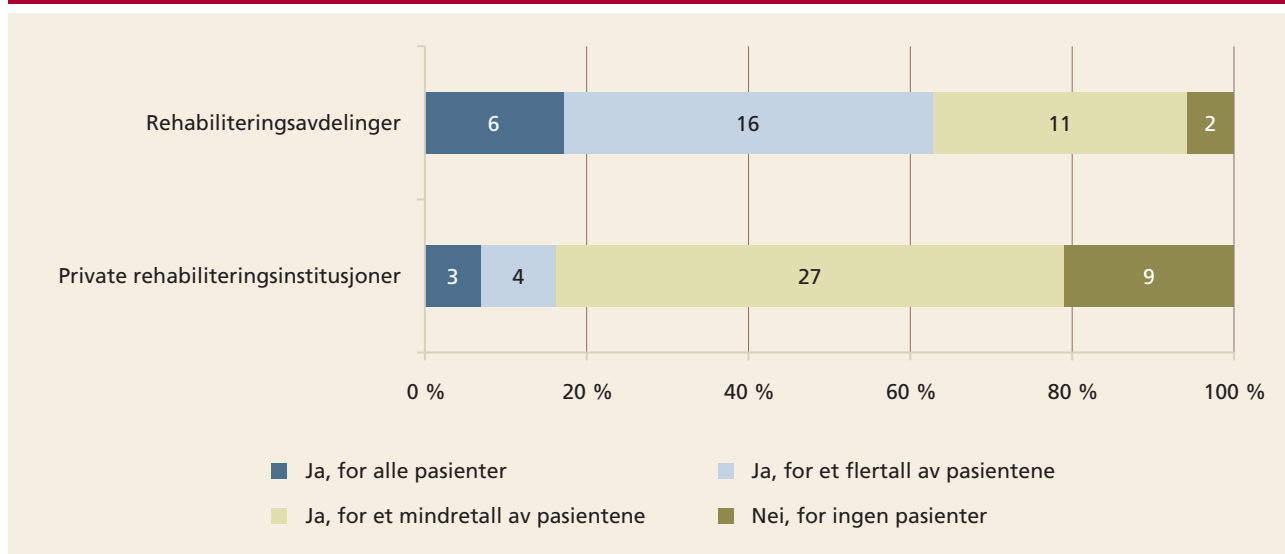
Deltakelse i utskrivingprosessen

Spørreundersøkelsen og figur 13 viser at det i varierende grad arrangeres møter mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen i forkant

av utskrivingen av pasienter som trenger videre rehabilitering i kommunen.

Figur 13 viser at private rehabiliteringsinstitusjoner i mindre grad enn rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene gjennomfører møter med kommunene i forkant av utskrivingen av pasienter som trenger videre rehabilitering. 2 rehabiliteringsavdelinger (6 prosent) og 9 private institusjoner (21 prosent)

Figur 13 Gjennomføres det møter mellom avdelingen/institusjonen og kommunene i forkant av utskrivingen av pasienter som trenger videre rehabilitering i kommunen?



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til avdelingsledere i rehabiliteringsavdelinger (2011) og til private rehabiliteringsinstitusjoner (2011)

Tabell 10 Årsaker til at kommunene ikke deltar i utskrivingsprosessen. Flervalgsspørsmål. N = 222

Årsak	Antall	Prosent
Spesialisthelsetjenesten tilrettelegger ikke for kommunens deltakelse i utskrivingsprosessen	172	77
For lang reiseavstand	73	33
Kommunen har ikke personell å avse til dette	51	23
Kommunen har ikke økonomi til dette	25	11
Annet	27	12

Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommunene (2010)

oppgir at de ikke gjennomfører møter med kommunen for noen av pasientene som trenger videre rehabilitering i kommunen.

Spørreundersøkelsen til kommunene viser at 30 prosent av kommunene deltar i utskrivingsprosessen for alle eller et flertall av pasientene som har behov for videre rehabilitering. 57 prosent av kommunene deltar for et mindretall av pasientene. 9 prosent av kommunene oppgir at de ikke deltar i utskrivingsprosessen.

Tabell 10 viser hvorfor noen kommuner sjelden eller aldri deltar i utskrivingsprosessen for pasienter som trenger videre rehabilitering i kommunen.

77 prosent av kommunene oppgir som grunn for at kommunene aldri eller sjelden deltar i utskrivingsprosessen, at spesialisthelsetjenesten ikke tilrettelegger for kommunens deltakelse i den prosessen. 33 prosent av kommunene oppgir som årsak til at de ikke deltar i utskrivingsprosessen, at reiseavstanden er for lang. 23 prosent av kommunene oppgir at de ikke har personell til å avse til å delta i prosessen, mens 11 prosent oppgir at de ikke har økonomi til å delta.

I dybdeundersøkelsen har flere kommuner oppgitt at en årsak til at de ikke eller sjelden deltar i utskrivingsmøter i helseforetakene, er at kommunen sent får beskjed om at pasienten skal skrives ut. I noen tilfeller vet ikke kommunene om at pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten. Det er videre påpekt, spesielt fra helseforetakenes side, at det er kostbart å delta i samarbeidsmøter som finner sted i kommunene.

Til tross for utfordringer knyttet til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten viser brukerundersøkelsen at 55 prosent av pasientene var forberedt på hvilken oppfølging de kunne få fra sykehuset, 49 prosent

av pasientene var forberedt på hvilken hjelp de kunne få fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen, og 57 prosent var forberedt på hvilken hjelp de kunne få fra fastlegen sin.

Veiledning og opplæring

Helseforetakene skal blant annet sørge for opplæring, råd og veiledning til kommunen om opplegg for enkeltbrukere, og de skal gi generelle råd og veiledning til ansatte i kommunen. I spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene oppgir 30 rehabiliteringsavdelinger ved helseforetakene at de har hospiteringsordninger for ansatte i kommunen, og 10 avdelinger har praksiskonsulentordninger. Praksiskonsulentordning brukes hovedsakelig av allmennleger, mens hospiteringsordninger brukes hovedsakelig av fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre ansatte.

Når det gjelder opplæring til ansatte i kommunene om rehabiliteringstiltak for enkeltpasienter, opplyser 14 av 35 avdelingsledere (40 prosent) at avdelingen ofte eller svært ofte gir opplæring til ansatte i kommunen. 17 avdelingsledere (49 prosent) opplyser at de gir opplæring av og til, mens tre avdelingsledere (9 prosent) sjelden eller svært sjelden gir opplæring til ansatte i kommunen. 19 avdelingsledere (54 prosent) opplyser at avdelingen ofte eller svært ofte gir veiledning til ansatte i kommunen om rehabiliteringstiltak for enkeltpasienter, 13 avdelinger (37 prosent) gir av og til veiledning, mens kun tre avdelinger (9 prosent) sjelden eller svært sjelden gir veiledning til ansatte i kommunene.

I dybdeundersøkelsen har flere kommuner påpekt at de er fornøyd med muntlig veiledning og opplæring knyttet til de tiltakene kommunene skal jobbe videre med når pasienten er skrevet ut. Flere kommuner ønsker likevel at spesialisthelsetjenesten i større grad kommer ut i kommunene.

5.1.3 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning i helsetjenesten

Spørreundersøkelsene viser at mer enn fire av fem avdelinger og institusjoner oppgir at de informerer pasientene om helsetilstanden deres og innholdet i rehabiliteringen, tilbyr opplæring til pasientene og gjennomfører faste samtaler med pasientene og/eller pårørende i løpet av oppholdet. Pasientene har videre mulighet til å påvirke hvordan rehabiliteringen legges opp i løpet av oppholdet. 25 avdelingsledere (71 prosent) og 39 institusjoner (91 prosent) oppgir at pasientene i stor grad kan påvirke eget tilbud.

Brukernes erfaringer med spesialisthelsetjenesten

I brukerundersøkelsen er pasientene bedt om å ta stilling til påstander om deltakelse og målformulering knyttet til rehabiliteringsprosessen i spesialisthelsetjenesten. Svarfordelingen er vist i figur 14.

Brukerundersøkelsen viser at et stort flertall av pasientene er fornøyd med hvordan de ble inkludert i sin egen rehabiliteringsprosess under sykehusoppholdet. Figur 14 viser at en stor andel av pasientene er enig i at personalet hjalp dem å forstå mulighetene deres for rehabilitering og å definere mål for rehabiliteringen, og at personalet

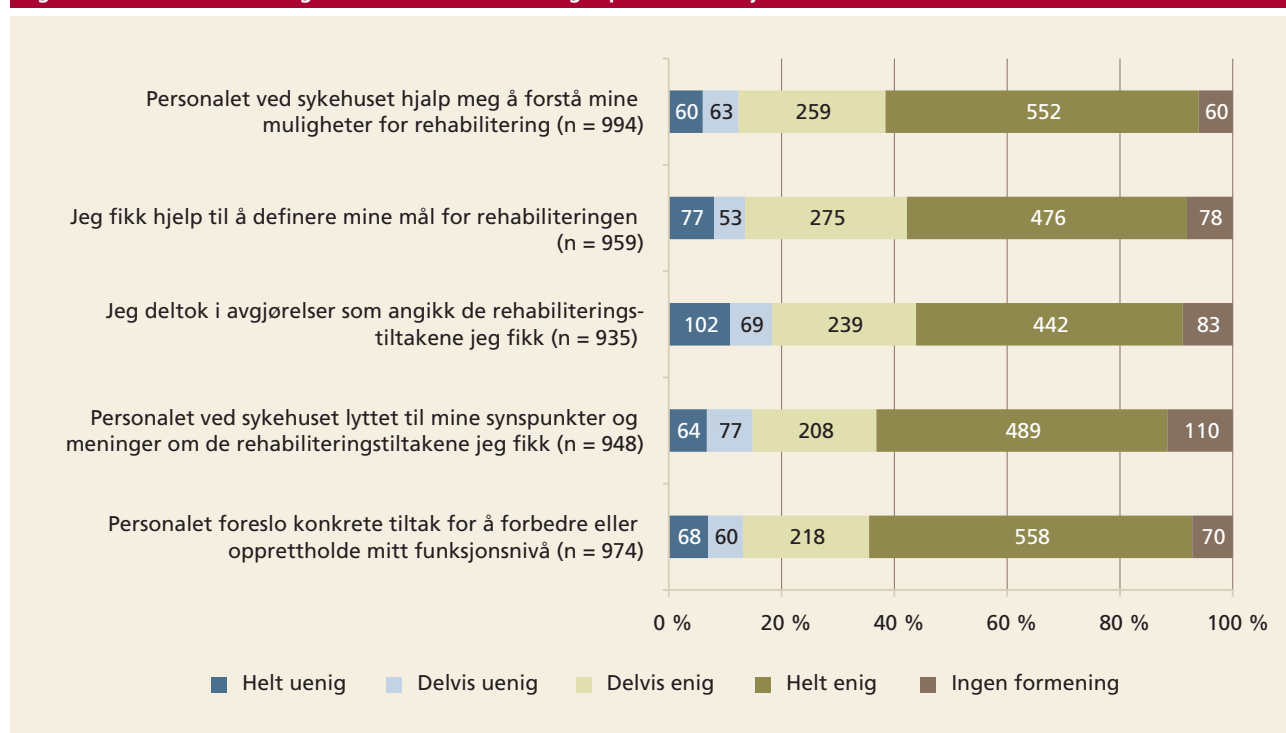
foreslo konkrete tiltak for å forbedre eller opprettholde funksjonsnivået. Videre er tre av fire pasienter enig i at personalet på sykehuset lyttet til synspunktene og meningene deres. Pasienter som hadde et rehabiliteringsopphold som følge av en akutt innleggelse, er i mindre grad fornøyd med egen medvirkning enn pasienter som hadde et planlagt rehabiliteringsopphold.

I en artikkel i Tidsskrift for Den norske legeforening er det vist til at potensialet for pasientens aktive deltakelse i rehabiliteringsarbeidet øker når pasienten selv deltar i målformuleringen, planleggingen og avgjørelsene som blir tatt.⁴⁹ Arbeidet med å bestemme mål for rehabiliteringen kan derfor anses som basis for rehabiliteringsprosessen. På den måten blir formulering av mål både et styringsverktøy og et resultatmål for rehabilitering.

Pasientenes oppfatning av informasjonen de fikk på sykehuset om egen sykdom eller skade, funksjonsnivå og trening og dessuten tilbud i kommunen, er gjengitt i figur 15.

Figur 15 viser at et stort flertall av pasientene er fornøyd med informasjonen de har fått på sykehuset. Fire av fem pasienter er enig i at de har fått tilstrekkelig informasjon om egen skade eller sykdom, eget funksjonsnivå og dessuten trening

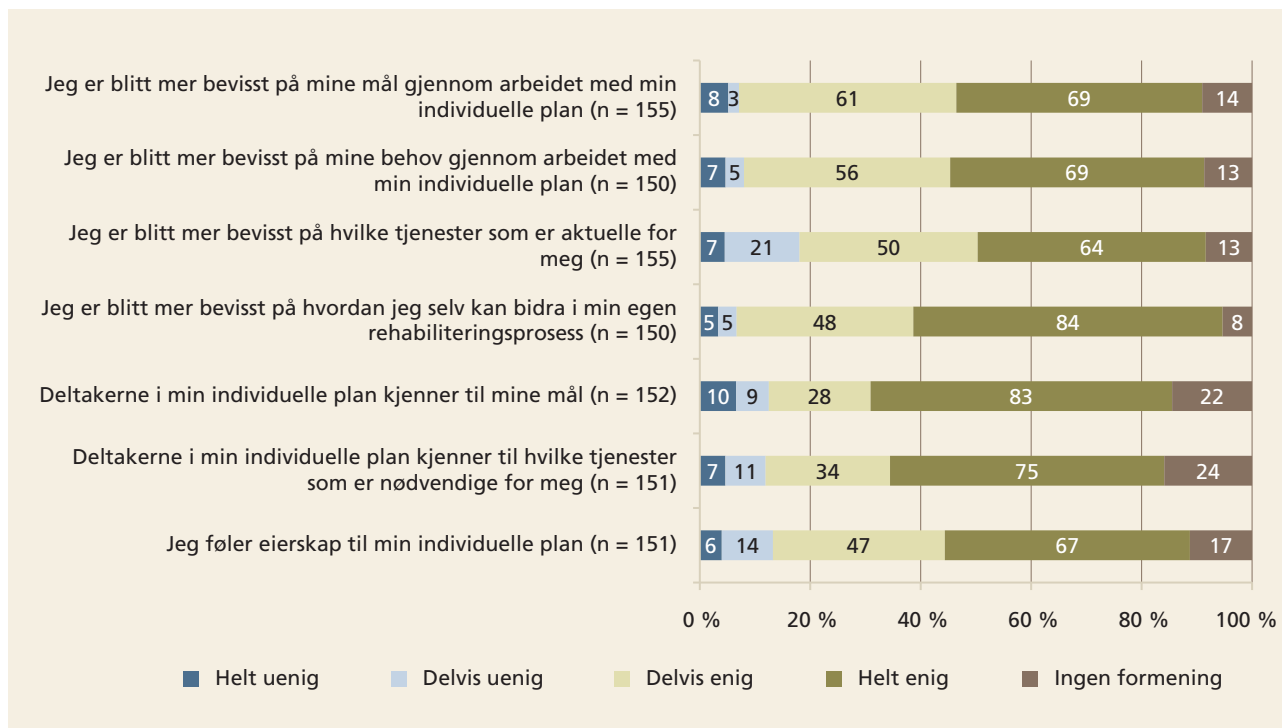
Figur 14 Pasientenes erfaringer med brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten



Kilde: Riksrevisjonens brukerundersøkelse til rehabiliteringspasienter (2011)

49) Tidsskrift for Den norske legeforening (2007), nr. 3, 127:313-5: "Spesialisert rehabilitering av pasienter med revmatisk sykdom".

Figur 15 Informasjon fra sykehuspersonalet



Kilde: Riksrevisjonens brukerundersøkelse til rehabiliteringspasienter (2011)

og egenaktiviteter. Et stort flertall av pasientene (84 prosent) oppgir videre at informasjonen fra personalet på sykehuset var konkret og forståelig.

Drøye 40 prosent av pasientene oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon på sykehuset om relevante tilbud i kommunen. Det er små forskjeller mellom regionene, men det er betydelig forskjell i svarene etter alder. 53 prosent av pasientene under 50 år er uenig i at de har fått tilstrekkelig informasjon om relevante tilbud i egen kommune. Andelen er lavest blant pasienter under 30 år. 37 prosent av pasientene over 50 år oppgir at de ikke har fått tilstrekkelig informasjon.

I analysen av brukerundersøkelsen er pasientenes erfaringer fra sykehusoppholdet sammenfattet i en indeks som måles på en skala fra 0 til 27.⁵⁰ Lav verdi indikerer liten grad av opplevd brukermedvirkning. Gjennomsnittet for alle pasientene er 21,1, mens median verdi er 23,6. Det indikerer at en stor andel av pasientene opplever at de medvirker i sin egen rehabiliteringsprosess under sykehusoppholdet. Det er liten forskjell mellom kjønn og aldersgrupper. Den yngste gruppen, pasienter under 30 år, skiller seg imidlertid ut med en lavere snittverdi (19). Pasienter som

50) Ni spørsmål er valgt ut etter en faktoranalyse. Indeksen gir en gjennomsnittsverdi for svarene på de individuelle spørsmålene i indeksen. Respondenten må ha svart på minst seks av ni spørsmål for å få en indeksverdi.

oppgir at de mottok rehabilitering etter en akutt innleggelse, har et lavere snitt (20) enn pasienter som mottok rehabilitering etter et planlagt opphold (22).

Pasienter som i perioden etter utskrivningen har et stort bistandsbehov, oppgir i gjennomsnitt lavere grad av brukermedvirkning enn pasienter med små bistandsbehov. Analysen viser en sammenheng mellom grad av behov for bistand og brukernes vurdering av deltakelse. Det kan indikere at pasientene med størst bistandsbehov i mindre grad enn andre pasienter opplever høy grad av brukermedvirkning. I dybdeundersøkelsen peker ansatte og ledere ved rehabiliteringsavdelingene på at det varierer i hvilken grad pasienten kan involveres i egen rehabilitering i løpet av oppholdet. Å involvere pasienter med alvorlige og akutte tilstander i rehabiliteringen er spesielt utfordrende.

Pasientansvarlig lege

Kontinuiteten i behandlingen kan bli brutt når pasienter stadig møter nytt personell.⁵¹ For rehabiliteringspasienter er kontinuitet i behandlingen spesielt viktig. Spørreundersøkelsen viser at det i 33 av 35 rehabiliteringsavdelinger i helseforetak (94 prosent) rutinemessig oppnevnes en pasientansvarlig lege for inneliggende pasienter, og at

51) Meld. St. 16 (2010–2011), kapittel 7.

det i 32 rehabiliteringsavdelinger (91 prosent) rutinemessig oppnevnes en pasientansvarlig sykepleier.

Brakerundersøkelsen viser at 52 prosent av pasientene opplevde at én person hadde hovedansvaret for dem under sykehusoppholdet. 37 prosent av pasientene oppgir at de ikke opplevde at én person hadde hovedansvaret, mens 11 prosent har svart at de ikke vet.

Det er sammenfall mellom pasienter som opplevde at det var én person som hadde hovedansvaret for dem, og pasienter som opplevde høy grad av brukermedvirkning. 62 prosent av pasientene som opplevde høy grad av brukermedvirkning, oppgir at det var én person som hadde hovedansvaret for dem. 18 prosent av pasientene som opplevde lav grad av brukermedvirkning, oppgir det samme.

5.1.4 Individuell plan

Andelen rehabiliteringspasienter med individuell plan

Pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har krav på å få utarbeidet en individuell plan. Planen skal bidra til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Det er få formelle krav til planens innhold og omfang, men det er i forskrift gitt føringer for hva en plan skal inneholde (se faktaboks 3). Pasienter som har en individuell plan, skal få oppnevnt en personlig koordinator som har hovedansvaret for å følge opp planen.

Brakerundersøkelsen viser at 17 prosent av pasientene oppgir at de har en individuell plan. 68 prosent oppgir at de ikke har en individuell plan, og 15 prosent kjenner ikke til om de har en slik plan. Det er forskjeller mellom aldersgrupper når det gjelder hvem som har en plan. Andelen pasienter som har en individuell plan, er høyest blant de yngste pasientene.

Andelen pasienter som har en individuell plan, er større blant pasienter som mottok kompleks rehabilitering ved sykehuset (23 prosent), enn blant pasienter som mottok vanlig rehabilitering (12 prosent). Det er imidlertid ingen klar sammenheng mellom behov etter utskrivningen og hvorvidt pasienten har en individuell plan. Det er videre ingen klar sammenheng mellom antallet bidiagnoser registrert i NPR og hvorvidt pasienten har en individuell plan.

Faktaboks 3 Krav til innhold i individuelle planer

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen
- c. en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen
- d. en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen
- h. tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater

Kilde: Forskrift om individuell plan § 7 og veileder om individuell plan

Det er stilt spørsmål om hva som er årsaken til at pasientene ikke har en individuell plan. Svarene er oppgitt i tabell 11.

Tabell 11 Årsaker til at pasienten ikke har en individuell plan. Flervalgsspørsmål (n = 638)

Årsak	Prosent
Har ikke blitt tilbudt individuell plan	51
Kjenner ikke til individuell plan	47
Ønsker ikke individuell plan	14
Har fått avslag på individuell plan	1

Kilde: Riksrevisjonens brukerundersøkelse til rehabiliteringspasienter (2011)

Halvparten av pasientene oppgir at de ikke har blitt tilbudt en individuell plan. Omtrent like mange oppgir at de ikke kjenner til individuell plan. Et fåtall av pasientene (14 prosent) oppgir at de ikke ønsker en individuell plan. Av pasientene som etter utskrivningen fra sykehuset hadde et stort behov for bistand, oppgir 6 prosent at de ikke ønsker en individuell plan. Til sammenligning svarer 21 prosent av pasientene som har et lavt bistandsbehov, at de ikke ønsker en slik plan. 61 prosent av pasientene som har et stort bistandsbehov, oppgir at de ikke har blitt tilbudt en individuell plan. Tilsvarende oppgir 44 prosent

av pasientene som har et lavt bistandsbehov, at de ikke har blitt tilbudt en individuell plan.

Rutiner for individuell plan i helsetjenesten

Spørreundersøkelsene til de private rehabiliteringsinstitusjonene, rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og kommunene viser at over 80 prosent av tjenesteyterne har retningslinjer for arbeidet med individuell plan. Over 90 prosent av tjenesteyterne i spesialisthelsetjenesten og over 80 prosent av kommunene har rutiner som skal sikre at pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester blir tilbudt individuell plan.

I spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene oppgir 21 av 35 avdelinger (60 prosent) at avdelingen ofte eller svært ofte initierer oppstart av individuell plan for pasienter som har rett på og ønsker det. At pasienten ikke er innlagt lenge nok i avdelingen, eller at pasienten ikke har kommet langt nok i sin rehabiliteringsprosess, oppgis av 16 avdelinger som årsaker til at arbeidet med individuell plan ikke igangsettes av avdelingen. Fem avdelinger oppgir at arbeidet ikke igangsettes fordi samarbeid med andre tjenesteytere er vanskelig.

I dybdeundersøkelsen er det flere kommuner som oppgir at mange pasienter har ansvarsgrupper og får koordinerte tjenester selv om de ikke har en individuell plan. En individuell plan blir av mange pasienter oppfattet som mindre viktig. Nettopp det kan, ifølge kommunene, være en av årsakene til at individuell plan ikke er et aktuelt samarbeidsverktøy for alle pasienter.

Individuell plan som samhandlingsverktøy

I spørreundersøkelsen ble tjenesteyterne bedt om å ta stilling til tre påstander om hvorvidt individuell plan oppleves som et samhandlingsverktøy:

- *Individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliteringstjenester til den enkelte.*

Mer enn 90 prosent av de private institusjonene, rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og kommunene er helt eller delvis enig i at individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliteringstjenester til den enkelte. 84 prosent av fastlegene mener det samme.

- *Bruk av individuell plan fremmer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.*

91 prosent av de private institusjonene, 86 prosent av rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, 74 prosent av kommunene og

83 prosent av fastlegene er helt eller delvis enig i påstanden.

- *Samarbeidet med andre tjenesteytere om individuell plan er vanskelig.*

81 prosent av de private institusjonene, 63 prosent av rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, 55 prosent av kommunene og 47 prosent av fastlegene er helt eller delvis enig i at samarbeidet med andre tjenesteytere om individuell plan er vanskelig.

I spørreundersøkelsene til kommunene, rehabiliteringsavdelingene og de private rehabiliteringsinstitusjonene oppgir nær samtlige at personlig koordinator er viktig for å sikre intensjonen med individuell plan. I spørreundersøkelsen til kommunene oppgir én av tre kommuner at det i stor grad er vanskelig å rekruttere koordinatorene. Denne utfordringen bekreftes i dybdeundersøkelsen. Et flertall av kommunene oppgir at det er utfordrende å rekruttere fagpersonell til å være personlige koordinatorene. Enkelte kommuner har løst problemet ved å stille betingelser ved utlysning av stillinger til at ansatte må påta seg oppgaven som koordinator, og ved at krav om å være koordinator er tatt inn i stillingsinstruksen.

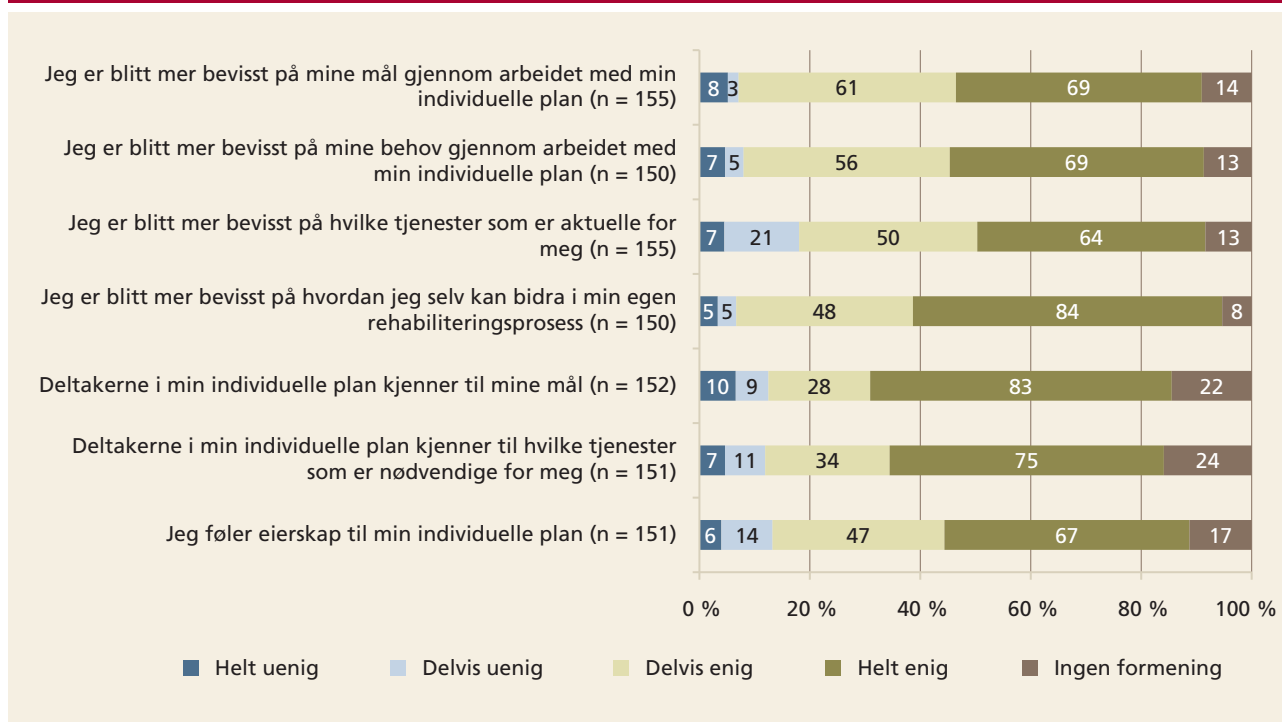
I en kartlegging av bruken av individuell plan i regi av Helsedirektoratet vises det til at oppgaven knyttet til å være koordinator oppleves å komme i tillegg til ordinære arbeidsoppgaver.⁵² Det påpekes i kartleggingen at ansatte derfor kan "oppleve koordinatorrollen som en ekstra belastning som går på bekostning av kvaliteten på arbeidet". Videre vises det til at det er stor variasjon i hvor mange individuelle planer en koordinator har ansvar for. Flertallet av koordinatorene har ansvar for mellom én og fem planer, mens et lite mindretall har ansvar for mer enn 20 planer.

Ifølge den samme kartleggingen er det utfordrende for kommunene å følge opp de individuelle planene og å få koordinatorene til å "stå" i sakene over tid. Det er fortsatt mange brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester som ikke får tilbud om individuell plan. En forklaring på det, ifølge kartleggingen, er at mange kommuner fortsatt mangler prosedyrer som sikrer at brukere som har rett til å få en individuell plan, blir tilbudt en slik individuell plan.

Pasientenes erfaringer med individuell plan og personlig koordinator

I brukerundersøkelsen er det stilt spørsmål om hvorvidt arbeidet med individuell plan har gjort

52) Undersøkelsen er gjennomført av Rambøll i 2011.

Figur 16 Pasientenes tilfredshet med individuell plan

Kilde: Riksrevisjonens brukerundersøkelse til rehabiliteringspasienter (2011)

de pasientene som har en slik plan, mer bevisst på sine mål, behov og muligheter. Svarene er gjengitt i figur 16.

Figur 16 viser at et stort flertall av pasientene er fornøyd med sin individuelle plan. Ni av ti pasienter er enig i at de har blitt mer bevisst på hvordan de selv kan bidra i sin egen rehabiliteringsprosess. Åtte av ti pasienter er enig i at de har blitt mer bevisst på sine mål og sine behov. Tre av fire pasienter er enig i at de har blitt mer bevisst på hvilke tjenester som er aktuelle for dem. Det er noen forskjeller mellom kjønn og aldersgrupper når det gjelder hvor fornøyd pasientene er med sin individuelle plan. Menn er i mindre grad tilfreds enn kvinner. Videre er pasienter under 50 år i noen grad mindre tilfreds med sin individuelle plan enn pasienter over 50 år.

Brakerundersøkelsen viser til at to av tre pasienter er enig i at deres synspunkter og meninger i stor grad har blitt lyttet til i utformingen av den individuelle planen. Pasientenes erfaring med personlig koordinator er vist i figur 17.

Figur 17 viser at et stort flertall av pasientene er fornøyd med sin personlige koordinator. Fire av fem pasienter er enig i at ordningen med personlig koordinator har vært nyttig for dem. Ni av ti pasienter er enig i at deres personlige koordinator kjenner deres mål, og fire av fem er enig i at

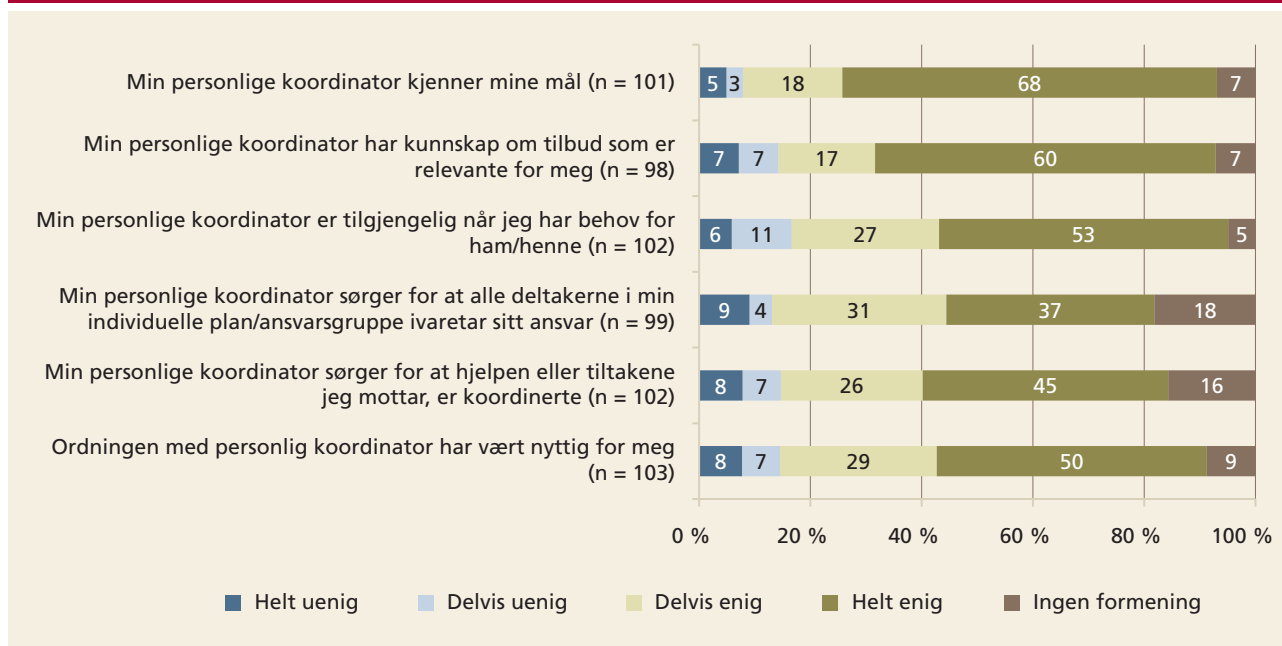
deres personlige koordinator har kunnskap om tilbud som er relevante for dem. Sju av ti pasienter er enig i at deres personlige koordinator sørger for at tjenesteyterne ivaretar sitt ansvar, og for at tiltakene er koordinerte.

5.1.5 Koordinerende enhet i kommunene

I spørreundersøkelsen oppgir 78 prosent av kommunene at de har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. 21 prosent av kommunene har ikke en slik enhet. Tall fra KOSTRA viser at det har vært en svak økning i antallet kommuner som har en koordinerende enhet. 68 prosent av kommunene rapporterte at de hadde en koordinerende enhet i 2006, mot 76 prosent i 2010.

Ifølge spørreundersøkelsen har 31 prosent av kommunene i Helseregion Nord ikke noen koordinerende enhet, mot 22 prosent i Helseregion Sør-Øst, 20 prosent i Helseregion Vest og 13 prosent i Helseregion Midt-Norge. Tre av fire kommuner som ikke har noen koordinerende enhet, har færre enn 5000 innbyggere. Det er flere av kommunene som har en rehabiliteringsplan, som også har en koordinerende enhet (84 prosent), enn av kommunene som ikke har en slik plan (70 prosent). 88 prosent av kommunene som oppgir at rehabilitering i stor eller svært stor grad er prioritert, har en koordinerende enhet.

Figur 17 Pasientenes tilfredshet med sin personlige koordinator



Kilde: Riksrevisjonens brukerundersøkelse til rehabiliteringspasienter (2011)

Ansvar, myndighet og oppgaver tillagt koordinerende enhet

Forskriften legger ikke føringer for hvilket ansvar, hvilken myndighet og hvilke oppgaver som skal tillegges enheten annet enn at:

- koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta imot henvendelser om behov for re-/habilitering,
- kommunen skal ha et fast kontaktpunkt overfor spesialisthelsetjenesten og
- det skal være lett for brukere og samarbeidspartnere å finne fram til og komme i kontakt med det kommunale tjenesteapparatet⁵³

Hvilke oppgaver som er lagt til koordinerende enhet i kommunene, er vist i figur 18.

Figur 18 på neste side viser at de fleste koordinerende enhetene har ansvar for å ha oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen, og de har systemansvaret for individuell plan. Det er færrest koordinerende enheter som oppgir at de har oversikt over rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten, og at de har et spesielt ansvar for tverrfaglig arbeid.

Enkelte enheter er sårbare ved at funksjonen "koordinerende enhet" er lagt til enkeltpersoner. Det er stor variasjon i hvor synlige og tilgjengelige enhetene er, og hvordan de fungerer i samhandling med samarbeidspartnere. Det var blant annet ikke mulig å finne informasjon om koordi-

nerende enhet på Internett for flere av kommunene i dybdeundersøkelsen. Flere av enhetene er heller ikke synlige i kommunestrukturen. Det at enheten er lite synlig, gjør at det kan være vanskeligere for pasienter og pårørende å ta kontakt for å få bistand eller informasjon om mulige rehabiliteringstjenester. Flere kommuner i dybdeundersøkelsen oppgir at koordinerende enhet er kjent for dem som arbeider innenfor helsetjenesten i kommunen.

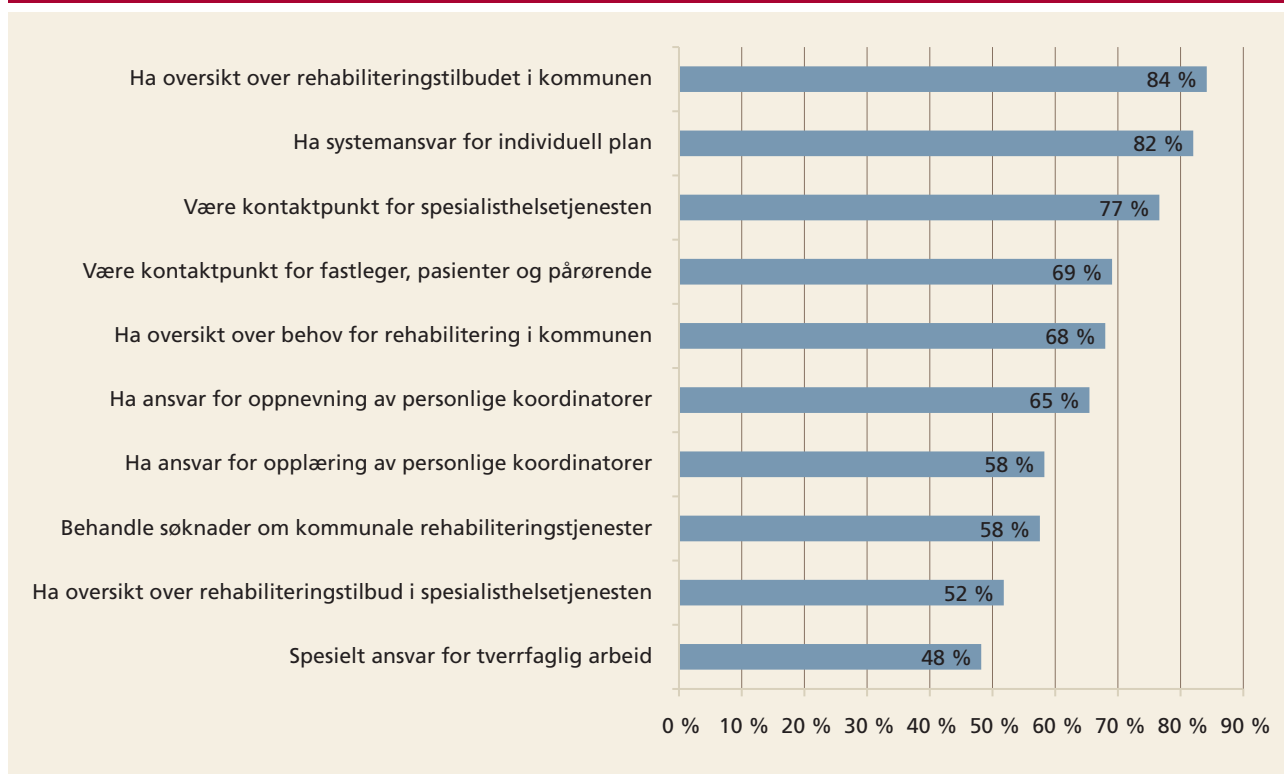
I intervju med Helsedirektoratet er det uttalt at "enkelte sykehus har utfordringer med å komme i kontakt med koordinerende enhet i kommunene. Det er i ferd med å utvikles et nettverk mellom koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering i de regionale helseforetakene, i helseforetakene og i kommuner".

Spørreundersøkelsen til rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene og til de private institusjonene viser at 17 av 35 avdelingsledere i helseforetakene (49 prosent) oppgir at koordinerende enhet forenkler samarbeidet med alle eller et flertall av kommunene. Blant de private institusjonene svarer 11 av 43 (26 prosent) det samme.

Spørreundersøkelsen til fastlegene viser at 23 prosent av fastlegene har søkt informasjon om eksisterende rehabiliteringstiltak hos koordinerende enhet i kommunen. Av dem som har søkt informasjon, er 75 prosent helt eller delvis enig i at koordinerende enhet har god

53) Merknad til forskrift § 8 andre ledd.

Figur 18 Oppgaver tillagt koordinerende enhet (n = 287)



Kilde: Riksrevisjonens spørreundersøkelse til kommuner (2010)

oversikt over rehabiliteringstilbudet i kommunen, 66 prosent er helt eller delvis enig i at koordinerende enhet er lett tilgjengelig på telefon eller e-post, og 65 prosent av fastlegene er helt eller delvis enig i at koordinerende enhet er behjelpelig med å finne tjenester som er aktuelle for deres pasienter.

6 I hvilken grad følger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene opp de målene som er satt for rehabiliteringsområdet i helsetjenesten?

6.1 Departementets styring og oppfølging av rehabilitering i helsetjenesten

6.1.1 Konkretisering av overordnede mål gjennom oppdragsdokumentet til de regionale helseforetakene

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom budsjettproposisjoner og nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering formidlet krav om at området skal styrkes. I strategien understrekes det at tilstrekkelige ressurser må settes inn på området for å etablere riktig kapasitet for tjenestene. Det understrekes i strategien at det er av betydning hvordan rehabilitering prioriteres i den samlede ressursbruken i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Departementet opplyser i intervju at det forventer at de regionale helseforetakene er kjent med de målene og prioriteringene som er formidlet gjennom proposisjoner og meldinger til Stortinget. I oppdragsdokumentene for 2009 har Helse- og omsorgsdepartementet bedt de regionale helseforetakene om å rapportere tiltak som er gjennomført eller planlagt gjennomført for å nå målene i den nasjonale strategien.

I oppdragsdokumentet for 2007 er det stilt krav om at de regionale helseforetakene skal videreføre arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område. I oppdragsdokumentene for 2008 er det stilt krav om at kapasiteten knyttet til rehabilitering skal styrkes i forhold til 2007-nivå når det gjelder årsverk og plasser. I oppdragsdokumentene for 2009 er det stilt krav om at aktiviteten skal styrkes med 1,5 prosent. Det er ikke fastsatt indikatorer som skal brukes for å vurdere måloppnåelsen. Departementet understreker i intervju at rehabilitering er avhengig av mange aktører, og at det derfor ikke er mulig å si hvor mange ansatte eller plasser som brukes til rehabilitering, eller hvor rehabilitering skjer. Departementet opplyser at det ikke har vært opptatt av antallet senger. Departementet mener at senger og liggetid er et lite hensiktsmessig mål for å få kunnskap om befolkningen får relevant og tilstrekkelig rehabilitering når de trenger det.

I oppdragsdokumentet for 2009 er det stilt krav om at rehabilitering skal være en integrert del

av behandlingen i alle kliniske avdelinger. De regionale helseforetakene skal rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert integrerte pasientforløp. I oppdragsdokumentene for 2010 er det stilt krav om at alle som har behov for rehabiliteringstjenester på spesialisert nivå, skal kunne motta slike tjenester til riktig tid. I oppdragsdokumentene for 2011 vises det til at det gjennom samhandlingsreformen skal vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.

I 2010 er de regionale helseforetakene gjennom oppdragsdokumentet bedt om å videreføre arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planer for store pasientgrupper, som pasienter med hjerneslag. Planene skal utvikles i et forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetjenesten og ulike nivåer av sykehusbehandling der det er relevant. Planene skal identifisere betydningsfulle flaskehalsar, som for eksempel kapasitet innen rehabilitering og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Helse- og omsorgsdepartementet har satt som mål at de regionale helseforetakene har gode systemer for levering av data om helsetjenesten. Det innebærer fullstendighet og god kvalitet i rapporterte virksomhetsdata.

De private institusjonene som har avtale med regionalt helseforetak, er en del av spesialisthelsetjenesten, og deres rolle er knyttet til både utredning, behandling og oppfølging. Departementet har pålagt de regionale helseforetakene å kjøpe tjenester fra de private rehabiliteringsinstitusjonene i minst samme omfang som foregående år.

Oppfølging av resultater innen spesialisthelsetjenesten

På bakgrunn av rapportering fra helseforetakene i regionen rapporterer de regionale helseforetakene til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom årlig melding.

De regionale helseforetakene rapporterer tilbake til departementet gjennom årlig melding at de har innfridd styringskravet om kjøp av rehabiliteringstjenester fra private i perioden 2008–2010.



Kilde: Colourbox

De regionale helseforetakene kjøper tjenester av de private rehabiliteringsinstitusjonene etter en anbudskonkurranse i egen region. I 2009 hadde 49 institusjoner slik avtale.⁵⁴

En gjennomgang av de årlige meldingene for 2008 viser at de regionale helseforetakene ikke spesifiserer antallet årsverk eller plasser innen rehabilitering, og det er derfor vanskelig å vurdere om kravet til styrking av kapasiteten er innfridd.⁵⁵ Helse Midt-Norge RHF begrunner det med at styringskravet ikke ble formidlet til helseforetakene på en slik måte at det framsto som et

54) 6 institusjoner hadde avtale med Helse Nord RHF, 7 institusjoner hadde avtale med Helse Midt-Norge RHF, 5 institusjoner hadde avtale med Helse Vest RHF, og 31 institusjoner hadde avtale med Helse Sør-Øst RHF.

55) Dokument 3:2 (2009–2010).

konkret krav for 2008, men som et langsiktig mål.

Helse Sør-Øst RHF skriver i årlig melding for 2009 at nåværende indikatorer og aktivitetsregistrering ikke gir sikker identifisering av den prosentvise økingen som er forutsatt innen rehabilitering og habilitering. Helse Nord RHF rapporterer i årlig melding for 2009 at de ikke har aktivitetsdata som kan dokumentere at målet om å styrke aktiviteten innen spesialisert habilitering og rehabilitering med 1,5 prosent er nådd. Det regionale helseforetaket kan ikke trekke ut data fra NPR som gir et pålitelig bilde av utviklingen fra 2008 til 2009.

De regionale helseforetakene rapporterer i årlig melding for 2009 om i hvilke kliniske avdelinger og for hvilke pasientgrupper rehabilitering er integrert i behandlingen. Helse Nord RHF rapporterer at det arbeides med å integrere rehabilitering for pasienter med hodeskade og MS. Helse Midt-Norge RHF har etablert standardiserte pasientforløp knyttet til slag og revmatologi. Helse Vest RHF rapporterer at de arbeider med å sikre rehabilitering som integrert del av pasientforløpet for pasienter med traume, for slagpasienter og for flere store diagnosegrupper innen medisin og ortopedi. Helse Sør-Øst RHF rapporterer at enkelte helseforetak har kommet langt i beskrivelsen av pasientforløp hvor også rehabilitering er integrert. Det gjelder blant annet innen traumatisk hjerneskade, slag, multitraumer, ryggmargsskader og revmatologi. Helse Sør-Øst rapporterer videre at enkelte helseforetak ikke har kommet like langt med integrering av rehabilitering i pasientforløp.

De regionale helseforetakene rapporterer i årlig melding for 2010 at de fleste helseforetak har etablert overordnede samarbeidsavtaler mellom foretaket og kommunene. Det er fortsatt utfordringer knyttet til utskriving og oppfølging etter innleggelse. Ifølge meldingen pågår det i helse-regionene et arbeid med å utvikle standardiserte pasientforløp sammen med kommunene.

De regionale helseforetakene opplyser i intervju at rehabilitering ikke inngår i den ordinære rapporteringen fra helseforetakene. DRG-poeng knyttet til rehabilitering kan hentes ut, men disse fanger ikke opp all aktivitet.

Helseforetakenes oppfølging av rehabilitering
I helseforetakene benyttes flere indikatorer for å følge opp rehabiliteringsvirksomheten. 28 av 35

avdelingsledere (80 prosent) oppgir at avdelingen blir målt på antallet DRG-poeng. Av disse 28 oppgir 17 at DRG-poeng brukes til å følge opp aktiviteten til avdelingen, mens 21 oppgir at det brukes til å følge opp avdelingens økonomi. I dybdeundersøkelsen peker helseforetakene på at det er problematisk å styre rehabiliteringsvirksomheten på bakgrunn av antallet DRG-poeng. I intervju viser ledelsen ved Helse Stavanger HF til at i de eksisterende styringsdataene er det vanskelig å tallfeste og spore rehabiliteringsvirksomheten. Det gjør at det ifølge helseforetaket er vanskelig å ha oversikt over kostnadsutviklingen og ressursbruken.

I dybdeundersøkelsen kommer det fram at det benyttes andre indikatorer i tillegg til møtepunkter for å følge opp egne rehabiliteringsavdelinger og rehabiliteringsaktiviteten i helseforetakene. Ved Nordlandssykehuset HF følges aktiviteten opp ved å se på antallet pasienter som er registrert med en rehabiliteringskode. Videre er det besluttet å utvikle kvalitetsindikatorer for hver avdeling i helseforetaket. Ved Sørlandet sykehus HF er det fem møter i året mellom rehabiliteringsavdelingen og klinikkledelsen. I møtene gjennomgås økonomi, personell og aktivitet, både kvantitativt og kvalitativt.

6.1.2 Konkretisering av de nasjonale målene til kommunene

Helsedirektoratet har i rundskriv IS-1 for 2010 gitt føringer for at kommunene skal arbeide for å styrke rehabiliteringsfeltet både gjennom prioriteringer, kvalitetsarbeid og organisatoriske grep. Direktoratet ber kommunene blant annet om å ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering, om å fokusere på å sikre personer som har språk og talevansker, tilgang til logopediske og audiopedagogiske tjenester og om å tilby rehabilitering og tilpassede tjenester til eldre med synstap, hørselstap og kombinerte sansetap.

I rundskriv IS-1 for 2011 er det gitt føringer for inngåelse av samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner for å sikre helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Avtalene skal videre innbefatte samarbeid om kompetanseutvikling. Direktoratet ber kommunene vurdere om avtalene kan omfatte rehabiliteringsområdet, der utfordringene er store.

Det er i perioden 2008–2010 gitt føringer for at kommunene skal sørge for at det blir etablert en koordinerende enhet for habilitering og rehabili-

tering. Helsedirektoratet forventer ifølge rundskrivet for 2011 at den koordinerende enheten blir synlig og lett tilgjengelig for brukere og andre samarbeidende etater. Enheten skal ivareta oppgaver i samsvar med gjeldende regelverk og føringer. I rundskrivet for 2010 er det stilt krav om at den koordinerende enheten skal ha tverrsektorielt ansvar for at ordningen med individuell plan fungerer i kommunen.

Videre er det i rundskriv IS-1 i perioden 2008–2010 gitt føringer for at individuell plan skal brukes som et samhandlingsverktøy. I 2009 står det at "det må særlig sikres at det lovpålagte tilbudet om individuell plan gis og følges opp". I 2010 er det stilt et krav om at kommunene må øke antallet individuelle planer, og at kommunene skal tydeliggjøre rollen sin som forankringspunkt for individuelle planprosesser. I 2011 er det krav om at kommunen har et system for at ordningen med individuell plan fungerer.

Oppfølging av rehabiliteringsvirksomheten i kommunene

Departementet opplyser i intervju at det i større grad må brukes indikatorer i oppfølgingen av tjenesteproduksjonen i kommunene.

En gjennomgang av fylkesmennenes årsrapporter for 2010 viser at det i stor grad fokuseres på koordinerende enhet, individuell plan og inngåelse av samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak.

Kommunene rapporterer styringsinformasjon til staten gjennom KOSTRA. Informasjonen skal tjene som grunnlag for analyse, planlegging og politikktutforming, og den skal gi et grunnlag for å vurdere om nasjonale mål nås. I KOSTRA rapporterer kommunene statistikk knyttet til økonomi, personell, kapasitet og aktivitet i kommunehelsetjenesten og kommunenes pleie- og omsorgstjenester.

Det rapporteres om årsverk innen fysioterapi og ergoterapi, som blant annet vil være relevant for rehabilitering. I regnskapsrapporteringen er det en funksjon for diagnose, behandling og rehabilitering. Denne funksjonen inkluderer kostnader knyttet til rehabilitering og kostnader knyttet til allmenntilmedisin. Det er ikke mulig å skille ut kostnader som kun kan relateres til rehabilitering.

Kommunene rapporterer videre om antallet institusjonsplasser. Det rapporteres om både korttids- og langtidsplasser. Når det gjelder

korttidsplasser, rapporteres det om antallet plasser som er avsatt til rehabilitering. Det rapporteres ikke om fagkompetanse, belegg eller pasientgrunnlag for institusjonsplassene. Med unntak av korttidsplasser som er avsatt til rehabilitering, er det ingen indikatorer som er direkte knyttet til rehabilitering.

Grad av relevans på styringsindikatorer

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det er mangler i tilgangen på informasjon om rehabilitering i kommunene. Direktoratet får noe informasjon gjennom KOSTRA og IPLOS, men informasjonen er oppstykket. Helsedirektoratet har rapporter som omhandler rehabilitering i kommunene, men direktoratet opplyser at det ikke er laget en samlet oversikt over feltet.

Flere av kommunene i dybdeundersøkelsen benytter KOSTRA for å vurdere kommunens tilbud og for å sammenligne eget tilbud med andre kommuners tilbud. Disse kommunene opplever at det er svakheter ved registreringen i KOSTRA knyttet til rehabilitering. I én kommune i opptaksområdet til Nordlandssykehuset vises det til at rehabilitering ligger skjult i tallene som rapporteres gjennom KOSTRA og IPLOS. For eksempel er stillinger innen fysio- og ergoterapi inkludert i rapporteringen, men det framkommer ikke hvilke brukergrupper disse faggruppene jobber med.

Kommunene som er inkludert i dybdeundersøkelsen, har ikke et felles sett med indikatorer knyttet til rehabilitering. Det opplyses i intervju at kommunene vurderer det som utfordrende å måle og kvantifisere rehabiliteringsvirksomheten, siden rehabilitering ikke er knyttet til én spesifikk tjeneste eller etat. Kommunene benytter ulike styringssystemer, og det varierer i hvilken grad rehabilitering er skilt ut som egen virksomhet i kommunenes systemer.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at direktoratet i samarbeid med Statistisk sentralbyrå (SSB) er i gang med å forbedre rapporteringssystemene for kommunene. Direktoratet ønsker å få implementert individuell plan i statistikken i KOSTRA. Ifølge direktoratet har utviklingen av statistikk relatert til kommunehelsetjenesten økt i omfang i de senere år.

Departementet viser i intervju til at det tar tid å utvikle statistikkssystemer. Det har videre vært problematisk å få integrert indikatorer om rehabilitering i KOSTRA. Departementet viser også til

at det er et spørsmål hvor mye informasjon det er mulig å utarbeide statistikk om, og hvilken informasjon som må framskaffes gjennom forskning.

6.2 I hvilken grad ivaretar Helse- og omsorgsdepartementet sitt ansvar for å sikre tilstrekkelig styringsinformasjon når det gjelder rehabilitering?

Utvikling av statistikkgrunnlaget

Departementet opplyser i intervju at årlig melding er den viktigste kilden til styringsinformasjon fra helseforetakene, samtidig som data fra Norsk pasientregister (NPR) også benyttes til styring. Når det gjelder indikasjoner i oppfølging av tjenesteproduksjon, vektlegger departementet å bruke nasjonale helseregistre og nasjonal statistikk når de utarbeider styringsindikatorer. Det arbeides målrettet med å utvikle og heve kvaliteten i registre, for eksempel Norsk pasientregister.

Departementet opplyser videre at det anser rapporteringen i årlig melding og tilgjengelig statistikk som tilstrekkelig for å følge opp feltet.

Helseforetakene rapporterer om sin aktivitet til NPR. Rapporteringen bygger på den medisinske kodingen på sykehusene og danner grunnlaget for utarbeidelse av nasjonal statistikk (se faktaboks 4). Aktiviteten som rapporteres inn, brukes også som grunnlag for å beregne den innsatsstyrte finansieringen (ISF).

Faktaboks 4 Oppbygning av kodeverk i spesialisthelsetjenesten

Den medisinske kodingen og grupperingen av opphold i spesialisthelsetjenesten foregår på tre nivå. Det første nivået er den medisinske kodingen i sykehus. Opphold kodes med diagnosekoder fra den norske utgaven av ICD-10, samt medisinske og kirurgiske prosedyrekoder fra henholdsvis NCMP og NCSP. På det neste nivået grupperes oppholdene i DRG-systemet (diagnoserealterte grupper). DRG-systemet klassifiserer sykehusopphold i grupper som er medisinsk og ressursmessig homogene. På det øverste nivået aggregeres avdelingsopphold til ett sykehusopphold, og hvert opphold blir gitt en vekt som korrigeres etter gjeldende regelverk. Denne vektingen benyttes i den innsatsstyrte finansieringen (ISF).

Kilde: Helsedirektoratet (2009), IS-1765 Innsatsstyrt finansiering 2010

I 1999 ble det i den norske versjonen av ICD-10 innført tre nasjonale koder for rehabilitering: kompleks, vanlig og annen. Samtidig ble det gjort

tilsvarende endringer i DRG-systemet. Antallet faggrupper som er involvert, avgjør om oppholdet kan kodes som kompleks eller vanlig rehabilitering. Det er videre stilt som krav for bruk av kodene at behandlingen skal være målrettet med bruk av individuell behandlingsplan, og at det samarbeides med relevante etater. Det er stilt ytterligere krav for bruk av koden for kompleks rehabilitering. I 2008 ble poliklinisk virksomhet innlemmet i ISF-ordningen. Samtidig ble det innført en ny kode og DRG for poliklinisk rehabilitering.

Departementet opplyser i intervju at det så det som viktig å få rehabilitering inn i ISF-systemet. I Prop. 1 S (2009–2010) for Helse- og omsorgsdepartementet rapporteres det under nasjonal strategi at det pågår et langsiktig arbeid med sikte på en mer omfattende omlegging av finansieringsløsningen av rehabiliteringsområdet i spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet skal bidra til en mer detaljert og objektiv beskrivelse av helsehjelpen som ytes, og det skal gi et bedre bilde av ressursbruken. I den forbindelse er det utviklet to nye kodeverk, ett for å kunne registrere prosedyrer og ett for å kunne registrere rehabiliteringsbehov/funksjonssvikt. Disse dataene vil være grunnlaget for en ny og bedre løsning for rehabilitering i ISF-ordningen.

Kompetansesenteret for IT i helse- og sosialsektoren (KITH) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utarbeidet et prosedyrekodeverk for habilitering, rehabilitering, rus og psykiatri (HRRP). HRRP ble integrert i det medisinske prosedyrekodeverket (NCMP) i 2010. Kodeverket angir hvilke prosedyrer og tiltak som er utført i løpet av et opphold eller en konsultasjon. Helsedirektoratet jobber med en revidering av prosedyrekodeverket. Det reviderte kodeverket skal etter planen implementeres fra og med 2012.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at direktoratet har fokusert på å implementere og revidere prosedyrekodeverket knyttet til rehabilitering. Arbeidet med å gjennomgå rehabiliteringskodene i den norske utgaven av ICD-10 vil først bli gjort etter at revisjonen av prosedyrekodene er klar.

Grad av relevans på styringsindikatorer

De regionale helseforetakene har gjennom årlig melding i flere år vist til at det er svakheter knyttet til aktivitetsrapportering innen rehabilitering. I årlig melding for 2008 skriver Helse Sør-Øst RHF at det mangler enhetlige definisjoner og systemer for rapportering innen rehabilitering.

Det etterspørres et nasjonalt initiativ for å komme fram til omforente rapporteringssystemer og krav for fagområdet.

I intervju med de regionale helseforetakene opplyses det om flere svakheter ved statistikk og rapportering knyttet til rehabilitering:

- Det er utfordrende å dokumentere rehabilitering som er integrert i ordinære forløp.
- Aktivitet som ikke gir finansiering, blir ikke registrert.
- Det er ulik registreringspraksis i helseforetakene.
- Opptrening på fysikalsk medisinsk avdeling hvor lege ikke er til stede, blir ikke registrert.
- Rehabilitering som ytes av medisinsk serviceavdeling, fanges ikke opp i statistikk.
- Det er i dag ikke en tilfredsstillende måte å registrere rehabiliteringsaktivitet i helseforetakene på.

I en gjennomgang av rehabiliteringstjenestene i Helse Vest går det fram at kodingen av rehabilitering i helseforetakene ikke sier noe om hvilken sykdomsgruppe pasientene tilhører. Kodingen viser til arbeidsinnsats og arbeidsmåter rundt den enkelte pasient.

De regionale helseforetakene rapporterer funksjonsfordelt regnskap til Statistisk sentralbyrå. Det er en egen funksjon for habilitering og rehabilitering. En analyse av kostnadsdata viser at det er usikkerhet knyttet til om det er enhetlig føring av kostnader og inntekter i helseforetakene. Det er videre usikkerhet knyttet til om funksjonen dekker alle relevante kostnader og inntekter knyttet til rehabilitering. Videre er det ikke mulig å skille habilitering og rehabilitering i funksjonsregnskapet. Pga. manglende rapportering for Rikshospitalet er det et brudd i tidsserien i perioden 2005–2010.⁵⁶

Rehabilitering i NordDRG

De nordiske landene samarbeider om utvikling og vedlikehold av DRG-systemet for døgn- og dagbehandlinger. I det svenske DRG-systemet er det innført en egen løsning for koding av rehabilitering. Løsningen grupperer rehabiliteringsaktiviteten i 33 DRG-er basert på koding av diagnose og funksjon i kodeverket Nordic Assessment Score (NASS).

56) Spesialsykehuset for rehabilitering (SSR) lå tidligere under Rikshospitalet, men ble i 2009 overført til Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Telemark HF og Sørlandet sykehus HF.

NASS-koder gir informasjon om pasientenes funksjonsnivå. Kodene angir *grad* av funksjonssvikt innenfor flere dimensjoner, inkludert kropps- og sansefunksjoner. Prosedyrekodene angir hvilke prosedyrer og tiltak som er utført i løpet av sykehusoppholdet. Diagnosekodene brukes kun til å angi tilstanden som er bakgrunnen for rehabiliteringen.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at utviklingen av en norsk versjon av NASS ble startet samtidig med utviklingen av prosedyrekodeverket. Det var ønskelig at den norske versjonen skulle gjelde alle pasienter, både inneliggende og polikliniske. Direktoratet opplyser at det har vært større utfordringer enn først antatt knyttet til å få utviklet et funksjonskodeverk slik som NASS.

Departementet opplyser at ordningen har vært vurdert, men at tiden ikke har vært moden for å bruke den med tanke på rutinemessig rapportering for rehabilitering. Departementet vil holde seg orientert om framdriften i Sverige.

Helsedirektoratet opplyser i intervju at det ikke har vært utviklet gode mål for utviklingen av nasjonal statistikk knyttet til rehabilitering. Utvikling av kodeverket innen rehabilitering har ikke vært satt i system før den pågående revisjonen av prosedyrekodeverket. Tidligere har ansvaret for kodeverket ligget delvis hos KITH og delvis i finansavdelingen i Helsedirektoratet. Direktoratet opplyser videre at det nordiske samarbeidet gjennom NordDRG har vært avgrenset til det kirurgiske prosedyrekodeverket (NCMP). Departementet viser til at det er utfordringer knyttet til å konkretisere rehabiliteringsprosesser. Departementet vil likevel arbeide langsiktig og systematisk med sikte på å bedre rapporteringen knyttet til rehabilitering.

7 Vurderinger

7.1 Det har ikke vært mulig å måle en styrking av rehabiliteringsfeltet

Det er et politisk mål å sikre rehabilitering til alle som trenger det. Undersøkelsen viser at det ikke har vært mulig å måle om kapasiteten i eller omfanget av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten har blitt styrket siden 2005. Det kommer til uttrykk gjennom reduksjon i antallet senger øremerket rehabilitering, økt ventetid og reduksjon i antallet liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid. Også antallet oppholdsdøgn i de private rehabiliteringsinstitusjonene er redusert med sju prosent fra 2008 til 2010. Antallet polikliniske konsultasjoner har økt, men ikke i samme omfang som reduksjonen i liggedøgn og dagopphold.

Undersøkelsen viser videre at det har vært en reduksjon i helseforetakenes produksjon av DRG-poeng knyttet til rehabilitering, også for den mest spesialiserte rehabiliteringen. Noe av nedgangen i DRG-poeng kan forklares ved at rehabilitering i økende grad blir integrert i et annet pasientforløp. Det medfører at en større del av rehabiliteringsaktiviteten ikke blir registrert som hovedaktivitet i DRG-systemet, selv om den inngår i pasientforløpet.

Det går fram av undersøkelsen at kommunene benytter korttidsplasser i institusjon til rehabilitering, og at det har vært en økning i antallet plasser for rehabilitering fra 2005 til 2010. Undersøkelsen viser at de kommunale institusjonsplassene også benyttes av andre enn rehabiliteringspasienter. Formålet med rehabiliteringsplasser i sykehjem er å trene opp pasienter slik at de kan bli i stand til å klare seg lenger i eget hjem. Det ser ut til å være en utfordring for kommunene å følge opp egne mål og strategier og benytte avsatte korttidsplasser i institusjon til rehabilitering, slik det var meningen å gjøre.

Kommunene har valgt forskjellige løsninger for organisering av rehabiliteringstjenesten. Undersøkelsen viser at det ikke er noen direkte sammenheng mellom organiseringen av rehabiliteringstjenesten – om den er organisert i egen enhet, eller om den er integrert med andre tjenester – og prioritering av rehabilitering. En fordel som opplevs med egen enhet, er at rehabilitering blir mer

synlig. På denne måten kan fagfeltet få en sterkere posisjon i den samlede helsetjenesten. Det opplevs som mer viktig med eget dedikert personale som har rehabiliteringskompetanse.

Undersøkelsen viser at nær alle kommuner har rehabiliteringstilbud som omfatter fysikalsk trening, men få kommuner kan tilby opptrening av språk og tale, opptrening av kognitive funksjoner og trening av daglige aktiviteter i hjemmet. Det er stor variasjon i kommunenes mulighet til å yte denne typen tjenester. Det synes spesielt å ramme yngre pasienter som ofte har behov for et tverrfaglig rehabiliteringstilbud.

Det har vært en økning i ventetid fra 2008 til 2010 for pasienter som er henvist til fagområdet fysikalsk medisin og rehabilitering. Et flertall av fastlegene oppgir at det er betydelig ventetid både til rehabiliteringstiltak i spesialisthelsetjenesten og til rehabiliteringsplass i kommunene og dessuten til fysioterapi og ergoterapi i kommunene. Flertallet av fastlegene påpeker at konsekvensene



Kilde: Colourbox

av lang ventetid er at noen pasienter opplever funksjonsforverring, faller ut av arbeidslivet eller opplever sosial isolering. Funksjonsforverring vil uten de rette rehabiliteringstiltakene kunne resultere i redusert funksjons- og mestringsnivå for pasienten. 16 prosent av fastlegene har opplevd at pasienter har fått varig funksjonstap som følge av for lang ventetid. I et helhetlig pasientforløp forutsettes det at rehabiliteringspasienter mottar tiltak til rett tid og med riktig intensitet og mengde.

Det er vanskelig å konkludere når det gjelder spørsmålet om hvorvidt rehabiliteringen har blitt styrket, fordi det er mangler og usikkerhet i det tilgjengelige datamaterialet på området. Fastlegene opplever at behovet for rehabilitering er større enn tilbudet, og at tilbudet ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset pasientene. De målbare indikatorene, som antallet senger, antallet liggedøgn og gjennomsnittlig liggetid, viser også reduksjon. Etter revisjonens vurdering er det grunn til å stille spørsmål ved om rehabilitering faktisk har blitt det store satsingsområdet i helsesektoren, slik helse- og omsorgskomiteen forutsatte i Budsjettinnst. S. nr. 11 (2008–2009).

Det er manglende oversikt over behov for rehabilitering i helsetjenesten

Undersøkelsen viser at det er manglende kunnskap om behov for rehabilitering i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å planlegge og dimensjonere tilbudet innen rehabilitering i helsetjenesten er det nødvendig å ha kunnskap om behov, og at behov fanges opp. Videre viser undersøkelsen at det i kommunenes helse-, pleie- og omsorgstjenester er utfordringer knyttet til å få en felles forståelse av rehabilitering. Økt oppmerksomhet på ansattes forståelse av og kompetanse innenfor rehabilitering vil kunne styrke deres mulighet til å oppdage hvilke pasienter som kan ha behov for rehabiliteringstjenester fra helsetjenesten.

Undersøkelsen viser at planene for rehabilitering, både på regionalt nivå og i kommunene, i mange tilfeller er mer enn fem år gamle. Planene viser at det er vanskelig å beregne behov i befolkningen, og dermed vanskelig å beregne nødvendig tilbud. En av grunnene til det er at rehabilitering er lite synlig i statistikk og kodeverk. Revisjonen har samtidig merket seg at det arbeides med nye planer for prioritering og innretning av rehabilitering i alle regionene. Etter revisjonens vurdering har verken spesialist- eller kommunehelsetjenesten et godt nok grunnlag for å kunne ha oversikt

over det faktiske rehabiliteringsbehovet i helsetjenesten.

Det er ulik rettighetstildeling til rehabiliteringspasienter

Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i andelen pasienter som får rett til nødvendig helsehjelp innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Variasjonen er stor både mellom helseforetak og mellom regionene. I 2010 fikk 1 prosent av pasientene innen fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sykehuset Telemark rett til nødvendig helsehjelp. Til sammenligning fikk 90 prosent av pasientene ved Helse Førde en slik rett. Etter revisjonens vurdering er det ikke sannsynlig at variasjonene alene kan forklares med medisinsk skjønn og ulik pasientsammensetning.

Undersøkelsen viser at andelen pasienter som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp innenfor fysikalsk medisin og rehabilitering, er redusert i perioden 2008–2010. Helsedirektoratet peker på at dårlig dokumentasjon av nytte kan føre til at rehabiliteringspasienter ikke får rett til nødvendig helsehjelp. Videre viser undersøkelsen at rehabiliteringspasienter ikke får vurdert sin rettighet på nytt når rehabiliteringen er en del av et annet forløp. Det medfører at det er uklart rundt den juridiske rettighetsstatusen til disse pasientene.

7.2 Bedre kompetanse, bedre samarbeid og mer avklarte ansvarsforhold vil kunne gi bedre rehabilitering

I undersøkelsen framkommer det at kommunenes kapasitet og kompetanse påvirker hvilket ansvar og hvilke oppgaver kommunehelsetjenesten kan ivareta, og dermed også hvilket ansvar og hvilke oppgaver spesialisthelsetjenesten må ta. Det medfører uklarheter i ansvars- og oppgavefordelingen.

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner skal være et virkemiddel for å sikre pasientene helhetlige og sammenhengende rehabiliteringstjenester. Samarbeidsavtalene er generelle og fokuserer i stor grad på overføring av pasienter fra et helsetjenestnivå til et annet. Flere regionale helseforetak rapporterer i årlig melding om at de jobber med å forbedre avtalene. Undersøkelsen viser at et flertall av pasientene som er innlagt i rehabiliteringsavdelinger i helseforetakene og i de private institusjonene har behov for videre oppfølging i kommunehelsetjenesten. Til tross for eksisterende samarbeidsavtaler viser undersøkelsen at kommunene opplever



Kilde: Colourbox

at spesialisthelsetjenesten mangler kunnskap om hvilke rehabiliteringstjenester kommunene kan tilby. Det er med på å gjøre overføringsprosessen vanskeligere og kan også ha uheldige konsekvenser. Blant annet nevnes eksempler på at pasienter som er utskrevet fra ordinære avdelinger i helseforetakene, blir søkt tilbake til rehabiliteringsavdelingene i spesialisthelsetjenesten. Bedre kunnskap i de ordinære avdelingene om hva kommunene kan tilby av rehabiliteringstjenester, kunne ha avverget returen for pasienten.

Undersøkelsen viser videre at rehabilitering i større grad integreres i ordinære avdelinger i helseforetakene. Flere kommuner i undersøkelsen er mindre fornøyd med samarbeidet med ordinære avdelinger enn med rehabiliteringsavdelinger når det gjelder pasienter som har behov for kommunal rehabilitering. Kommunene erfarer at ordinære avdelinger i mindre grad fokuserer på rehabilitering, og at det er spesielt utfordrende når det gjelder eldre pasienter og deres restfunksjon. Etter revisjonens vurdering er det viktig at helseforetakene legger vekt på å styrke rehabiliteringskompetansen i disse avdelingene. Videre er det viktig at rehabiliteringskompetansen i helseforetakene ikke fragmenteres, og at det er tilgang på intensiv rehabilitering på spesialisert nivå. Ved en fortsatt avvikling av sengeposter og reduksjon i antallet liggedøgn, spesielt i dedikerte rehabiliteringsavdelinger, er det risiko for at enkelte grupper med mer omfattende behov får et redusert tilbud.

Undersøkelsen viser at samhandlingen mellom kommunenes omsorgs- og helsetjenester og spesialisthelsetjenesten er i utvikling. Noen kommuner har ansatte til stede i helseforetaket for å bedre overføringsprosessen av utskrivingsklare pasienter som trenger videre oppfølging i kommunen. Helseforetakene i Helse Sør-Øst arbeider med områdeplaner for rehabilitering. Områdeplanene skal bedre samhandlingen mellom kommuner og helseforetak og vil være et utgangspunkt for en nærmere definisjon av hvilke tjenester og oppgaver som skal ivaretas av de ulike partene. Kommunene opplever dette som positivt. Etter revisjonens vurdering vil dette arbeidet bidra til å sikre mer helhetlige rehabiliteringstilbud. Helsedirektoratet er bedt om å lede en arbeidsgruppe som har som mål å avklare hvilke deler av tilbudet som ut fra en faglig vurdering bør være henholdsvis kommune- og spesialisthelsetjenestens ansvar.

Undersøkelsen viser at rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene har de beste rutinene for tidlig i behandlingsforløpet å kontakte kommunen om pasienter som vil ha behov for oppfølging og rehabilitering i kommunen etter utskrivningen. Undersøkelsen viser også at rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene i større grad enn de private rehabiliteringsinstitusjonene gjennomfører møter med kommunene i forkant av utskrivningen når pasienten trenger videre rehabilitering. Etter revisjonens vurdering er tidlig kontakt nødvendig for at kommunene bedre skal kunne

planlegge og tilrettelegge for riktige rehabiliteringstiltak for den enkelte pasient.

Undersøkelsen viser at informasjon fra spesialisthelsetjenesten om pasienter som trenger videre oppfølging i kommunen, ikke når rett instans. Det er i mange tilfeller dårlig samsvar mellom hva spesialisthelsetjenesten opplyser at de informerer kommunen om, og hva kommunen mottar av informasjon. Det gjelder informasjon som kan være avgjørende for at rehabiliteringspasienten får god oppfølging etter utskrivningen. For eksempel kommer ofte informasjon om pasientens mål for videre rehabilitering og hvordan kommunen bør følge opp pasienten, ikke fram.

Undersøkelsen viser at flertallet av rehabiliteringsavdelingene ikke har fast avsatte ressurser til ambulant virksomhet. Ambulante team kan være et virkemiddel for å bedre overgangen fra sykehus til kommunene, men helseforetakene opplever at bruken av ambulant team er et ressurskrevende virkemiddel.

Spesialisthelsetjenesten er gjennom lov og forskrift pålagt å gi kommunehelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold og opplegg for enkeltbrukere. I undersøkelsen er det vist at flere kommuner er fornøyd med den muntlige veiledningen og opplæring knyttet til tiltak kommunen skal jobbe videre med når pasienten er skrevet ut. Flere kommuner ønsker likevel at spesialisthelsetjenesten i større grad kommer ut i kommunene.

Koordinerende enhet i kommunene er lite synlig
Kravet til at alle kommuner skal ha en koordinerende enhet, kom i 2001. Undersøkelsen viser at én av fem kommuner ennå ikke har etablert en koordinerende enhet, og det er stor variasjon i hvor synlig og tilgjengelig enhetene er, og hvordan



Kilde: Colourbox

de fungerer i samhandling med tjenesteyterne. Ved gjennomføring av undersøkelsen var det ikke mulig å finne informasjon om koordinerende enhet på Internett for flere av kommunene. Flere av enhetene er heller ikke synlige i kommunes organisasjonskart. Det at enheten er lite synlig, gjør at det kan være vanskeligere for pasienter og pårørende å ta kontakt for å få bistand eller informasjon om mulige rehabiliteringstjenester. Undersøkelsen viser at ansvaret for koordinerende enhet i noen kommuner er lagt til én eller to personer, noe som kan føre til at oppgaver og ansvar som er lagt til enheten, ikke kan ivaretas.

Rehabiliteringsavdelingene i helseforetakene, de private rehabiliteringsinstitusjonene og fastlegene opplyser i spørreundersøkelsen at koordinerende enhet forenkler samarbeidet med kommunene, gir en bedre oversikt over rehabiliteringstilbudet og er behjelpelig med å finne tjenester som er aktuelle for pasienter. Ved å gjøre koordinerende enhet mer synlig på organisasjonskartet eller i funksjonsbeskrivelsen er det grunn til å tro at de positive effektene av ordningen vil bli ytterligere forsterket.

7.3 Pasientene opplever god brukervedvirkning og nytte av individuell plan

Undersøkelsen viser at et stort flertall av de pasientene som får et rehabiliteringstilbud, er fornøyd med hvordan de ble inkludert i sin egen rehabiliteringsprosess under sykehusoppholdet. En stor andel av pasientene er enig i at personalet hjalp dem med å forstå deres muligheter for rehabilitering og å definere mål for rehabiliteringen, og at personalet bistod med å foreslå konkrete tiltak for å forbedre eller opprettholde funksjonsnivået. Et flertall av pasientene mener også at personalet på sykehuset lyttet til deres synspunkter og meninger.

Undersøkelsen viser at mer enn 80 prosent av institusjonene har rutiner for utarbeidelse og bruk av individuell plan. Samtidig oppgir mer enn halvparten av rehabiliteringspasientene som hadde stort behov for rehabilitering etter utskrivningen, at de ikke har blitt tilbudt eller kjenner til individuell plan.

Undersøkelsen viser at et stort flertall av pasientene som har individuell plan, er fornøyd med sin individuelle plan. Pasientene opplever at arbeidet med individuell plan har gjort dem mer bevisst på egne mål og behov, på hvordan de selv kan bidra i sin egen rehabiliteringsprosess, og på hvilke tiltak som er relevante for dem. Videre viser under-

søkelsen at samtlige aktører i helsetjenesten mener at individuell plan er et godt verktøy for å tilpasse og målrette rehabiliteringstjenester til den enkelte. De samme aktørene mener også at individuell plan fremmer samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Etter revisjonens vurdering vil en mer utstrakt bruk av individuell plan kunne bidra til en bedre individuell tilrettelegging av rehabiliterings-tilbudet.

7.4 Manglende styringsdata vanskeliggjør helhetlig styring og oppfølging

Departementet har for rehabiliteringsområdet satt både kvantifiserbare mål og kvalitative mål. Tjenesten skal styrkes, og pasientene skal kunne motta rehabiliteringstjenester til riktig tid. Det er videre stilt krav om integrerte pasientforløp.

De regionale helseforetakene skal også ha gode systemer for å levere resultatinformasjon på området. Undersøkelsen viser at de regionale helseforetakene har store problemer med å levere sikker og god informasjon, spesielt når det gjelder målet om å styrke rehabiliteringsvirksomheten. De regionale helseforetakene oppgir ulike årsaker til at sikker og god styringsinformasjon mangler. Årsakene er blant annet at

- de mangler aktivitetsdata som kan vise at området er styrket
- nåværende indikatorer og aktivitetsregistrering ikke gir sikker informasjon
- styringskravet ikke framstår som et konkret krav
- data fra NPR ikke gir et pålitelig bilde

For de mer kvalitative målene om pasientforløp og prioritering av pasientgrupper rapporterer de regionale helseforetakene i henhold til kravene.

Få indikatorer og ulik registreringspraksis fører til mangelfull registrering

Etter revisjonens vurdering gjenstår det et betydelig arbeid for å klargjøre hvordan det skal rapporteres på resultatkravet om å styrke rehabiliteringstjenesten. I dette inngår også å bestemme hvilke indikatorer som skal benyttes for å vise hvordan rehabiliteringstjenesten styrkes, inklusive om ventetid skal inngå som en indikator.

Det går fram av undersøkelsen at de nasjonale helsemyndighetene har begrenset tilgang på informasjon om rehabilitering i kommunene. Det skyldes svakheter ved registreringen i KOSTRA

som igjen er knyttet til at kommunene ikke har en felles metode for å rapportere om rehabiliteringsvirksomheten.

Revisjonen har merket seg at Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med SSB er i gang med å forbedre rapporteringssystemene for kommunene, og at individuell plan kan bli et rapporteringspunkt i denne statistikken. Undersøkelsen viser at individuell plan oppleves av alle parter som et viktig verktøy for å få til et godt pasientforløp. Det vil derfor være sentralt å få en nasjonal oversikt over denne indikatoren.

Arbeidet med å utvikle forbedret kodeverk må styrkes

Undersøkelsen viser at det er svakheter knyttet til relevansen av eksisterende styringsindikatorer knyttet til rehabilitering. Revisjonen har merket seg at Helsedirektoratet tar sikte på å implementere et revidert funksjonskodeverk for rehabilitering i 2012. Forbedrede rapporteringssystemer vil gi et bedre styringsgrunnlag for departementet og de regionale helseforetakene og mer sikker styringsinformasjon for å utvikle feltet. Det er derfor viktig at forbedring av helseforetakenes rapporteringssystemer styrkes og gis høy prioritet.

Referanseliste

Stortingsdokumenter

- St.meld. nr. 23 (1992–93) *Om forholdet mellom staten og kommunene.*
- St.meld. nr. 21 (1998–99) *Ansvar og meistring.*
- St.meld. nr. 31 (2000–2001) *Kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling.*
- Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9, "Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011".
- Meld. St. 16 (2010–2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).*
- Meld. St. 13 (2010–2011) *Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i en global økonomi.*
- St.prp. nr. 1 (2007–2008) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.prp. nr. 1 (2008–2009) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2009–2010) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2010–2011) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2011–2012) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 91 L (2010–2011) for Helse- og omsorgsdepartementet.
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2008–2009) fra helse- og omsorgskomiteen.
- Budsjett-innst. S. nr. 11 (2009–2010) fra helse- og omsorgskomiteen.
- Innst. S. nr. 178 (1998–99) om ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk.
- Innst. S. nr. 156 (1992–1993) om forholdet mellom staten og kommunene.
- Innst. S. nr. 307 (2000–2001) om kommune, fylke, stat – en bedre oppgavefordeling.
- Innst. S. nr. 82 (2003–2004) om inntektssystem for spesialisthelsetjenesten.
- Innst. O. nr. 65 (1998–99) om lov om spesialisthelsetjenesten.
- Innst. O. nr. 118 (2000–2001) om lov om helseforetak m.m.
- Innst. 11 S (2009–2010). *Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2010.*
- Innst. 424 L (2010–2011) om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven.)
- NOU 2001:22 *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer.*
- NOU 2003:1 *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.*
- Dokument nr. 3:2 (2009–2010).
- Dokument nr. 3:2 (2010–2011).

Lover og forskrifter

- LOV 1982-11-19 nr. 66: lov om helsetjenesten i kommunene.
- LOV 1984-03-30 nr. 15: lov om statlig tilsyn med helsetjenesten.
- LOV 1991-12-13 nr. 81: lov om sosiale tjenester (sosialtjenesteloven).
- LOV 1992-09-25 nr. 107: lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven).
- LOV 1999-07-02 nr. 61: lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- LOV 1999-07-02 nr. 63: lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven).
- LOV 1999-07-02 nr. 64: lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven).
- LOV 2001-06-15 nr. 93: lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
- FOR 2000-12-01 nr. 1208: forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemd (prioriteringsforskriften).
- FOR 2001-06-28 nr. 765: forskrift om habilitering og rehabilitering.
- FOR 2002-12-20 nr. 1731: forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.
- FOR 2004-12-23 nr. 1837: forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Styringsdokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Oppdragsdokumentet 2008 Helse Sør-Øst RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Oppdragsdokumentet 2008 Helse Vest RHF.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Oppdragsdokumentet 2008 Helse Midt-Norge RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). Oppdragsdokumentet 2008 Helse Nord RHF.
- Helse Sør-Øst RHF (2009). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008.
- Helse Vest RHF (2009). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008.
- Helse Midt-Norge RHF (2009). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008.
- Helse Nord RHF (2009). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2008.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Årlig melding for 2008 fra Helse Sør-Øst RHF, brev til Helse Sør-Øst RHF, 24.4.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Årlig melding for 2008 fra Helse Vest RHF, brev til Helse Vest RHF, 24.4.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Årlig melding for 2008 fra Helse Midt-Norge, brev til Helse Midt-Norge RHF, 24.4.2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Årlig melding for 2008 fra Helse Nord, brev til Helse Nord RHF, 24.4.2009.
- Helse Sør-Øst RHF (2009). Supplerende opplysninger til årlig melding 2008 fra Helse Sør-Øst RHF.
- Helse Vest RHF (2009). Supplerende opplysninger til årlig melding 2008 fra Helse Vest RHF.
- Helse Midt-Norge RHF (2009). Supplerende opplysninger til årlig melding 2008 fra Helse Midt-Norge RHF.
- Helse Nord RHF (2009). Supplerende opplysninger til årlig melding 2008 fra Helse Nord RHF.
- Helse Sør-Øst RHF (2009). Halvårsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2009, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
- Helse Vest RHF (2009). Halvårsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2009, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
- Helse Midt-Norge RHF (2009). Halvårsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2009, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
- Helse Nord RHF (2009). Halvårsrapport til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juli 2009, Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Oppdragsdokumentet 2009 Helse Sør-Øst RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Oppdragsdokumentet 2009 Helse Vest RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Oppdragsdokumentet 2009 Helse Midt-Norge RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Oppdragsdokumentet 2009 Helse Nord RHF.
- Helse Sør-Øst RHF (2010). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2009.
- Helse Vest RHF (2010). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2009.
- Helse Midt-Norge RHF (2010). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2009.
- Helse Nord RHF (2010). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2009.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Årlig melding for 2009 fra Helse Sør-Øst RHF, brev til Helse Sør-Øst RHF, 21.4.2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Årlig melding for 2009 fra Helse Vest RHF, brev til Helse Vest RHF, 21.4.2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Årlig melding for 2009 fra Helse Midt-Norge, brev til Helse Midt-Norge RHF, 21.4.2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Årlig melding for 2009 fra Helse Nord, brev til Helse Nord RHF, 21.4.2010.
- Helse Sør-Øst RHF (2010). Supplerende opplysninger til årlig melding 2009 fra Helse Sør-Øst RHF.
- Helse Vest RHF (2010). Supplerende opplysninger til årlig melding 2009 fra Helse Vest RHF.
- Helse Midt-Norge RHF (2010) Supplerende opplysninger til årlig melding 2009 fra Helse Midt-Norge RHF.
- Helse Nord RHF (2010). Supplerende opplysninger til årlig melding 2009 fra Helse Nord RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Oppdragsdokumentet 2010 Helse Sør-Øst RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Oppdragsdokumentet 2010 Helse Vest RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Oppdragsdokumentet 2010 Helse Midt-Norge RHF.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Oppdragsdokumentet 2010 Helse Nord RHF.
- Helse Sør-Øst RHF (2011). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2010.
- Helse Vest RHF (2011). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2010.
- Helse Midt-Norge RHF (2011). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2010.
- Helse Nord RHF (2011). Årlig melding til Helse- og omsorgsdepartementet for 2010.

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Årlig melding for 2009 fra Helse Sør-Øst RHF, brev til Helse Sør-Øst RHF, 18.4.2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Årlig melding for 2009 fra Helse Vest RHF, brev til Helse Vest RHF, 18.4.2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Årlig melding for 2009 fra Helse Midt-Norge, brev til Helse Midt-Norge RHF, 18.4.2010.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Årlig melding for 2009 fra Helse Nord, brev til Helse Nord RHF, 18.4.2010.
- Helse Sør-Øst RHF (2011). Supplerende opplysninger til årlig melding 2010 fra Helse Sør-Øst RHF.
- Helse Vest RHF (2011). Supplerende opplysninger til årlig melding 2010 fra Helse Vest RHF.
- Helse Midt-Norge RHF (2011). Supplerende opplysninger til årlig melding 2010 fra Helse Midt-Norge RHF.
- Helse Nord RHF (2011). Supplerende opplysninger til årlig melding 2010 fra Helse Nord RHF.

Utredninger og andre dokumenter

- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). IS-1895 *Ventetider og pasientrettigheter*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). IS-1921 *SAMDATA spesialisthelsetjenesten 2010*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). IS-1835 *Oppfølging av rettsbestemmelser innenfor helse- og sosialområdet som har særlig stor betydning for rehabiliteringsområdet*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). IS-1904 *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2010*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). IS-1800 *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2009*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). IS-1678 *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2008*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). IS-1548 *Aktivitetsdata for somatisk spesialisthelsetjeneste 2007*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Privat i offentlig sektor. De private rehabiliteringsinstitusjonenes rolle og rammebetingelser*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). IS 12/2004, *Rundskriv om lov om pasientrettigheter* Helse- og omsorgsdepartementet (2007). IS-1253, *Individuell plan 2010 veileder til forskrift om individuell plan*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). IS-1/2008 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2008*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). IS-1/2009 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2009*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). IS-1/2010 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2010*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). IS-1/2011 *Nasjonale mål og hovedprioriteringer for 2011*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Retningslinjer for fylkesmannens samordning av statlig styring av kommunesektoren*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Undersøkelse om private rehabiliteringsinstitusjoner*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Kartlegging av individuelle planer i landets kommuner*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Kartlegging av oppgavefordelingen mellom kommunenes helse- og sosialtjeneste og spesialisthelsetjenesten*. Rapport fra en arbeidsgruppe 15.02.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten*. Rapport 23.02. Undersøkelsen er utført av Agenda.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Forløpsgruppe rehabilitering*. Sluttdokument fra arbeidsgruppe 28.08. Kunnskapssenteret (2008). *Organisering av fysikalsk medisin og rehabilitering i sykehus*. Rapport nr. 21.
- SINTEF Unimed NIS Helsetjenesteforskning (1999). *Brukerundersøkelse i rehabiliteringstjenesten i Nordland*.
- Synovate (2010), *Fastlegenes oppfatninger av rehabiliteringstilbudet for ungdom og unge voksne med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsevne*.
- Bautz-Holter, Erik, Unni Sveen, Helene Søberg og Cecilie Røe (2007). "Utfordringer og trender i rehabilitering". Tema: Rehabilitering. Tidsskriftet nr. 3-5.
- Uhlig, Till, Christie, Anne (2007). "Spesialisert rehabilitering av pasienter med revmatisk sykdom". Tema: Rehabilitering. Tidsskriftet nr. 3-5.
- Strumse, Yndis Annette Staalesen (2011). *The efficacy of rehabilitation in warm and cold climates for patients with rheumatic and neurological diseases, Three randomized controlled studies*. Oslo, University of Oslo.

- Smedal, Tori (2010). *The Influence of Physiotherapy and Climate on Functioning in Multiple Sclerosis. Aspects of physical performance, fatigue and health-related quality of life*. Bergen, Norway, University of Bergen.
- Den norske legeforening (2004). *Generalplan for spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering for perioden 2004–2007*. Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering. Oslo.

Andre kilder

- Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken tabell 07798.
- Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken tabell 04685.
- Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken tabell 07790.
- Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken tabell 04686.
- Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken tabell 06922.
- Statistisk sentralbyrå, statistikkbanken tabell 03808.
- Norsk pasientregister, rapportgenerator for ventelister.




285 18 4 588 3 6 554 735 394 216 2 577 634 492



241 344

Trykk: 07 Gruppen AS 2012



Riksrevisjonen
Pilestredet 42
Postboks 8130 Dep
0032 Oslo

sentralbord 22 24 10 00
telefaks 22 24 10 01
postmottak@riksrevisjonen.no

www.riksrevisjonen.no

