



Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)

Helsedirektoratet
Endelig rapport

7 desember 2020

www.kpmg.no

Helsedirektoratet IS-2975



Om evalueringen

På oppdrag fra Helsedirektoratet presenter KPMG en evaluering av Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019). Evalueringen gir en gjennomgang av et svært bredt spekter med tjenester, med fokus på kommunen og kommunens ansvar for å koordinere kartlegging av behov og levering av tjenester til befolkningen.

Vi takker for alle bidrag til evalueringen. Respondenter i case kommuner, helseforetak, private institusjoner, bruker- og interesseorganisasjoner, forskere, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet har tatt tid fra sine travle hverdager for å svare på spørsmål og delta i diskusjoner i semi-strukturerte intervjuer og gruppeintervjuer. Vi har også mottatt en stor mengde dokumentasjon fra case kommuner og helseforetak. SSB og Helsedirektoratet har bidratt med tilgjengelig statistikk som ikke alltid har vært enkel å oppdrive.

En spesiell takk til Helsedirektoratet som har vært en svært responsiv klient gjennom hele oppdraget! Arbeidet er utført av Mathias Wasaznik Johannessen, Håkon Lindberg, Magnus Nedrelid Heggen, Geir Sundet (prosjektleder) og Astrid Thokle Hovden, med ekstra assistanse fra Maria Halvorsen og Henrik Skaug Sætra.

Oslo 7 desember, 2020.

Sammendrag

Helse- og omsorgsdepartementet lanserte Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017 – 2019) for å iverksette målsettinger fremmet i Primærhelsemeldingen om en styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene. Vår evaluering av opptappingsplanen viser at den har bidratt til et velkomment økt fokus på et område som historisk har vært nedprioritert. Videre har den bidratt til kapasitets- og kompetanseøkning i kommunene, samt innovasjon i tverrfaglig utredning og levering av tjenester.

Evalueringen finner at opptappingsplanen i seg selv fremstår som en tilskuddsordning og ikke en plan som var rigget for å bidra til en systematisk og varig styrking av levering av tjenester for habilitering og rehabilitering. Det eksisterer ikke et godt nok datagrunnlag til å si om feltet har blitt styrket i perioden 2017 – 2019. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er preget av fragmentering både geografisk og aktørmessig, med svak styring og lederforankring. Evalueringen finner også at opptappingsplanen i liten grad har «truffet» habiliteringsfeltet og bidratt lite til sterkere satsing der.

Evalueringen peker på et behov for en tydeligere strategi og ansvarsfordeling i feltet, med klare føringer for hvordan kommuner og andre aktører kan innrette sine tjenester. Det er også behov for en styrking av kunnskap og tilrettelegging for bedre dokumentering av effekter og tilrettelegging for systematisk læring.

Oppdraget

Formålet med evalueringen av opptappingsplanen er tredelt:

- ✓ Beskrive og sammensette et sammenlignbart statusbilde for utviklingen til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene mellom opptappingsplanens oppstart i 2017 og avslutning i 2019
- ✓ Evaluere effekten til sentrale tiltak og virkemidler i opptappingsplanen og identifisere god praksis
- ✓ Vurdere i hvilken grad sentrale tiltak og virkemidler bidrar til å oppnå målene som er beskrevet i opptappingsplanen

Vurderinger, funn og konklusjoner fra evalueringen skal gi et grunnlag for Helsedirektoratets videre utredning og utarbeidelse av tiltak knyttet til habiliterings- og rehabiliteringsfeltet for å nå målene som er beskrevet i opptappingsplanen.

Evalueringen ble gjennomført i perioden mars – november 2020. Evalueringen er basert på:

- ✓ Dokumentgjennomgang av styrende dokumenter, rapporter og evalueringer
- ✓ Tilgjengelig statistikk
- ✓ En spørreundersøkelse distribuert til alle kommuner og helseforetak i spesialisthelsetjenesten, og et utvalg av brukerorganisasjoner og private institusjoner
- ✓ 50 semi-strukturerte intervjuer med kommuneansatte, ansatte i spesialisthelsetjenesten, private institusjoner, brukerorganisasjoner, forskere, ansatte i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.
- ✓ 4 gruppeintervjuer med bruker- og interesseorganisasjoner og private institusjoner
- ✓ En digital workshop med omtrent 50 deltakere fra kommuner, spesialisthelsetjenesten, private rehabiliteringsinstitusjoner, bransjeorganisasjoner og statlige myndigheter

Funn – positive effekter

Opptrappingsplanen har bidratt til økt oppmerksomhet på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, som historisk har blitt sett som et nedprioritert område. Opptrappingsplanen har gitt tilskudd til kompetanse- og kapasitetsheving, samt innovasjon og systemutvikling i kommuner over hele landet. Selv om vi mangler gode indikatorer på levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, viser vår gjennomgang av tilgjengelig statistikk, samt intervjuer og spørreundersøkelse, at det har vært en viss styrking av levering av rehabiliteringstjenester av kommuner i Norge. Det er derimot lite som tyder på at habiliteringsfeltet har blitt vesentlig styrket.

En samstemmig tilbakemelding fra alle case kommunene er at opptrappingsplanen har hatt en positiv virkning gjennom å ha satt fokus på et felt som tidligere ikke har vært tilstrekkelig prioritert. Det er imidlertid ikke tilsvarende samstemmighet når det gjelder spørsmålet om det er sannsynlig at de siste års positive trend er forventet å vedvare. Dette er grunnet i at de ser støtten som for kortvarig og ikke nok til å oppnå et varig løft i tjenestene, samt at de ikke ser noen systematiske endringer de venter kan bidra til en tydeligere prioritering av tjenesten.

Funn – systematiske svakheter

Evalueringer og policyer har konsekvent påpekt de samme svakheter i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet gjennom de siste ti-år:

- ✓ manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings- og rehabiliteringstjenester,
- ✓ manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialisthelsetjenesten,
- ✓ svikt i koordinering av tjenester, og
- ✓ et behov for bedre kvalitetsindikatorer.

Som det fremgår av denne rapporten er disse svakhetene fremdeles til stede. Etter KPMGs vurdering er det lite som tyder på at disse svakhetene vil bedres i årene som kommer, med mindre det gjennomføres en mer fundamental endring i tilnærming til reform. Opptrappingsplanen var i bunn og grunn en tilskuddsordning, og ikke en endringsplan med konkrete eller tallfestede mål. Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er et komplekst tjenesteområde hvor 356 kommuner har forskjellige tilnærming til organisering og metoder, og hvor det er et bredt spekter av aktører.

De viktigste aktørene inkluderer kommunale helsetjenester, andre kommunale tjenester, inkludert fastlege, hjemmetjenesten, fysio/ergo, rehabilitering/habilitering, psykisk helse – og rus, skolehelsetjenesten/helsestasjon, institusjon (sykehjem, rehabiliteringsplasser) og dagsenter. Andre sektorer i kommunen er bl.a. skole, barnehage, og NAV (kommunal del).

Opptrappingsplanen har ikke bidratt med systematisk endring i hvordan sentrale aktører forholder seg til habilitering og rehabilitering. Vi vil spesielt fremheve 6 faktorer som bidrar til at vi mener det er sannsynlig at disse problemene vil vedvare:

- ✓ **Manglende tilrettelegging og insentiver for en mer enhetlig nasjonal tilnærming.** Der er i dag 365 forskjellige måter å gjøre det på i kommune-Norge, hvilket ikke legger til rette for effektiv veiledning, organisering og læring.
- ✓ **Lite hensiktsmessig og uklar fordeling av ansvar.** Målsettingen om at kommunene skal ta over en økende del av ansvaret for levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester utgjør et bevegelig mål. Det er samtidig en uklar avgrensning av ansvaret for å *levere tjenester*, som ligger til både spesialisthelsetjenesten og kommunene, og det overordnede ansvar for å *koordinere tjenester*, som ligger til kommunen. Et resultat av dette er at kommunene kommer til kort på begge felt.
- ✓ **Dagens lovfestede ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig.** De færreste brukere har individuell plan. Og for mange av de som har det, fungerer den dårlig. Individuell plan og koordinator framstår ofte som først og fremst administrative funksjoner, og det er ofte lite eller ingen kobling til faktiske rehabiliteringsplaner som utarbeides av tjenesteleverandører.
- ✓ **Budsjett- og ansvarsfordeling legger ikke til rette for kost-effektiv oppgaveløsning.** Levering av tjenester er spredt på flere budsjetteiere, først og fremst spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV. Det at kostnader ikke er overførbare mellom disse betyr at hver enkelt budsjetteier ikke har

insentiv til å investere i tjenester som kan føre til større besparelser for andre. Resultatet er suboptimal kostnads-effektivitet satt i system.

- ✓ **Svak styring og manglende lederforankring på nasjonalt nivå.** Ansvar for effektiv innretning av tjenesteleveringen er spredt over et bredt spekter av aktører. Per i dag er det ingen som har tatt eller utøvd ansvar for en helhetlig oversikt, prioritering og fordeling av ansvar.
- ✓ **Svake systemer for erfaringsutveksling og læring.** Det er bred enighet om at det er et for svakt kunnskapsgrunnlag i dette området, men forskning er fremdeles ikke prioritert. Fragmentering og mangelen på enhetlig tilnærming bidrar også til at registerdata ikke legger til rette for analyse som kan gi kunnskap om effekter og kost effektivitet av tjenester.

Konsekvensen av disse utfordringene er at vi har et system som er dårlig for læring. Det er et komplekst område, hvor det aldri vil være one-size-fits-all men hvor det er prinsipper og løsninger som er overførbare fra kontekst til kontekst. Men for å lære av hverandre og legge til rette for kontinuerlig justering og forbedring, fordrer det at man har på plass systemer for utveksling av erfaringer og data, som gjør at man kan se hva som virker og hva som ikke virker så godt.

Anbefalinger

Denne evalueringen legger fram en rekke anbefalinger som foreslår en endring i tilnærming som kan legge til rette for en klarere fordeling av roller og ansvar og en mer enhetlig organisering av området, som også vil bidra til bedre måling og rapportering av resultater, og bedre læring:

1. **Utarbeid og vedta en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering**
2. **Revider nasjonal veileder for å gi en mer enhetlig tilnærming i kommunene og spesialisthelsetjenesten**
3. **Avklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste**
4. **Revider tilnærmingen til individuell plan**
5. **Utarbeid et system for å kartlegge total-kostnader og insentivere kost-effektive løsninger**
6. **Satsning på teknologi for tjenestelevering**
7. **Styrk registerdata og forskning**

En gjennomføring av disse anbefalingene kan bidra til å oppnå en kursendring i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, i stedet for mer av det samme. Resultatet kan bli bedre og mer enhetlig tjenestelevering, og en utvikling av bedre kvalitet og kostnadseffektivitet. For en nærmere beskrivelse av anbefalingene, se kapittel 8

Innhold

Om evalueringen	i
Sammendrag	ii
1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn og formål	1
1.2 Metode	1
2. Bakgrunn	8
2.1 Historikk siden 2008	8
2.2 Lov- og regelverk	10
3. Opptrappingsplanen	13
3.1 Om habilitering	14
3.2 Frie midler øremerket av opptrappingsplanen	14
3.3 Kvalitet av rapportering og indikatorer	15
3.4 Bruk av tilskuddsordningen for å styrke tjenestetilbudet til kommunen	16
4. Utvikling av kapasitet og kompetanse under Opptrappingsplanen	20
4.1 Kapasitet og kompetanse i kommunene	20
4.2 Kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten	25
4.3 Kompetanse og innovasjon	27
5. Organisering og ansvar av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene	31
5.1 Kommunenes habiliterings- og rehabiliteringstilbud	31
5.2 Oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering	34
5.3 Koordinerende enhet i kommunene	37
5.4 Kommunestørrelse og kommunesamarbeid	41
5.5 Organisering og ansvar av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten	45
5.6 Organiseringen av koordinerende enhet i helseforetakene	48
5.7 Rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialist-helsetjenesten	49
6. Planlegging og levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester	57
6.1 Kommunal planlegging av habilitering og rehabilitering	57
6.2 Individuell plan og koordinator	61
6.3 Kartleggingsverktøy for tverrfaglig utredning og behandling av brukernes behov og funksjonsendringer	65

6.4 Oppfølging av brukere med store og sammensatte behov og samarbeid internt i kommunene	69
6.5 Ambulante habiliterings- og rehabiliteringstjenester	73
6.6 Kost-nytte vurderinger	76
7. Diskusjon og overordnede konklusjoner	79
7.1 356 måter å gjøre det på	81
7.2 Lite hensiktsmessig og uklar fordeling av ansvar	81
7.3 Dagens ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig	82
7.4 Budsjett- og ansvarsfordeling legger ikke til rette for kost-effektiv oppgaveløsning	83
7.5 Manglende lederforankring og styring – nasjonalt	84
7.6 Manglende forskning og svak erfaringsutveksling og læring	85
8. Anbefalinger	87
8.1 Anbefaling 1 – Utarbeid og vedta en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering	87
8.2 Anbefaling 2 – Revider nasjonal veileder for å gi en mer enhetlig tilnærming i kommunene og spesialisthelsetjenesten	88
8.3 Anbefaling 3 – Avklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste	88
8.4 Anbefaling 4 – Revider tilnærmingen til individuell plan	89
8.5 Anbefaling 5 – Utarbeid et system for å kartlegge total-kostnader og insentivere kost-effektive løsninger	89
8.6 Anbefaling 6 – Satsning på teknologi for tjenestelevering	90
8.7 Anbefaling 7 – Styrk registerdata og forskning	90
Vedlegg	92
Vedlegg 1: Oversikt over dokumentasjon	92
Vedlegg 2: Oversikt over intervjuer	105
Vedlegg 3: Oversikt over tilskuddsordninger	108

1. Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

KPMG har gjort en evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering for Helsedirektoratet. Av Helsedirektoratets tildelingsbrev for 2020 fremkommer det at følgende oppdrag skal gjennomføres:

- Beskrive og evaluere effekten av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, og bistå i utredning og utarbeidelse av tiltak knyttet til [habiliterings- og] rehabiliteringsfeltet for å nå målene beskrevet i planen.

Evalueringen inneholder beskrivelse og vurdering av utviklingen innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet fra 2017 til 2019. Tilstanden til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene ved oppstart og avslutning av opptrappingsplanen skal sammenlignes. Hensikten er å danne et best mulig bilde av den faktiske tjenesteutviklingen sett opp mot mål, krav, føringer og forventninger som har ligget til grunn for opptrappingsplanen. I dette inngår blant annet å se på organisering av de aktuelle tjenestene i kommunene, samhandling mellom tjenestenivåene, resultater av tverrfaglige tiltak og kompetanseutvikling.

Evalueringen har et særskilt fokus på hvilke effekter *innføringen* av tiltak og virkemidler har hatt på effektiviteten og kvaliteten til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i både kommuner og spesialisthelsetjenesten i planperioden, samt i hvilken grad de har bidratt til å oppnå målene til opptrappingsplanen. I følge oppdragsbeskrivelsen er et sentralt moment med evalueringen å identifisere god praksis og utvikle et datagrunnlag som kan legge til rette for å videreutvikle tjenester, virkemidler og tiltak som har ønsket virkning. Siden hovedvekten av oppstartingsplanen har vært tilskudd til kommunene og økning av frie midler til kommunene, er fokuset i evalueringen naturlig nok på kommunene.

Formålet med evalueringen av opptrappingsplanen er tredelt:

- ✓ Beskrive og sammensette et sammenlignbart statusbilde for utviklingen til habiliterings- og rehabiliteringstjenestene mellom opptrappingsplanens oppstart i 2017 og avslutning i 2019
- ✓ Evaluere effekten til sentrale tiltak og virkemidler i opptrappingsplanen og identifisere god praksis
- ✓ Vurdere i hvilken grad sentrale tiltak og virkemidler bidrar til å oppnå målene som er beskrevet i opptrappingsplanen

Vurderinger, funn og konklusjoner fra evalueringen skal gi et grunnlag for Helsedirektoratets videre utredning og utarbeidelse av tiltak knyttet til habiliterings- og rehabiliteringsfeltet for å nå målene som er beskrevet i opptrappingsplanen.

Etterhvert som evalueringen kom i gang med datainnsamling og analyse, så evalueringsteamet at flere mer overordnede problemstillinger måtte tas med i analysen. Disse har å gjøre med organisering og ansvarsfordeling i et svært komplekst område av tjenestelevering med et stort antall aktører, som for eksempel faktorer relatert til koordinering på nasjonalt nivå og finansieringsordninger. Dette er faktorer som vi løfter opp i evalueringens siste to kapitler.

I det dette innledende kapittel beskriver vi oppdraget og metode. Kapittel 2 gir historisk kontekst. Kapittel 3 diskuterer opptrappingsplanen og tilskuddsordningen, mens kapittel 4 presenterer data på utviklingen av kapasitet og kompetanse under opptrappingsplanen. Kapittel 5 viser våre funn om organisering, ansvar og samhandling i kommunen, og kapittel 6 presenterer funn om planlegging og levering av tjenester. Kapittel 7 diskuterer og gir overordnede konklusjoner, og vi gir våre anbefalinger i kapittel 8.

1.2 Metode

Å evaluere opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering innebærer å gjøre en evaluering av et komplekst og svært omfattende felt. Det er i arbeidet med rehabilitering og habilitering inkludert en rekke

aktører med ansvar for ulike deler av arbeidet samt stor oppgavevariasjon som spenner fra miljøarbeidertjenester, hjemmebaserte tjenester til mer målrettede tiltak blant brukere med komplekse behov. Feltet har dessuten en lang historie der det har vært gjort flere reformer de siste 40 årene, med særlig oppmerksomhet knyttet til feltet i perioden fra samhandlingsreformen og frem til i dag. Habilitering og rehabilitering er dessuten tjenester med uklar grenseflate opp mot en rekke andre tjenester i både kommunale helsetjenester og i spesialisthelsetjenesten.

I arbeidet med evalueringen har rehabilitering blitt vektlagt i større grad enn habilitering. Det skyldes i stor grad at opptappingsplanen er utformet med en hovedvekt på rehabilitering og dette har farget arbeidet med evalueringen. Evalueringen har videre et hovedfokus på tjenestene i kommunene – begrunnet i at det er der hovedvekten av tiltak og virkemidler i planen har vært.

Evalueringen har videre blitt gjennomført i en tid med en rekke restriksjoner i forbindelse med Covid-19 som har medført at vi har måttet gjøre noen tilpasninger underveis med tanke på gjennomføringen av intervjuer mv.

Etter vårt skjønn er det nødvendig å oppnå både breddeforståelse og dybdeforståelse for feltet fordi evalueringen skal vurdere en plan som treffer 356 kommuner, 20 helseforetak i spesialisthelsetjenesten og fire regionale helseforetak i tillegg til en rekke private institusjoner som til sammen betjener en svært sammensatt brukergruppe.

En bred og pragmatisk tilnærming

Vi har valgt en metodisk tilnærming der vi lener oss på en rekke datakilder. Videre har det vært viktig i denne evalueringen å ha en pragmatisk tilnærming til datainnsamlingen. Det vil si at vi fortløpende har vurdert behovet for intervjuer, dokumentasjon mv. og tilpasset datainnsamlingen til våre løpende behov for å evaluere opptappingsplanen.

For å ivareta behovet for å fange opp både de store linjene og forståelse i dybden har vi i denne evalueringen har vi benyttet oss av følgende datainnsamlingsteknikker:

- ✓ Intervjuer
- ✓ Dokumentgjennomgang
- ✓ Statistikk
- ✓ Gruppeintervjuer
- ✓ Spørreundersøkelse
- ✓ Workshop

Vi har dekket kommuner, institusjoner i spesialisthelsetjenesten, private institusjoner som tilbyr habiliterings- og rehabiliteringstjenester og brukerorganisasjoner i vår evaluering. Vi har gjennomført intervjuer med, innhentet dokumenter og statistikk, og gjort gruppeintervjuer med en rekke utvalgte kommuner, spesialisthelsetjenesten, private institusjoner og brukerorganisasjoner. I tillegg har vi sendt ut spørreundersøkelsen til alle landets kommuner, helseforetak i spesialisthelsetjenesten og et utvalg brukerorganisasjoner og private institusjoner som leverer habiliterings- og rehabiliteringstjenester. I utvalget av kommuner og helseforetak i spesialisthelsetjenesten i den kvalitative delen av analysen (intervjuer, dokumenter) har vi benyttet oss av en casestudie-tilnærming som vi redegjør for under.

Case-gjennomganger

Vi har i evalueringen vektlagt en case-tilnærming hvor vi har valgt ut ti case-kommuner, et interkommunalt samarbeid og ni utvalgte institusjoner i spesialisthelsetjenesten som disse kommunene har samarbeidsavtale med. Hensikten har vært å gjøre et dypdykk i kommunene og deres arbeid med opptappingsplanen.

Vi har for det enkelte case gjennomført intervjuer, innhentet dokumentasjon, statistikk og i tillegg gjennomført gruppeintervjuer med enkelte av dem. Formålet med case-studiene er å se på kommuner med ulike karakteristika som er knyttet til ulike aktører i spesialisthelsetjenesten for å fange opp kommunenes og spesialisthelsetjenestens opplevelser av hverandre og deres arbeid med opptappingsplanen.

I valget av case-kommuner har følgende kriterier ligget til grunn:

1. Geografisk spredning (dekker kommuner i ulike deler av landet)
2. Variasjon i kommunestørrelse
3. Inkludere kommuner som har og ikke har mottatt tilskudd gjennom opptrappingsplanen
4. De institusjoner innen spesialisthelsetjenesten som er valgt ut har samarbeidsavtaler med kommunene som er valgt ut som case-kommuner

Tabell 1 Case utvalg - kommuner og helseforetak

Kommune	Geografisk tilknytning (fylke/region)	Kommune-størrelse ¹	Har mottatt/ikke mottatt tilskudd ²	Samarbeidsavtale med helseforetak i spesialisthelsetjenesten
Øygarden kommune	Vestland	38 484	Mottatt	Helse Bergen HF
Trysil kommune	Innlandet	6 613	Mottatt	-
Skjåk kommune	Innlandet	2 181	Mottatt	-
Nordreisa kommune	Troms og Finnmark	4 863	Mottatt	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Indre Østfold kommune (Askim-prosjektet)	Viken	44 990	Mottatt	Sykehuset Østfold HF
Lørenskog kommune	Viken	42 106	Mottatt	Akershus universitetssykehus HF
Fyresdal kommune	Telemark og Vestfold	1 269	Ikke mottatt	Sørlandet sykehus HF
Trondheim kommune	Trøndelag	205 332	Ikke mottatt	St. Olavs Hospital HF
Arendal kommune	Agder	45 037	Mottatt	Sørlandet Sykehus HF
Bodø kommune	Nordland	52 397	Mottatt	Nordlandssykehuset HF
Sjustjerna (interkommunalt samarbeid) ³	Møre- og Romsdal	49 479	Mottatt (tre av sju kommuner) ⁴	Helse Møre- og Romsdal

De utvalgte helseforetakene i spesialisthelsetjenesten som vi har inkludert i case-studiene følger som nevnt av kommuneutvalget. Alle aktuelle er intervjuet foruten helseforetak med samarbeidsavtale med Trysil og Skjåk kommune. I tillegg til helseforetakene i spesialisthelsetjenesten som fremgår av tabellen ovenfor har vi intervjuet representanter for Sunnaas sykehus ettersom sykehuset er nasjonalt sykehus for rehabilitering.

I resten av dette kapitlet redegjør vi mer inngående for den enkelte datainnsamlingsteknikk og datakildene vi har tatt i bruk.

¹ Fra SSBs tabell '01222: Befolkning og kvartalsvise endringer, etter region, statistikkvariabel og kvartal'. 3. kvartal 2020.

² Se vedlegg 3

³ Sjustjerna omfatter kommunene Herøy, Hareid, Volda, Sande, Ulstein, Vanylven og Ørsta i Møre- og Romsdal.

⁴ Herøy, Volda, Ulstein har mottatt tilskudd. Uklart om Ørsta har mottatt (se vedlegg 3). Hareid, Sande og Vanylven har ikke mottatt tilskudd.

Intervjuer

Intervjuer har vært en helt sentral datakilde for denne evalueringen og viktig for å sikre at vi har tilstrekkelig dybdeforståelse inn i evalueringen. Vi har gjennomført totalt 50 intervjuer og gruppeintervjuer med til sammen 81 informanter.

Som nevnt ovenfor er mange av intervjuene knyttet til våre case-gjennomganger av ti kommuner og et interkommunalt samarbeid. Vi har imidlertid intervjuet en rekke aktører og interessenter utover kommunene og helseforetakene som inngikk i våre case-gjennomganger.

- ✓ Informanter ved alle fylkesmannsembeter.
- ✓ Intervjuer med informanter i ti case-kommuner (se tabell ovenfor).
 - Intervjuene med kommunene har primært vært gjennomført med leder koordinerende enhet samt kommunalsjef innen helse- og omsorg.
 - I tillegg har vi gjennomført intervjuer i forbindelse med et interkommunalt samarbeid – sjustjerna – mellom sju kommuner i Møre og Romsdal.
- ✓ Informanter ved ni helseforetak samt regional koordinerende enhet i alle regionale helseforetak.
- ✓ Utvalgte informanter i Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet
- ✓ Parkinsonforbundet
- ✓ Spekter⁵

Gruppeintervjuer

I tillegg til de individuelle intervjuene har vi gjennomført gruppeintervjuer med brukerorganisasjoner, kommuner og private tilbydere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Gruppeintervjuene har blitt gjennomført etter at de fleste individuelle intervjuene var gjennomført. Det innebærer at vi gjennomførte gruppeintervjuene som «fokusgruppediskusjoner» og vektla å legge frem foreløpige observasjoner for å se hvordan dette ble oppfattet av deltakerne i gruppeintervjuene i tillegg til å stille øvrige spørsmål som og ble stilt i intervjuene.

Gruppeintervjuene har blitt gjennomført med følgende aktører:

- ✓ Tre gruppeintervjuer med brukerorganisasjoner:
 - Norsk Revmatikerforbund, LHL, Pasientforbundet, LPP Bergen, Landsforening polioskade og Kreftforeningen
 - FFO, Mental Helse og Unge funksjonshemmede
 - Norsk fysioterapiforbund, Norsk forening for fysikalsk i legeforeningen, Norsk ergoterapeut forbund og, region øst for fysioterapeuter
- ✓ Gruppeintervjuer med kommuner:
 - Askim-prosjektet
 - Bodø kommune
 - Sjustjerna
 - Trondheim kommune
 - Trysil kommune
- ✓ Gruppeintervju med private tilbydere av habilitering og rehabiliteringstjenester
 - Virke, NHO, Samfunnsbedriftene

Workshop

Prosjektgruppen la frem foreløpige funn og observasjoner i en workshop om evalueringen av opptrappingsplanen. Denne hadde om lag 50 deltakere fra kommuner, spesialisthelsetjenesten, private rehabiliteringsinstitusjoner, bransjeorganisasjoner og statlige myndigheter. Workshopen ble gjennomført digitalt den 12. oktober 2020.

⁵ Hadde ikke anledning til å delta i gruppeintervju samtidig som de øvrige bransjeorganisasjonene for private tilbydere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester

Worskhopen ga prosjektgruppen mulighet for å presentere og få tilbakemeldinger på tidlige funn og observasjoner. I tillegg fungerte arrangementet som en datakilde gjennom at prosjektgruppen fikk anledning til å delta i gruppearbeid med totalt 10 grupper. Gruppearbeidet var konsentrert om følgende tre spørsmål:

- ✓ Hva fungerer bra og må ikke forandres - men eventuelt fortsatt videreutvikles?
- ✓ Tre ting som ikke fungerer bra
- ✓ Tre konkrete tiltak for videre styrking av habilitering og rehabilitering

I hver gruppe var det en referent som dokumenterte gruppenes arbeid. Denne dokumentasjonen ble deretter sammenstilt av Helsedirektoratet og delt med KMPG.

Dokumentgjennomgang

Dokumenter har vært viktige datakilder gjennom hele prosessen. Innledningsvis hentet vi inn mye dokumentasjon fra oppdragsgiver. Vi har lagt inn en fullstendig oversikt over dokumentasjonen som er innsamlet og benyttet som datakilder i denne evalueringen i vedlegg 1.

Vi har løpende mottatt ny dokumentasjon når behov har oppstått og når denne har blitt tilgjengelig underveis i prosessen. Vi har gjennomført en gjennomgang av tilgjengelig dokumentasjon fra case-kommuner og spesialisthelsetjenesten. Vi har videre hentet inn og gjennomgått offentlige dokumenter som f.eks. riksrevisjonsrapporter, stortingsmeldinger mv. for tiden før opptrappingsplanen for å opparbeide oss et overblikk over det historiske bakteppet for opptrappingsplanen.

Dokumentene vi har benyttet har vært brukt til, grovt sett, følgende formål:

- ✓ Som datagrunnlag for våre case-gjennomganger
- ✓ Som kilde i seg selv. Del av vårt empiriske grunnlag for å svare på evalueringens problemstilling
- ✓ For å opparbeide tilstrekkelig innsikt for å utarbeide intervjuguider og spørreundersøkelser
- ✓ For å verifisere/kryssjekke og bygge ut funn i intervjuer og spørreundersøkelse.

Statistikk

Vi har, i tillegg til dokumentasjonen, innhentet offisiell statistikk fra følgende kilder

- ✓ SSB, både fra deres nettside, og gjennom dialog med relevant fagavdeling
- ✓ Helsedirektoratet, fra nettside og fagavdelinger
- ✓ Statistikk og annen data fra informanter og interessenter, herunder fra spørreundersøkelser mv.

Noen vesentlige datakilder og registre vi har benyttet oss av følger under:

- ✓ NPR
- ✓ KUHR
- ✓ KPR
- ✓ KOSTRA-data

Spørreundersøkelse

Vi sendte en spørreundersøkelsen til følgende mottakere:

- ✓ Samtlige norske kommuner
- ✓ Samtlige helseforetak i spesialisthelsetjenesten
- ✓ Utvalgte brukerorganisasjoner
- ✓ Private tilbydere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester (distribuert noe senere i prosessen)

Formålet med spørreundersøkelsen har vært todelt. For det første lener spørreundersøkelsen seg på tidligere spørreundersøkelser som er gjort på området.⁶ De tidligere undersøkelsene var gjennomført med kommunene. Gjennom å benytte oss av noenlunde likelydende spørsmål har det vært mulig å se på utviklingstrekk i kommunene.

For det andre har det vært et mål å stille likelydende spørsmål til kommuner, helseforetak og brukere for å kunne sammenstille deres oppfatninger rundt sentrale tema.

I spørreundersøkelsen inkluderte vi spørsmål om følgende temaområder:

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| ✓ Informasjon om tilskudd | ✓ Individuell plan og koordinator |
| ✓ Om opptrappingsplanen | ✓ Brukermedvirkning |
| ✓ Om kommunens tilbud | ✓ Samhandling |
| ✓ Om kompetanse | ➤ Koordinerende enhet |
| ✓ Avklaring og utredning av behov | |

I distribusjonen av spørreundersøkelsen til **brukerorganisasjoner** ba vi kontaktpersoner i utvalgte brukerorganisasjoner om å videreformidle spørreundersøkelsen til 10 tillitsvalgte/tillitspersoner som kan besvare undersøkelsen. Dette var ikke en brukerundersøkelse og således var det ønskelig at brukerrepresentanter med litt mer overordnet brukerinnsett besvarte spørreundersøkelsen.

Undersøkelsen ble også distribuert videre til private institusjoner og i spesialisthelsetjenesten. Vi har gjennomgått mottatte svar med informanter fra bransjeorganisasjoner da vi gjorde intervju og gruppeintervju. Der fremgikk det at mange av deres tilknyttede institusjoner har besvart spørreundersøkelsen. Som følge av at vi har fått bistand av brukerorganisasjoner, institusjoner i spesialisthelsetjenesten og private tilbydere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester til å videreformidle undersøkelsen har vi altså ikke forutsetning for å regne ut svarprosent for disse kategoriene

Vi har grunnlag for å regne ut svarprosent for kommunene ettersom de har blitt bedt om å oppgi hvilken kommune de svarer på vegne av. Om lag 60 % av kommunene (n=218) har besvart spørreundersøkelsen.

Fra **kommunene** har den største andelen av respondentene (n=60) oppgitt at de besvarer undersøkelsen som helsesjef. Videre har følgende grupper besvart undersøkelsen:

- ✓ 52 respondenter oppga at de svarte som leder for koordinerende enhet.
- ✓ 10 respondenter oppga at de besvarte undersøkelsen som virksomhetsleder.
- ✓ 10 har besvart som enhetsleder.

De øvrige svarene er stort sett også mulig å knytte til stillingene som beskrevet ovenfor (herunder for eksempel fire kommunalsjefer og to enhetsledere innen pleie og omsorg).

Det er også verdt å nevne at vi har hatt en rekke henvendelser fra flere av kommunene som har besvart spørreundersøkelsen. Gjennom samtale har det fremkommet at mange har koordinert besvarelsen med flere involverte i kommunene. Dette er forståelig og naturlig gitt bredden i spørreundersøkelsen, men innebærer samtidig at vi ikke har full kontroll på hvem som har besvart undersøkelsen fra kommunen. Dermed er det også krevende å si noe om f.eks. vekten av habilitering og rehabilitering blant besvarelsene.

Som nevnt er det ikke mulig for oss å regne ut svarprosenten for de andre kategoriene som har besvart spørreundersøkelsen som følge av at undersøkelsen her har blitt distribuert videre. Svarene vi har fått fordeler seg som følger:

- ✓ Vi har mottatt 41 svar fra **helseforetakene**.

⁶ Se vedlegg 1:

- ✓ Fra **brukerorganisasjonene** har vi mottatt 32 svar.
- ✓ Fra de **private tilbyderne av habiliterings- og rehabiliteringstjenester** har vi mottatt 20 svar.

Deskriptiv statistikk for spørreundersøkelsen er vedlagt som separat vedlegg i leveransen til Helsedirektoratet.

1.2.1 Triangulering

I analysen av datakildene som inngår i denne evalueringen har vi jobbet mye med å triangulere datakildene opp mot hverandre. Intervjureferater har blitt sett i sammenheng med dokumenter og overordnede svar fra spørreundersøkelsen mens gruppeintervjuene til dels har blitt brukt for å vurdere hvor gjenkjennelige våre overordnede funn har vært. Det kan generelt være verdt å bemerke at vi har benyttet dokumentasjon i noe større utstrekning enn hva vi først planla for. Dette som følge av COVID19-situasjonen. Allikevel har det, gjennom bruk av digitale samhandlingsverktøy som Teams, vært mulig å gjennomføre et betydelig antall intervjuer med et bredt og omfattende felt informanter.

2. Bakgrunn

Rehabilitering har ikke den posisjon og prestisje i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier. Det overordnede målet for rehabiliteringsstrategien er å endre dette. Endringsarbeidet krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid.

- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering, 2008 - 2011

I dette kapittelet diskuterer vi utviklingen i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet siden 2008. Dette er basert på sektorens strategier, stortingsmeldinger og planer, samt Riksrevisjonens undersøkelser i perioden. Vi gir også et sammendrag av relevant lovverk.

2.1 Historikk siden 2008

Gjennom hele perioden har det blitt påpekt at feltet har blitt underprioritert, at det er svak koordinering, at det er manglende kunnskapsgrunnlag for å vurdere effektivitet og at brukermedvirkning er svak. Styrking av disse feltene har vært målsettinger for samtlige relevante reformen i perioden.

Habilitering- og rehabilitering er felt som er viktig for befolkningen. For personer med nedsatt funksjonsevne som følge av medfødte eller ervervede tilstander kan det være kritisk å få rask og god tilrettelagt hjelp for å bevare eller gjenvinne funksjon og derved sikre best mulig livskvalitet. Det at 10.5% av befolkningen var uføretrygdde i 2020, viser at dette er noe som kan være relevant for en vesentlig del av befolkningen til enhver tid. Dette har også store kostnader for samfunnet, både personlige og økonomiske. Direkte kostnader for uføretrygd i 2020 var 100 milliarder kroner, som ikke inkluderer tapte skatteinntekter.⁷

Til tross for vesentligheten av dette feltet er det lite som tyder på at habilitering og rehabilitering har blitt klart definert og prioritert av spesialisthelsetjenesten og kommunene i landet, ei heller av nasjonale helsemyndigheter. Dette er ikke en ny problemstilling. Som vi ser fra sitatet ovenfor, som er åpningsavsnittet i den nasjonale strategien for habilitering og rehabilitering fra 2008, har det lenge vært et mål å øke oppmerksomheten på dette feltet.

2008 strategien hadde som mål å

- ✓ Øke bevilgninger til habiliterings- og rehabiliteringsområdet
- ✓ Styrke politisk styring av arbeidet
- ✓ Styrke brukermedvirkning
- ✓ Bedre samarbeid mellom relevante nasjonale organer
- ✓ Bedre styring lokalt gjennom styrket bruk av individuell plan og koordinerende enheter
- ✓ Styrke bruk av private institusjoner
- ✓ Styrke den kommunale rollen i tjenestelevering
- ✓ Fokus på faglig kvalitet som også skal bidra til å gi området økt prestisje i helsesektoren
- ✓ Ivaretagelse av verdigrunnlaget med lik dekning av alle uavhengig av bakgrunn og lokasjon
- ✓ Fokus på livskvalitet og aktiv deltakelse i dagligliv, arbeidsliv og samfunnsliv

⁷ Prop. 1 S (2019-2020), Arbeids- og sosialdepartementet.

Disse målene fortsetter å treffe behovet i området godt. Strategien ble fulgt opp av en undersøkelse av Riksrevisjonens som ble publisert i 2012.⁸ Undersøkelsens tre hovedfunn var:

- ✓ Helsemyndighetene trenger mer kunnskap om kapasitet og behov for rehabiliteringstjenester
- ✓ Bedre kompetanse, økt samarbeid og mer avklarte ansvarsforhold kan gi bedre rehabilitering
- ✓ Det er behov for å utvikle bedre måleinstrumenter på rehabiliteringsfeltet

På et mer overordnet nivå konkluderte undersøkelsen med at det ikke eksisterer et godt nok datagrunnlag for å si om rehabiliteringsfeltet hadde blitt styrket i perioden 2005 – 2010.

Leveranse av helsetjenester er et delt ansvar mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformen som ble vedtatt i 2009 og iverksatt fra 2012, overførte oppgaver som tidligere hadde vært under spesialisthelsetjenesten til kommunene. Ifølge stortingsmeldingen om reformen var dette sett på som en del av å løse utfordringen av fragmenterte tjenester som ikke tilfredsstilte pasientenes behov for koordinerte tjenester.⁹ Kommunereformen som ble lansert i 2014, forklarte hvorfor kommunene var best plassert for å ha det overordnede ansvaret for habiliterings- og rehabiliteringstjenester.¹⁰

«Overføring av ansvar til kommunene vil blant annet kunne gi bedre og mer helhetlige løsninger for pasientene ved at kommunene kan se [habiliterings- og] rehabiliteringsfeltet i sammenheng med øvrige kommunale tjenester. Det vil også gi kommunene sterkere insentiver til å satse mer på forebygging og (hverdags-)rehabilitering»

I 2015 gjennomførte Riksrevisjonen en undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.¹¹ Undersøkelse viste at kommunenes kapasitet og kompetanse i liten grad var styrket etter innføringen av samhandlingsreformen. Videre viste den at det fantes lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter som skrives ut til kommunene og at samarbeidet om pasienter med behov for tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenester ikke var godt nok.

For å styrke kommunenes tjenester for pasienter med de største behovene anbefalte Riksrevisjonen at departementet:

- ✓ Øker kunnskapen om kvaliteten i kommunenes helse- og omsorgstjeneste, blant annet ved hjelp av (å bestemme) indikatorer for kvalitet
- ✓ Vurderer tiltak som kan bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunene, blant annet når det gjelder kvaliteten på informasjonen som utveksles og bruken av individuell plan
- ✓ Følger opp om planlagte tiltak i tilstrekkelig grad bidrar til å styrke kompetansen i kommunehelsetjenesten

Primærhelsemeldingen ble lansert i 2015. Her er det beskrevet at pasienter med de mest sammensatte behov, de som mange ser som den viktigste brukergruppen for rehabiliteringstjenester, ikke fikk gode nok tjenester. Etablering av tverrfaglige team ble følgelig sett som viktig for å bedre dette. Dette skulle innebære en strukturert tilnærming, som inkluderer «en koordinator, bruk av kunnskapsbaserte prosedyrer og sjekklister, en individuell plan utformet i samråd med brukeren og en systematisk oppfølging og evaluering for å nå målene fastsatt i planen. Koordinatoren leder et team som samarbeider med flere, gjerne på tvers av nivåene, og samordner tilbudet.»¹²

⁸ Riksrevisjonen (2012). Dokument 3:11 (2011–2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*.

⁹ St. Meld. Nr. 47 (2008 – 2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.

¹⁰ St. Meld. Nr. 14 (2014 – 2015). *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner* side 43.

¹¹ Riksrevisjonen (2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*, Dokument 3:5 (2015 – 2016).

¹² St. Meld. Nr. 26 (2014 – 2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, side 20.

Primærhelsemeldingen observerte at det hadde vært en manglende prioritering av habilitering og rehabilitering:

«Habilitering og rehabilitering har i mange år vært pekt på som et av helse- og omsorgstjenestens svakeste områder. Til tross for dette, og gjentatte tverrpolitiske ønsker og verbale ambisjoner om å løfte disse områdene, har for lite skjedd. Det ønsker denne regjeringen å gjøre noe med. For å få til en reell styrking av habilitering og rehabilitering i kommunale helse- og omsorgstjenester må en rekke tiltak settes i verk.» (s. 104)

Meldingen varslet at regjeringen ville «Ta sikte på å utarbeide en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering som vil ha sitt hovedfokus rettet mot kommunene.» (s. 110)

På et mer overordnet nivå, anerkjente Primærhelsemeldingen at det fremdeles ikke var klart hvordan ansvarsfordelingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten ville bli:

«Ansvarsdelingen mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for avgrensningen av kommunenes samfunnsoppdrag. På flere områder, fremfor alt innenfor psykisk helse, rus, pasientopplæring og rehabilitering er det i dag for uklart hva som forventes av kommunene. Større og mer kompetente kommuner vil ha mulighet til å gjøre mer enn dagens kommuner. Hvilke oppgaver det forventes at kommunene skal ivareta og ev. overta, er beskrevet i Meld. St. 14 (2014–2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner. Regjeringen vil gjennom kommunereformen bidra til større og mer robuste kommuner og styrket lokaldemokrati. Større og mer robuste kommuner er en forutsetning for å realisere samhandlingsreformens ambisjon om at mer av helse- og omsorgstjenestene skal ytes i kommunene. I meldingen omtales tannhelsetjenester, rehabilitering og helsetjenester til psykisk syke som områder der kommunene bør få et større ansvar.» (s. 12)

Kommunereformen definerer større kommuner som kommuner med en minimumsstørrelse på 15 000 til 20 000 kommuner. Per 2020 er det 62 kommuner som har mer enn 20 000 innbyggere, og 78 kommuner som har over 15 000 innbyggere. Eksempler på kommuner i mellomstørrelsen mellom 15 000 og 20 000 innbyggere inkluderer Orkland, Vestby og Voss. Det er ikke klart hva som er målsettingen for de 278 kommunene med mindre enn 15 000 innbyggere. Disse utgjør 78% av kommunene og 24% av befolkningen.

Primærhelsemeldingen definerte de følgende målsetninger for å styrke tilgjengelighet, tverrfaglighet og koordinering (s. 55):

- ✓ Stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene.
- ✓ Utrede hvordan den kan legge til rette for etablering av primærhelseteam gjennom endringer i regelverk.
- ✓ Legge til rette for etablering av oppfølgingsteam for oppfølging av brukere med store og sammensatte behov i kommunene.
- ✓ Legge til rette for etablering av mer ambulant behandling i form av flerfaglige ambulante team der spesialisthelsetjenesten- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten arbeider sammen på en måte som styrker tjenestetilbudet, bedrer koordineringen og sikrer kompetanseoverføring mellom nivåene.

Disse målsettingene fortsetter å være relevante, men som vi vil se er de ikke spesielt løftet fram i opptrappingsplanen.

2.2 Lov- og regelverk

Her gir vi en overordnet beskrivelse av veileder og lovverk, samt definisjon av habilitering og rehabilitering.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator tråde i kraft 01.01.2012, og ble sist endret i 2018. Forskriften gjelder for habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tilbys og ytes etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. I tillegg gjelder forskriften individuell

plan og oppnevning av koordinator etter helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1 og § 7-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og § 2-5a. Forskriften regulerer habilitering og rehabilitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten. I tillegg regulerer forskriften brukernes rettigheter til og tjenesteyternes plikter knyttet til individuell plan og koordinator¹³.

Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal etter forskriften ha en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten. Denne skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet har overordnet ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene¹⁴.

Helsedirektoratet publiserte i 2015 en veileder til forskriften¹⁵. Veilederen for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, heretter kalt veilederen, gjelder for habilitering og rehabilitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten, samt private virksomheter som yter tjenester etter avtale med disse. Veilederen i seg selv er ikke rettslig bindende, men viser til lov og regelverk på området som er det. Videre består den av råd og anbefalinger fra Helsedirektoratet på området. Hensikten med slike normerende produkter som veiledere er å:

- ✓ Hindre uønsket variasjon og sikre god kvalitet i tjenesten
- ✓ Bidra til riktige prioriteringer i tjenesten
- ✓ Løse samhandlingsutfordringer og sikre helhetlige forløp.¹⁶

Veilederen gir råd og anbefalinger knyttet til tema som:

- | | |
|--|---|
| ✓ Kvalitet og forsvarlighet i koordinering, habilitering og rehabilitering | ✓ Ansvar- og oppgavefordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten |
| ✓ Behov for habilitering og rehabilitering | ✓ Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten |
| ✓ Habilitering og rehabilitering i kommunene og spesialisthelsetjenesten | ✓ Medvirkning, informasjon og kommunikasjon |

Det kommer frem av veilederen at kommunenes ansvar følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2. Kommunene skal tilby innbyggerne nødvendige helse og omsorgstjenester, herunder sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Spesialisthelsetjenestens ansvar følger av spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a. Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å yte nødvendige spesialisthelsetjenester, herunder habilitering og rehabilitering. Kommunene og helseforetakene er pålagt gjennom lov å utforme samarbeidsavtaler, som skal klargjøre ansvars- og oppgavefordelingen innenfor de juridiske rammene¹⁷.

Utgangspunktet er at spesialisthelsetjenesten har ansvar for oppgaver som krever spesialisert kompetanse og tilrettelegging. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten skal sørge for ulike tjenester innenfor habilitering og rehabilitering, herunder nødvendig undersøkelse, utredning og opplæring. I forskriften om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er oppgavene til spesialisthelsetjenesten mer konkret utformet enn for kommunene. Dette er bevisst fordi spesialisthelsetjenesten er negativt avgrenset i forhold til oppgavene til kommunene. Dette innebærer at det som ikke er definert som spesialistoppgaver, er et kommunalt ansvar.

Veilederen trekker frem at pasient- og brukerorganisasjoner skal være sentrale samarbeidspartnere i spesialisthelsetjenestens og kommunenes samarbeid om utvikling av tjenestetilbudet. I veilederen legges det vekt på at koordinerende enhet bør bidra til formalisert samhandling med

¹³ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2018).

¹⁴ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2018).

¹⁵ Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator (2015).

¹⁶ Helsedirektoratet – Om helsedirektoratets normerende produkter: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>

¹⁷ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2018).

brukerorganisasjonene, herunder sikre at brukerrepresentanter inviteres til nettverksmøter eller lignende. Utgangspunktet er altså at bruker- og interesseorganisasjoner skal medvirke på systemnivå.

Veilederen for oppfølging av personer med store og sammensatte behov retter seg mot ledere på alle nivåer i virksomheter som yter tjenester til personer med store og sammensatte behov. Veilederen har en tydelig innretning mot kommunene, fordi kommunene er den mest sentrale tjenesteyteren på helse- og velferdsområdet. Veilederen beskriver blant annet viktige samarbeidsflater med andre sektorer.

«Tilnærmingen i møte med pasienter og brukeres behov bør snus fra "Hva feiler det deg?" til "Hva er viktig for deg?". Tjenestene skal fremme mestring og selvstendighet.» (Veileder Oppfølging av personer med store og sammensatte behov)

2.2.1 Definisjonen av habilitering og rehabilitering

Før opptrappingsplanen var habilitering og rehabilitering definert som følger i forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator:¹⁸

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

I opptrappingsplanen ble det påpekt at denne definisjonen ikke reflekterte behovene til brukere med kroniske sykdommer. Videre opplevdes det som nødvendig å tydeliggjøre at det er brukerens mål for eget liv som skal legges til grunn for å avgjøre innholdet. Det kommer frem av planen at det er et behov for å endre definisjonen. Definisjonen ble endret i 2018, og lyder i § 3 i forskriften nå:

Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak.

Formålet er at den enkelte pasient og bruker, som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.

Som vi ser, er det lite som ikke omfattes av den nye definisjonen. Definisjonen skiller ikke mellom ulike typer tjenester eller målgrupper.

¹⁸

definisjonen https://www.regjeringen.no/contentassets/6f9070b1721d403db707c4ce26bc2f1b/kgl_res_forskrift_habilitering_reh_ab_plan_koordinator_1612111.pdf

3. Opptrappingsplanen

Opptrappingsplanen fremstår mer som en tilskuddsordning enn en handlingsplan. Den presenterer en diskusjon av situasjonen for habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i kommunene i landet, men den har ikke det som man vanligvis forventer å finne i en handlingsplan: klare mål med et resultatrammeverk og indikatorer. Tilskuddsregelverket er mer konkret, og gir klare føringer på hva som kan støttes. Men svak kvalitet på rapportering og manglende aggregering og analyse av resultater svekker læringseffekten. Opptrappingsplanen mangler også fokus og tiltak rettet mot habilitering.

Opptrappingsplanen legger frem en analyse av dagens situasjon og gir historisk kontekst. Et gjennomgående fokus er på viktigheten av å ha bruker i sentrum, og behovet for å bygge opp kapasitet i kommunene for en opptrapping av kapasitet og kompetanse for habilitering og rehabilitering.

Planen beskriver utfordringene med kommunal habilitering og rehabilitering som følger:

- ✓ Svikt i brukermedvirkning
- ✓ Svikt i samhandling og koordinering enten internt på samme nivå eller mellom nivåene
- ✓ Svikt i kapasitet
- ✓ Svikt i faglig kvalitet, arbeidsform og / eller organisering

Opptrappingsplanen presenterer ikke et klart definert målhierarki. Kapittelet i planen som presenterer mål er en narrativ diskusjon om overordnede mål. Den sier at «hovedtyngden av innsatsen skal skje i kommunen hvor brukeren bor» (s. 14). Dette følges av en diskusjon av fordelingen av ansvaret for habilitering og rehabilitering mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, med referanser til Primærhelsetjenestemeldingen og Kommunereformen. Det er derimot ingen sammenstilling av prioriteringer, virkemidler, tiltak eller rapporteringsansvar. Opptrappingsplanen gir ikke en konkret og konsis fremstilling av planens mål og delmål.

Opptrappingsplanen referer til NPR/Samdata, Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og IPLOS som kilder til data for vurdering av måloppnåelse, men setter ikke konkrete, tallfestede mål. Planen etablerer ikke et system for mål- resultatstyring.

Regelverket for tilskudd gitt under opptrappingsplanen, derimot, presenterer en konsis sammenstilling av formålet med opptrappingsplanen:

- ✓ At tilbudet om habilitering og rehabilitering samsvarer med pasienter og brukeres behov
- ✓ Kommunene skal styrkes og rustes til å ta et større ansvar for feltet
- ✓ At kommunene på sikt kan overta rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten
- ✓ Ivareta tilbud i spesialisthelsetjenesten
- ✓ Styrke brukerperspektivet
- ✓ Bedre kvalitet, samhandling og koordinering mellom nivåene og innenfor disse

Det er imidlertid ikke gjort noe forsøk på å identifisere indikatorer og / eller måltall for noen av disse målene. Og som vi ser, er de på et svært overordnet nivå.

Regelverket for tilskuddet presenterer kriterier for måloppnåelse som samsvarer med hva det skal rapporteres på tilskuddssøknader. Det overordnede kriteriet er at kommunen har en plan for habilitering og rehabilitering, og at denne planen bidrar til at:

- ✓ Kommunen har tilstrekkelig breddekompetanse, herunder ergoterapikompetanse og tilgang til logoped
- ✓ Kommunen sikrer kapasitet i samsvar med befolkningens behov for habilitering og rehabilitering.

- ✓ Flere får vurdert sitt behov for og oppfylt retten til habilitering og rehabilitering.
- ✓ Flere får oppfylt retten til individuell plan og får oppnevnt koordinator.
- ✓ Koordinatorer sikres god opplæring og veiledning.
- ✓ Samarbeidet med brukerorganisasjoner og andre sektorer er styrket.
- ✓ Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er styrket, herunder at kommunen legger til rette for økt ambulant virksomhet og veiledning.
- ✓ Koordinerende enhet sin funksjon og rolle er tydeliggjort og styrket.
- ✓ Kommunen har en hensiktsmessig organisering og et faglig tyngdepunkt for sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet, og tilbudet fremstår tydelig som en del av kommunens helhetlige og differensierte tjenestetilbud.

Her er kriterier for måloppnåelse klarere definert, så som en økning i antall brukere som får oppfylt rett til individuell plan og koordinator. Men heller ikke her er måltall definert, og det er ingen konkret kobling opp mot noen av de eksisterende systemene med indikatorer eller kilder for statistikk.

3.1 Om habilitering

Habilitering som et eget felt får liten oppmerksomhet i opptrappingsplanen.

Tendensen til å se habilitering og rehabilitering som ett, er reflektert i delen av planen som definerer rollene:

Brukere og pasienter med behov for habilitering er barn, unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse. Rehabilitering er vanligvis rettet mot tilstander som er ervervet eller har oppstått senere i livet. I det videre brukes ofte bare betegnelsen rehabilitering.

Opptrappingsplanen diskuterer kommuner og habilitering bare én gang. I et avsnitt med beskrivelse av habilitering i spesialisthelsetjenesten nevnes det at mange kommuner ønsker mer samarbeid og veiledning om habilitering enn hva spesialisthelsetjenesten er i stand til å gi dem.

Videre er det her diskutert at det er variasjonene mellom helseforetakene i spesialisthelsetjenesten i diagnoser av, for eksempel, autismespekterforstyrrelser og autisme at de mest sannsynlig kan forklares av forskjellig diagnostisk praksis. Helsedirektoratet anbefaler også i planen at det etableres intensive trenings- og habiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten for barn med hjerneskader. Slikt tilbud er ikke tilstrekkelig utbygd, og kjøpes ved habiliteringssentre i utlandet.

Planen nevner også Habilitering spesifikt i et avsnitt om datakvalitet, hvor det henvises til en Samdata rapport fra 2015, som den første rapporten for spesialisthelsetjenesten som også inkluderer informasjon om habilitering som en egen aktivitet. Det sies videre, nå generelt om både habilitering og rehabilitering, at «Helsedirektoratet arbeider med å forbedre rapportering og datakvalitet, og utarbeide indikatorer for i framtida å ha kunnskap om aktivitet og kvalitet innen fagområdene både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.» Data fra den første Samdata rapporten ble oppdatert på helsedirektoratets statistiksider ble oppdatert igjen i 2017, men siden da har direktoratet ikke samlet og publisert data fra spesialisthelsetjenesten om habilitering.

3.2 Frie midler øremerket av opptrappingsplanen

600 millioner kroner i frie midler har blitt begrunnet av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering, i perioden fra 2017 opp til 2020. Dette er dobbelt så mye som ble bevilget i tilskudd. Det er ingen mekanisme på plass for å rapportere på hva denne økningen i frie midler har blitt brukt til og om den har blitt brukt til tjenester relatert til habilitering og rehabilitering.

I følge Opptrappingsplanen skal det være 100 millioner årlig øremerket for tilskudd for å støtte kommunene i sin tjenesteutvikling. Det er også dette tilskuddet det rapporteres på i kommunenes rapport til Fylkesmannen. Dette er derimot mindre enn halvparten av de totale midlene som er begrunnet med Opptrappingsplanen.

Opptrappingsplanen foreslår at kommunenes frie rammer skal økes med 100 millioner årlig for gjennomføring av kompetanse- og kapasitetsstyrking for habilitering og rehabilitering, og at dette skal økes til 200 millioner året innen 2019. Stortingsproposisjonene fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet for 2017, bekrefter en økning av kommunenes frie rammer med 100 millioner begrunnet med Opptrappingsplanen for 2017, og proposisjonen for 2019 bekrefter også et tillegg på 200 millioner kroner for 2019 begrunnet med planen.

Det er av videre interesse, at selv om Opptrappingsplanen formelt sluttet i 2019, så videreføres tillegget med 200 millioner kroner i kommunenes frie midler for 2020, samt en innlemming av tilskuddsdelen i kommunenes rammetilskudd, totalt 300 millioner kroner fra 2020. Dette betyr at i perioden 2017 til 2020, så har totalt 600 millioner kroner blitt bevilget i frie midler til kommunene begrunnet med opptrappingsplanen. Altså dobbelt så mye som har blitt gitt i tilskudd gjennom planen.

Fra rapporteringen som har blitt gjort tilgjengelig for evalueringsteamet, synes ingen rapportering på hvordan økningen i kommunenes rammetilskudd, med begrunnelse i Opptrappingsplanen, har blitt omsatt i tiltak for styrking av kompetanse og kapasitet i kommunene.

3.3 Kvalitet av rapportering og indikatorer

Regelverket gir konkrete kriterier for tildeling og rapportering av tilskudd. Den faktiske rapporteringen derimot, er lite strukturert og har ikke blitt aggregert for videre analyse. En lang rapporteringslinje fører også til et års etterslep i rapporteringen.

Regelverket for Opptrappingsplanens tilskuddsordning krever kommunens «vurdering av hvordan gjennomførte tiltak har ført til måloppnåelsen.»¹ Kriteriene for måloppnåelse er som beskrevet av regelverket (se ovenfor).

Vi har ikke sett eksempler på slik vurdering i noen av rapportene fra kommunene, men Fylkesmannens rapportering gir sammendrag og hovedpunkter fra rapporteringen fra kommunene. Tildelingsbrevet for 2019 til Fylkesmannen krever det følgende av rapportering på Opptrappingsplanen:

- ✓ Rapportering på måloppnåelse for tilskuddsordningen (post 0762.64)
- ✓ Samlet vurdering av utviklingen av kommunens tilbud for habilitering og rehabilitering

Det er ingen særreportering direkte fra Fylkesmannen til Helsedirektoratet på tilskuddene gitt under opptrappingsplanen. Det innebærer at rapportering skjer i den ordinære linjen fra FM og til HOD og Hdir via KMD. Dette begrenser også detaljeringsgraden i rapporteringen. Helsedirektoratet gjennomgår rapportene fra FM og oppsummerer måloppnåelse i ordinær rapportering til HOD. At det ikke er særreportering her innebærer også at det blir ett års etterslep på rapportering fra Hdir til HOD fordi rapporteringsfrist fra kommunene til FM på tilskudd er etter at FM har rapportert til nasjonale myndigheter

De fleste, men ikke alle fylker rapporterer på antall kommuner som har mottatt tilskudd. De færreste gir informasjon om beløp mottatt. Alle fylker gir en narrativ summering av tiltak som har blitt støttet, men de færreste gir konkrete eksempler på oppnådde resultater.

Det er ikke et satt format for rapportering i henhold til målene og kriteriene definert av tilskuddets regelverk. Regelverket gir klare kriterier som definerer hva tilskuddene skal måles mot, men det er lite systematisk rapportering mot disse målene, og ingen forsøk fra Fylkesmennene på å aggregere resultater oppnådd gjennom tilskuddene. Den eksisterende rapporteringen gir derfor ikke et grunnlag for Helsedirektoratet å vurdere hvilke av målene er oppnådd og / eller for en vurdering av hvilke type tiltak har best effekt.

Det er også interessant å bemerke at flere av Fylkesmennene ser en utfordring i videreføring av tiltak etter endt tilskudd. Ingen av Fylkesmennene nevner eller diskuterer bruk av kommunenes frie midler, eller det at logikken i Opptrappingsplanen og Stortingsproposisjonene tilsier at nivået på finansiering skal kunne opprettholdes også etter avslutning av Opptrappingsplanen. Finansielt sett har planen en perfekt exit-strategi, ved at styrking i kommunens rammer er videreført og at det øremerkede tilskuddet også ble lagt til denne rammen fra 2020 slik at styrkingen totalt er på kr 300 mill kr. Det er påtakelig at dette ikke tilkjennegis i noen rapporter.

3.4 Bruk av tilskuddsordningen for å styrke tjenestetilbudet til kommunen

I dette kapitlet ser vi på hvordan tilskuddsordningen har blitt brukt til å styrke tjenestetilbudet innen habilitering og rehabilitering i kommunene. Svært få tilskudd har gått til tilskudd rettet mot habilitering.

3.4.1 Bruk av tilskuddsordningen

Fylkesmannsembetene vektlegger at tilskuddsordningen i stor grad har blitt benyttet til å styrke tjenestetilbudet innen rehabilitering i kommunene som har søkt om og mottatt tilskudd. Her har midlene blitt brukt til spesifikke prosjekt som har bidratt til å styrke tjenestetilbudet på enkeltområder. Hverdagsrehabilitering er et område der det har blitt tildelt og gjennomført mange prosjekt. Samtidig vektlegges det at det er vanskelig å måle effekten av disse prosjektene.

Fylkesmennene fremhever videre at mange kommuner har gjort nybrottsarbeid som andre kommuner kan lære av. Flere fylkesmannsembeter har tilrettelagt erfaringskonferanser hvor kommunene samles og presenterer prosjektene sine for hverandre. De sier at dette oppleves å ha vært et nyttig tiltak for å stimulere til utvikling av tjenestetilbudet i kommunene. Kommunene på sin side er enige i at dette har vært viktige tiltak for å legge til rette for informasjonsutveksling, men er ikke like overbevist hvor effektive de har vært, og kan vise til få konkrete fordeler og erfaringer som har kommet ut av disse.

Fylkesmannen tildeler tilskudd basert på en skjønnsmessig vurdering om søknadene faller inn under formål og virkeområde. Helsedirektoratet utarbeidet regelverket for tilskuddet og opptrappingsplanen, med godkjenning fra HOD. Et av de viktigste tildelingskriteriene i tilskuddsordningen er at tilskuddet skal bidra til en varig styrking av habilitering og rehabiliteringsfeltet. Når Fylkesmannen vurderer at søknaden ikke vil bidra til dette avslår de søknadene.

Fylkesmennene opplyser at noen kommuner som har fått tilskudd til tjenesteutviklingsprosjekt sliter med å få prosjektene sine over i vanlig drift, noe som delvis har sammenheng med stram kommuneøkonomi og utskiftninger på nøkkelpersonell. Eksempelvis har hverdagsrehabiliteringstilbudet i en av casekommunene, som kommunen fikk tilskuddsmidler til å etablere, blitt lagt ned grunnet manglende dekning i budsjettet for tiltaket. Videre er en del prosjekt ikke overført til drift enda da flere kommuner har fått overført midler til 2020. En del kommuner har fått midler knyttet til å få inn ny kompetanse i kommunen. Noen kommuner, og særlig små kommuner, har hatt utfordringer knyttet til å rekruttere denne kompetansen.

En representant for et fylkesmannsembete savner at flere kommuner søkte om tilskudd som i større grad løftet feltet habilitering/rehabilitering som helhet i kommunene, eller som i større grad gav feltet en tydeligere forankring i den kommunale helheten. Planarbeid beskrives som et viktig verktøy for å gi feltet en tydeligere forankring. Det oppleves at tilskuddsordningen i liten grad har bidratt til å styrke feltet habilitering og rehabilitering som helhet.

Tilskuddsmottakere og formål

Basert på dokumentasjon fra Fylkesmannsembetene, har vi laget en oversikt over tilskuddsmottakere, beløp og formål i vedlegg 3. Dokumentasjonen vi har mottatt er i hovedsak arbeidsdokumenter som viser en viss oversikt over formålet med tilskuddet. Dokumentasjonen er av varierende presisjonsgrad og vi tar derfor høyde for at oversikten i vedlegg 3 og tabell kan ha avvik. Det er for eksempel flere tilskuddsmottakere hvor formålet er oppgitt å være "habilitering og rehabilitering".

Basert på vår oversikt er det gitt 62 tilskudd til å utarbeide plan for habilitering og rehabilitering. I vedlegg 1 fremgår det også at det er gitt seks tilskudd til plan for rehabilitering. Totalt 56 tilskudd har blitt gitt til å styrke koordinerende enhet (inkludert IP og koordinator).

I 2019 ble det åpnet for at kommunene kunne søke tilskudd til pasientrettet og tverrfaglig samhandlingstiltak som fremmer strukturer i samarbeid med helsetjenesteutøvelsen mellom fastleger og avtalefysioterapeuter om rehabilitering til pasienter med muskel-/skjelett-/smerteproblematikk jf. "Knutepunktmodellen". Ut i fra dokumentasjonen fra Fylkesmannsembetene søkte Trondheim kommune om tilskudd til dette formålet. Prosjektet gikk ut på at leger og fysioterapeuter deltok på fem

samlinger. Tema for samlingene var felles forståelse for langvarige og sammensatte symptomtilstander, mestringsorientert behandlingstiltak til pasienter, kommunikasjon med pasienter, samarbeidspartnere og NAV. I følge kommunen bidro samlingene til at en gruppe fastleger og fysioterapeuter fikk tettere kontakt og bedre samarbeid. Deltakerne fikk veiledning i hvordan de kan samarbeide om funksjonsvurderinger til NAV. Grong kommune fikk også tildelt tilskudd med formålet "muskel og skjelett". Det er ikke kjent hvorvidt dette var i forbindelse med Knutepunktmodellen.

Tabell 2 Tilskudd etter formål, 2017-2019

	2017	2018	2019	Totalt
Styrke koordinerende enhet, herunder også IP og koordinator	11	17	28	56
Hverdagsrehabilitering	12	19	11	42
Hverdagsmestring	6	9	13	28
Innsatsteam	3	1	1	5
Plan for habilitering og rehabilitering	22	22	18	62
Tverrfaglighet	8	5	6	19
Habilitering	5	1	5	11
Rehabilitering	11	3	15	29
Habilitering og rehabilitering	11	18	21	50

Tabell 3 viser at det totalt er 254 kommuner/bydeler som har mottatt tilskudd en eller flere ganger i perioden 2017-2019.

Tabell 3 Antall kommuner som har mottatt tilskudd

Fylke	Antall kommuner som har mottatt tilskudd	Fylke	Antall kommuner som har mottatt tilskudd
Vestfold og Telemark	24	Troms	15
Trøndelag	22	Oslo, bydeler	14
Hordaland	22	Buskerud	14
Agder	10	Rogaland	13
Nordland	17	Hedmark	12
Møre og Romsdal	17	Akershus	12
Sogn og Fjordane	16	Østfold	11
Oppland	16	Finnmark	9
		Totalt	254

3.4.2 Tverrsektoriell samhandling

I noen av fylkesmannsembetene har de fokus på tverrsektoriell samhandling rundt ulike tilskuddsordninger, der man legger til rette for at søknader som faller utenom denne tilskuddsordningen kan få midler fra andre tilskuddsordninger som Fylkesmannen forvalter. Dette kan eksempelvis være kompetanse og innovasjon eller frisklivs-, lærings- og mestringstilbud. Flere fylkesmannsembeter oppgir at dette gjøres i liten grad hos dem grunnet utfordringer med den tverrsektorielle samhandlingen og koordineringen internt hos Fylkesmannen. Det vektlegges at ansvaret for de ulike tilskuddsordningene er delt mellom ulike personer og ulike avdelinger, noe som krever tett samhandling og koordinering om skal man se tilskuddsordningene i sammenheng. Samordningen og koordineringen mellom tilskuddsordningene relevante for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet oppleves å være en utfordring.

Særskilte utfordringsområder

Tilskuddsordningen har i liten grad blitt benyttet til å styrke tjenestetilbudet innen habilitering. Det har som nevnt i kapittel 6 vært mest fokus på rehabilitering, og det har vært få kommuner som har søkt om tilskudd rettet mot habiliteringsfeltet. De fleste tildelte tilskuddene har omhandlet rehabilitering.

Videre oppleves psykisk helse og rus å være et område som i liten grad har blitt styrket gjennom tilskuddsordningen. Det har blitt gjennomført få prosjekt rettet mot dette området. Videre opplever et fylkesmannsembete at statlige myndigheter i liten grad har satt opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering i sammenheng med opptrappingsplan psykisk helse. Det oppleves at man i liten grad ser sammenhengene mellom disse to områdene, og at habilitering og rehabilitering er viktig innen psykisk helse.

Flere fylkesmannsembeter opplever videre at det har vært lite oppmerksomhet rundt og få søknader til tilskuddsordningen sett opp mot andre tilskuddsordninger. Det har gjort at kommunene som har søkt har kunnet få relativt store tilskuddsbeløp. Flere fylkesmannsembeter har videre hatt midler til overs som har måttet blitt utlyst på nytt, eller allokert til andre fylkesmannsembeter. Samtidig er det forskjeller mellom fylkesmannsembetene i interesse og søknader på tilskuddsordningen. I noen fylkesmannsembeter har det vært større interesse og flere kommuner som har søkt. Det har medført at det ble tildelt relativt små summer til prosjektene.

Mulige forklaringer til hvorfor kommuner ikke søker er:

- ✓ Manglende kapasitet for å utarbeide søknader. Særlig små kommuner har mindre kompetanse og kapasitet til å utarbeide søknader og søker i mindre grad
- ✓ Mangelfull kjennskap til tilskuddsordningen blant fagfolk i kommunene
- ✓ Ivaretagelsen av tjenestene om man tar ansatte ut av tjenestene for å skrive søknader

3.4.3 Erfaringer fra case kommuner med bruk av tilskudd

Flere av casekommunene gir uttrykk for at de opplever at tilskuddsordninger er ineffektive da det medfører mye administrasjonsarbeid knyttet til søknad og rapportering på tilskudd. En av casekommunene oppgir å bruke et halvt årsverk på å søke på tilskudd.

Samtidig vektlegger en casekommune at tilskudd har vært vesentlig for deres arbeid på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Det vektlegges at kommunen har vært ROBEK-kommune og hatt sparefokus, og at man sannsynligvis ikke hadde fått gjennomslag for prosjektene på området uten de økonomiske midlene gjennom opptrappingsplanen. Flere av casekommunene viser til at økonomi oppleves å være en utfordrende faktor knyttet til å prioritere feltet i kommunebudsjettet, noe som gjør tilskuddsordningen viktig og nyttig for kommunene.

Syv av casekommunene har mottatt tilskuddsmidler fra tilskuddsordningen styrking av habilitering og rehabilitering. To av casekommunene har ikke søkt/fått avslag på tilskuddssøknad. En casekommune fikk anbefalt fra Fylkesmannen å søke på tilskuddsordningen kompetanse og innovasjon, fordi kommunen ikke hadde en plan for habilitering og rehabilitering. Her fikk kommunen midler til videreutdanning av sykepleier innen rehabilitering. Den andre kommunen har grunnet endringer i ledelsen i helse- og omsorgssektoren, ikke oversikt over hvorfor kommunen ikke har søkt om tilskuddsmidler fra ordningen.

Tre av casekommunene oppgir at de har eller har hatt utfordringer med å finansiere prosjekter iverksatt gjennom tilskuddsordningen:

- ✓ I en av casekommunene ble hverdagsrehabiliteringstilbudet midlertidig lagt ned sommeren 2020 fordi man ikke hadde midler til å drive det videre finansiert av kommunen selv.
- ✓ En annen av casekommunene oppgir at kommuneøkonomien gjør det krevende å overføre prosjekt til vanlig drift. Det oppleves at det er lett å bli blendet av tilskuddsmidler og at man gjerne havner i situasjoner hvor tilskudd utgår og man ikke har videre finansiering av prosjektet.
- ✓ En tredje casekommune oppgir at de har utfordringer med å videreføre prosjekter hvor man har fått tilskudd til å opprette en ernæringsfysiologstilling og til å etablere innsatsteam som følger opp de sykeste pasientene som skrives ut av sengeavdeling.

Det oppleves å være en utfordring å få prosjekt finansiert av tilskuddsordninger forankret økonomisk i kommunen grunnet en stram kommuneøkonomi. Samtidig vurderes det at prosjektene kunne vært bedre forankret i kommuneledelsen, herunder vurderinger om hva man skulle søke på.

Flere av fylkesmannsembetene har videreformidlet bekymringer til KPMG om hvorvidt kommunene vil være i stand til å fortsette tiltak finansiert av tilskudd fra opptrappingsplanen når tilskuddet bortfaller. Samtidig som flere av casekommunene oppgir at det er utfordrende å videreføre og finansiere prosjekter. Som nevnt ovenfor (se kapittel 3.2), er det bemerkelsesverdig at økningen i frie midler ikke sees som en alternativ kilde til finansiering for tiltak støttet med tilskudd.

Disse frie inntektene kan brukes for å videreføre prosjekter i kommunal regi. Men samtidig kommer det frem at de fleste casekommunene i liten grad har oversikt over disse frie midlene da de er lagt inn i den generelle rammeøkningen. De fleste av casekommunene opplever at frie midler som regel går til å dekke driften og ikke til habiliterings- og rehabiliteringsformål. Det er også en sterk konkurranse mellom kommunenes tjenester om midlene kommunen får gjennom de frie midlene. Flere respondenter opplever at øremerkede midler er å foretrekke da det tvinger kommunene til å bruke pengene til formålet og etter intensjonen.

En casekommune oppgir at de har fokus på å bruke de frie midlene der de er forespeilet i størst mulig grad. Dette er tydelig signalisert fra kommunedirektøren, og det er tverrsektoriell enighet om at disse skal brukes rett etter formål og intensjon. Politikerne følger også dette tett opp.

Samtidig påpeker to av casekommunene at det er kostnadseffektivt for kommunen å satse på rehabilitering. Dette blir derfor prioritert i kommunenes budsjetter og strategier. En av disse casekommunene vektlegger at opptrappingsmidlene gir kommunen handlingsrom til å styrke tjenestene, men at det er kommunens strategier som er retningsgivende for utviklingen på området.

4. Utvikling av kapasitet og kompetanse under Opptreppingsplanen

I dette kapitlet presenterer vi tilgjengelig statistisk data, samt kvantitative funn fra spørreundersøkelsen, for å gi en overordnet vurdering av utviklingen av kapasitet og kompetanse innenfor habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i kommunene og spesialisthelsetjenesten.

4.1 Kapasitet og kompetanse i kommunene

Det er svært vanskelig å gjøre en vurdering av utviklingen av kvaliteten av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Mangelen på kvalitetsindikatorer har vært påvist i vurderinger og evalueringer av helsetjenesten i en lang tid. Tilgjengelig statistikk viser ikke en styrkning i av kapasitet og kompetanse i feltet i tråd med målene i opptreppingsplanen.

Habiliterings- og rehabiliteringstjenesten har behov for en tverrfaglig sammensatt kompetanse i tjenesteleveringen. Kompetansebehovet er ikke avgrenset til enkelte yrkesgrupper, selv om fysio- og ergoterapeuter kanskje er de mest kjente. En rekke øvrige profesjoner og kompetanse er viktig i en tverrfaglig tjenestelevering. I det videre vil vi presentere utviklingen innenfor de mest sentrale områdene, herunder fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere, sykepleiere, logopeder, sosionomer, leger og psykologer. Kompetanse og opplæring i koordinatorrollen omtales i kapittel 5.

Tabell 4 viser at det har vært en viss økning i antall fysio- og ergoterapeuter i perioden 2010 til 2019. Som vi ser var det en særlig økning mellom 2017 og 2018. Økningen i perioden 2017 til 2019 er på henholdsvis 20 % og 19 %. Det kan være at Opptreppingsplanen og / eller kompetanse og innovasjonstilskuddet har vært en medvirkende årsak til dette, ettersom flere av casekommunene fortalte at de hadde brukt tilskudd og / eller egne midler til å opprette flere stillinger i disse områdene i perioden 2017 – 2019.

Tabell 5 viser at det er flest fysioterapeuter med avtale med kommunen, men denne gruppen har hatt liten vekst fra 2016 til 2019. Til sammenligning har fastlønnede fysioterapeuter økt med 13,4% fra 2016 til 2019. Årsverk som turnusfysioterapeut har økt med 1,8% i denne perioden.

Tabell 4 Antall fysio- og ergoterapeutårsverk i kommunene, 2010 - 2019¹⁹

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Økning 2016-19
Fysioterapeuter	4 288	4 296	4 429	4 535	4 596	4 164	4 264	4 464	5 037	5 115	20%
Ergoterapeuter	1 437	1 529	1 620	1 724	1 846	1 945	2 044	2 214	2 338	2 439	19%

¹⁹ Data for periodene 2010 – 2014 og 2015 – 2019 er tatt fra forskjellige SSB datasett (tabell 03808 og 07798 for den første perioden, og 11995 for den siste).

Tabell 5 Fysioterapeutårsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter avtaleform, 2015-2019²⁰

	2015	2016	2017	2018	2019	Økning 2016-19
Avtalefysioterapeuter	2 701	2 694	2 730	2 726	2 739	1,7 %
Fastlønnede fysioterapeuter	1 829	1 946	2 070	2 153	2 207	13,4 %
Turnusfysioterapeuter	160	167	167	160	170	1,8 %
Totalt	4 690	4 806	4 966	5 039	5 115	6,4 %

Tabell 6 viser at det i perioden 2016 – 2019 var en økning i antall vernepleiere i kommunene med 12,3%. Vernepleiere arbeider med å veilede og tilrettelegge for personer med fysiske, psykiske eller sosiale funksjonsnedsettelse. Dette er derfor en kompetanse som er særlig viktig innenfor habiliteringsfeltet.

Tabell 6 Antall vernepleiere og sykepleiere, 2015 - 2019²¹

	2015	2016	2017	2018	2019	Økning 2016-19
Vernepleiere	8 646	8 984	9 383	9 724	10 090	12,3 %
Sykepleier med bachelor	30 469	31 161	32 145	32 552	33 125	6,3 %
Sykepleier med videreutdanning	11 383	11 867	12 404	12 881	13 197	11,2 %

Helsedirektoratet har ikke oversikt over hvor mange årsverk det er for logopeder i kommunene. Tilgjengelig statistikk viser at antallet private logopeder som har avtaler med kommuner har gått opp siden 2012, med en enda sterkere økning i bruk av disse logopedene, som vist i beløp utbetalt i refusjon for bruk av logoped. I perioden 2016 – 19 var det en økning i antall logopeder tilknyttet kommunene med 13%, og en 37% økning i utbetalt refusjon.

Tabell 7 Antall logopeder i kommunene og utbetalt refusjon, 2011 - 2019²²

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Økning 2016-19
Antall logopeder	294	295	301	325	336	343	357	379	389	13 %
Ubetalt refusjon (kr 1000)	76 460	76 216	83 919	90 814	104 983	112 974	129 184	137 333	154 465	37 %

Tabell 7 viser at det i perioden 2016 – 2019 var en økning på 31% i antall sosionomer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I intervju med flere case-kommuner ble det trukket fram at behovet for bistand fra sosionom er viktig i et helhetlig rehabiliterings- eller habiliteringsløp.

Tabell 8 Antall sosionomer i kommunal helse- og omsorgstjeneste 2015 - 2019²³

	2015	2016	2017	2018	2019	Økning 2016-19
Sosionomer	1 595	1 647	1 794	1 951	2 161	31 %

Tabell 9 viser at det har vært betydelig vekst i antall psykologer innenfor diagnose, behandling og rehabilitering og habilitering i perioden 2016-2019. Antall årsverk her økt med 65%. Av de 436

²⁰ "Kompetanseløft 2020 Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019

²¹ Kompetanseløft 2020 Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019

²² Kilde: Helsedirektoratet.

²³ Kompetanseløft 2020 Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019

årsverkene for psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, er 79% tilhørende kommunal sektor og 21% privat sektor med kommunal avtale.

Tabell 9 Årsverk utført av psykologer i kommunal helse- og omsorgstjeneste, 2015-2019²⁴

	2015	2016	2017	2018	2019	Økning 2016-19
Forebygging, helsestasjon, skolehelsetjeneste	93	110	115	135	142	29 %
Annet forebyggende helsearbeid	125	161	183	213	214	33 %
Diagnose, behandling og rehabilitering og habilitering	39	48	56	65	79	65 %
Totalt	256	319	354	413	436	37 %

Tabell 10 viser at de fleste legeårsverkene tilhører funksjonsområdet diagnose, behandling og rehabilitering og habilitering. Fastlegene inngår også i dette funksjonsområdet. Denne gruppen har hatt en vekst på 9% i perioden 2016-2019.

Tabell 10 Legeårsverk i kommunal helse- og omsorgstjeneste etter funksjon, 2015-2019²⁵

	2015	2016	2017	2018	2019	Endring 2016-19
Diagnose, behandling og rehabilitering og habilitering	4 429	4 526	4 647	4 779	4 905	8 %
Forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjeneste	210	214	218	220	221	3 %
Annet forebyggende helsearbeid	151	140	143	133	136	-3 %
Helse- og omsorgstjenester i institusjon	570	590	576	580	574	-3 %
Administrasjon	97	115	119	132	144	25 %
Øyeblikkelig hjelp døgnopphold	-	-	120	119	114	-
Totalt	5 457	5 585	5 823	5 963	6 094	9 %

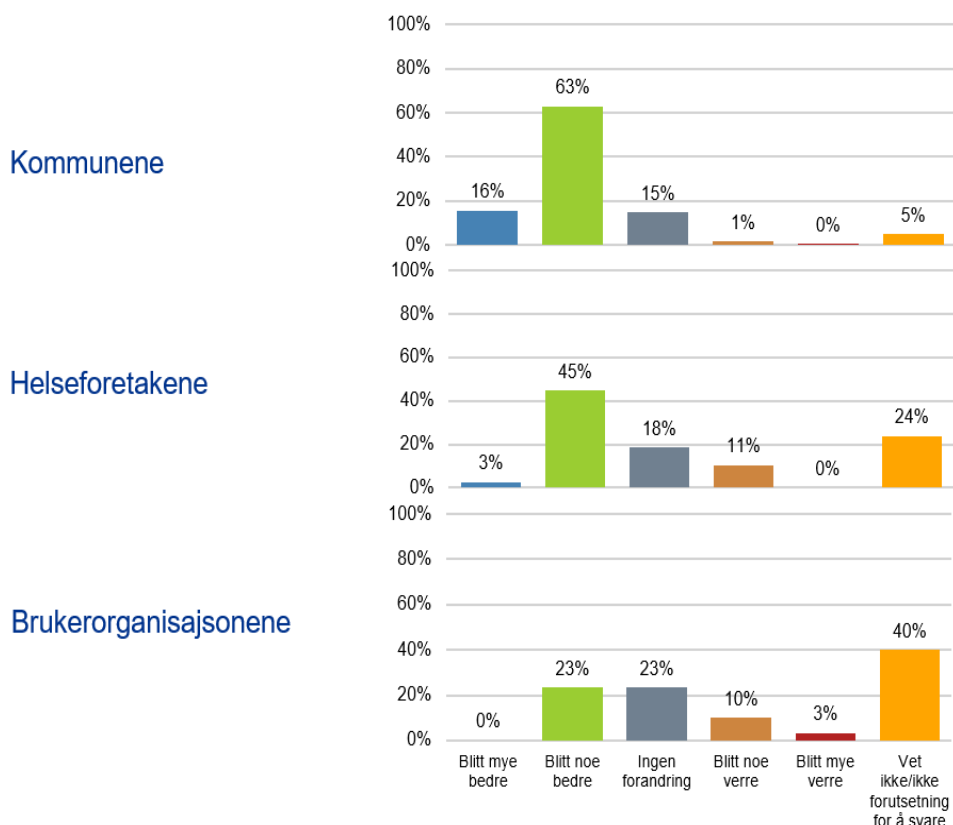
I rapporten "Kompetanseløft 2020 Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene" fremgår det at en viktig del av arbeidet i kommunal helse- og omsorgstjeneste er å tilrettelegge for riktig ernæring. I 2019 var det ansatt 58 personer utdannet som klinisk ernæringsfysiolog i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. SSB opererer med en definisjon av kliniske ernæringsfysiologer som inkluderer ernæringsfysiologer både med og uten autorisasjon.

²⁴ Kompetanseløft 2020 Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019

²⁵ Kompetanseløft 2020 Personell og kompetanse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – utviklingstrekk og status 2019

Figur 1 viser tilbakemeldingen fra respondenter i evalueringens spørreundersøkelse om deres oppfatning av forandringer i kommunenes kompetanse innen habilitering og rehabilitering i perioden under opptrappingsplanen. Tilbakemeldingene viser at kommunene og, i litt mindre grad, helseforetakene har en positiv oppfatning av endringer i kommunens kompetanse i perioden fra 2017. Totalt 79% av respondentene fra kommunene og 47 % av respondentene fra helseforetakene mener at kommunens kompetanse innen habilitering og rehabilitering har blitt noe eller mye bedre. Brukerorganisasjonene er mindre positive i sin tilbakemelding. Bare 23 % mener at kommunens kompetanse har blitt noe bedre, mens 13% mener at det har blitt noe eller mye verre i denne perioden.

Figur 1 I hvilken grad har det funnet sted merkbare forandringer i kommunens kompetanse innen habilitering og rehabilitering i perioden fra 2017?



Samlet viser tabellene overfor at det er en positiv utvikling innenfor kompetanse i kommunene. Tilbakemeldingen i spørreundersøkelsen bekrefter også dette. Det er imidlertid flere utfordringer, for eksempel antall ufaglærte og bruk av deltidsstillinger, som har innvirkning på kompetansesituasjonen og særlig oppbygging av fagmiljø i tjenesten.

Det er en stor andel ufaglærte i helse- og omsorgstjenestene i kommunene. I 2019 utgjorde ufaglærte 30% av alle sysselsatte innenfor brukerrettet omsorgstjeneste. Andelen ufaglærte har vært relativt stabil siden 2015. De ufaglærte kan besitte en betydelig realkompetanse innenfor sitt område, og kan være en ressurs for kommunen. Samtidig vil overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunen innebære et økt behov for kompetanse og et robust fagmiljø i kommunene. Det er en begrensning i hvilke aktiviteter, for eksempel legemiddelhåndtering, en ufaglært kan gjøre i en kommune. Det er derfor bekymringsverdig at det er en høy andel ufaglærte i kommunene.

Deltidsproblematikken i helse- og omsorgstjenesten kan også ha en negativ påvirkning på fagmiljøet i kommunene. I Helsedirektoratets rapport Kompetanseløft 2020 personell og kompetanse i de kommunale helse og omsorgstjenestene, viser at det i 2019 var 75 % av helsefagarbeiderne, 45 % av sykepleierne og 87% av ufaglærte som arbeidet deltid. I rapporten påpekes det at en økning av heltidsstillinger vil være et viktig bidrag til å løse det framtidige behovet for personell og bedre utnyttelse av personellressursene. Deltidsproblematikken påvirker også kvaliteten på tjenestene ved at kontinuitet, forutsigbarhet, informasjon og faglighet blir utfordret. Omlegging til heltidskultur er i midlertid et

komplekst arbeid hvor holdninger og kultur i tjenestene må tas hensyn til, samtidig som arbeidsrettslige spørsmål som for eksempel arbeidstidsordninger blir ivaretatt i henhold til regelverket.

Kapasitet

Tabell 11 viser at antall brukere av rehabilitering og habilitering utenfor institusjon har variert i perioden 2009 til 2018. Årsaken til at det ikke er data for 2019 er at rapporteringsinstruksen til kommunen ble endret dette året. Tallene viser at antall brukere utenfor institusjon har økt etter samhandlingsreformen fra 2012-2018. Samtidig viser tallene at utviklingen før samhandlingsreformen var at antall brukere gikk ned fra 2009 til 2012.

Tabell 11 Mottakere av omsorgstjenester i kommunene ²⁶

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Re-/hab utenfor institusjon ²⁷	33 157	29 268	29 662	29 114	28 774	29 247	34 887	37 456	33 036	34 536	-
Tidsavgrenset opphold re-/hab	12 190	12 532	13 505	14 754	15 352	15 200	15 716	16 139	16 292	16 099	15 877
Totalt	45 347	41 800	43 167	43 868	44 126	44 447	50 603	53 595	49 328	50 635	15 877

Brukere av tidsavgrenset opphold har også variert noe i perioden 2009 til 2019. I hovedsak er antallet tilnærmet konstant, men utviklingen viser at det har vært en økning av antall brukere, med unntak av 2019 hvor det var noe færre brukere enn foregående år. Nedgangen i 2019 kan skyldes feil eller underrapportering i IPLOS grunnet kommunesammenslåing og endringer i rapporteringsinstrukser. Det er også relevant å nevne at 88% av brukere i tidsavgrenset opphold i institusjon er 67 år eller over. Til sammenligning er 59% av alle mottaker av kommunale helse- og omsorgstjenester 67 år eller over.²⁸

Tilgjengelig statistikk om kommunale helsetjenester skiller ikke mellom habilitering og rehabilitering. Dette kan for eksempel ses i den siste rapporten fra Kommunal pasient- og brukerregister (KPR) hvor det alle kategorien refereres samlet til habilitering og rehabilitering.²⁹ Dette kan medføre at statistikken er lite anvendelig til målrettet og treffsikker forbedring av tjenester til definerte grupper.

I spørreundersøkelsen spurte vi respondenter i kommune, helseforetakene og brukerorganisasjoner om i hvilken grad kommunens tilbud er dekkende for brukeres behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering. Her er det også interessante forskjeller mellom responsene fra de ulike gruppene som vi ser i figuren under.

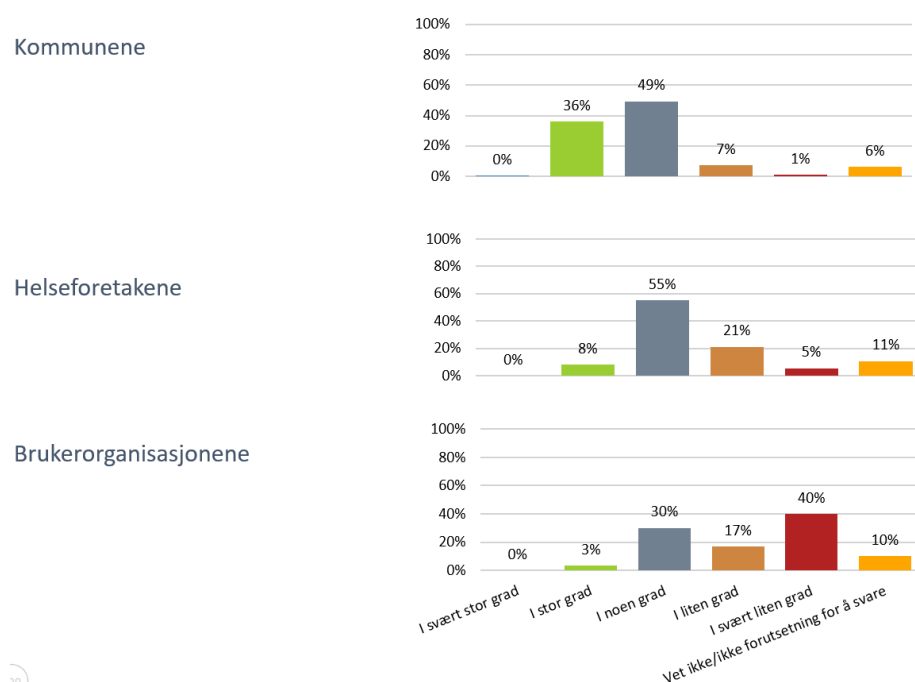
²⁶ Kilder: 2009 – 2016: Statistisk sentralbyrå (2017). «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016, statistikk om tjenester og tjenestemottakere,» Rapporter 2017/26; 2017 – 2019: Helsedirektoratets statistiksider; og Helsedirektoratet (2020), «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (IPLOS)».

²⁷ Fra og med 2019, rapporteres det ikke på kommunale habiliterings- og rehabiliteringstjenester utenfor institusjon.

²⁸ Helsedirektoratet (2020), «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (IPLOS)».

²⁹ Helsedirektoratet (2020), «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2019. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister (IPLOS)».

Figur 2 I hvilken grad samsvarer kapasiteten på tilbudet med befolkningens behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering?



Ingen av respondentene mente at kapasiteten på tilbudet i svært stor grad dekket befolkningens behov. I respondenter fra kommunene mente 75% at tilbudet i stor grad eller i noen grad dekker befolkningens behov. I spesialisthelsetjenesten mente kun 8% at tilbudet var dekket i stor grad mens 55% mente det var dekket i noen grad. Brukerorganisasjonene var mest negativ, med bare 3% (en respondent) som mente at kapasiteten på tilbudet var dekket i stor grad, 30% i noen grad, og hele 40% i svært liten grad.

4.2 Kapasitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten

Tilgjengelig statistikk viser at antall pasienter innen rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er svakt nedadgående totalt sett, med en sterk økning i andelen som blir dekket av private institusjoner. Antallet årsverk fysioterapeuter og ergoterapeuter er tilnærmet uendret de siste ti årene. Det er ikke tilgjengelig data for å si noe om trender i habiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten.

I spesialisthelsetjenesten har antallet årsverk siden før samhandlings-reformen holdt seg ganske konstant. Tabell 12 viser at det var en svak økning i antallet fysioterapeuter fra 2014 til 2015, ellers har antallet holde seg ganske konstant. Antall ergoterapeuter har fluktuert rundt 850 årsverk i hele perioden. Fagområdet med størst relativ vekst er logopeder. De absolutte tallene er fremdeles lave. Det er registrert en økning fra 3 til 39 logopeder i spesialisthelsetjenesten i perioden 2010 til 2019.

Tabell 12 Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten ³⁰

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2 016	2017	2 018	2019
Fysioterapeuter	2 016	2 033	2 064	2 067	2 072	2 216	2 239	2 237	2 227	2 297
Ergoterapeuter	856	890	866	837	827	888	885	863	846	861
Logopeder	3	5	8	9	13	17	22	26	31	39

Man skal være forsiktig med å lese for mye inn i disse tallene, men det viser i hvert fall at spesialisthelsetjenesten ikke har redusert sin bemanning innen disse områdene etter samhandlingsreformen og heller ikke etter at opptrappingsplanen ble vedtatt. Samtidig viser dette også at spesialisthelsetjenesten heller ikke har økt antall ressurser i betydelig grad. Hvis man ser dette i sammenheng med at befolkningsantallet og antall eldre i Norge øker, kan tallene vise at

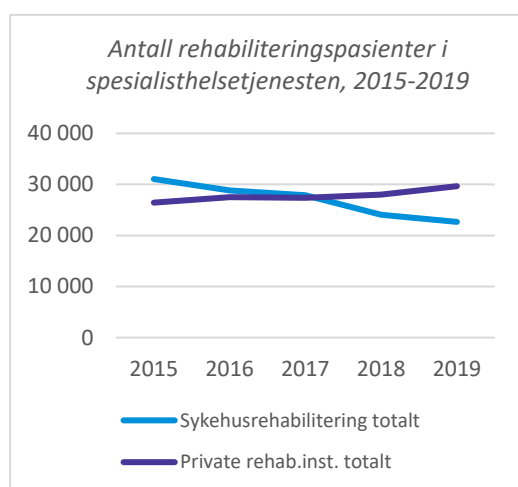
³⁰ SSB

spesialisthelsetjenesten har redusert antall ressurser ved å ikke øke antall fysio- og ergoterapeuter. Dette er et poeng som er nevnt i flere intervjuer med kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen i antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten er sammensatt. Tabellen under viser at det var en reduksjon på 9 % pasienter fra 2016 til 2019.

Tabell 13 Antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten, 2015-2019 ³¹

Institusjon	Type rehabilitering	2015	2016	2017	2018	2019	Endring 2016-19
Sykehus	Primær kompleks døgner rehabilitering	6 487	6 504	6 646	6 062	5 895	-9 %
	Primær enkel døgner rehabilitering	3 199	3 007	2 572	2 124	1 937	-36 %
	Sekundær døgner rehabilitering	7 526	6 736	7 256	6 170	5 555	-18 %
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	15 569	14 247	12 861	10 967	10 485	-26 %
	Sykehusrehabilitering totalt	31 052	28 850	27 872	24 082	22 660	-21 %
Private rehab.inst	Døgner rehabilitering	21873	22145	22 672	23 262	22 947	4 %
	Dag- og poliklinisk rehabilitering	5 287	6 394	5 731	5 902	7 620	19 %
	Private rehab.inst. totalt	26 434	27 472	27 393	28 028	29 652	8 %
Spesialisthelsetjenesten totalt		55 975	54 822	53 850	50 750	50 913	-9,0 %



Som vi ser er det en betydelig reduksjon i antallet rehabiliteringspasienter i sykehus. Som observert i Samdata rapport fra 2018, er det først og fremst de «lettere» formene for rehabilitering som går ned (primær enkel døgner rehabilitering og poliklinisk rehabilitering).³² Nedgangen i primær kompleks døgner rehabilitering har vært mindre. Dette kan være på grunn av at de «lettere» rehabiliteringstjenestene har blitt overført til kommunene.

Selv om antall pasienter i spesialisthelsetjenesten totalt har blitt redusert, viser tabellen at private rehabiliteringsinstitusjoner har en økning på 12,2 % pasienter fra 2015 til 2019. Trenden er at private tjenesteleverandører behandler flere rehabiliteringspasienter mens spesialisthelsetjenesten i egen regi behandler færre pasienter. I grafen ved siden av ser vi

hvordan økningen i pasienter for private institusjoner nærmest speiler nedgangen i pasienter i sykehusene. Det er også interessant å notere at kommunene og spesialisthelsetjenesten (inkludert private institusjoner) leverer tjenester til det samme antall mottakere, omtrent 50,000.

4.2.1 Habilitering i spesialisthelsetjenesten

Habiliteringstjenester leveres overveiende til barn og unge og voksne med medfødte eller tidlig ervervet skade, sykdom eller funksjonsnedsettelse. Det er mangelfull statistikk på dette område, den mest

³¹ Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2015 – 2019, Rapport IS-2954, Helsedirektoratet, 2020. Disse tallene må derimot tolkes med forsiktighet. For det første, når det gjelder sykehusene, kodet enkelte helseforetak en del opphold som primær kompleks rehabilitering som strengt tatt ikke hadde med rehabilitering å gjøre. Dette ble forandret i 2018, og som vi kan se, er det mellom 2017 og 2018 at det var det største fallet i rehabiliteringspasienter. For det andre, flere private institusjoner innrapporterte statistikk mot slutten av perioden enn i begynnelsen av perioden.

³² Helsedirektoratet (2018). «Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten», Analysenotat 8/2018, SAMDATA spesialisthelsetjenesten.

oppdaterte statistikken som er tilgjengelig fra publiserte rapporter er gjengitt nedenfor. Den viser at det har vært en økning i habiliteringstjenester på totalt 31% i perioden 2011 – 2016, dvs. en høyere økning enn befolkningsveksten i den samme perioden.³³ Samtidig viser statistikken at det er mest økning på habiliteringstjenestene til barn og unge. Tallene viser at det er nedgang på antall voksne pasienter på døgnhabilitering på 71%.

Tabell 14 Antall pasienter innen habilitering barn og unge og voksne etter behandlingsnivå i 2011-16³⁴

Type habilitering		2011	2012	2013	2014	2015	2016	Endring 2011 – 16
Barn og unge	Døgnhabilitering	227	296	322	369	388	385	70 %
	Dag- og poliklinisk habilitering	10 722	12 200	12 592	12 581	13 080	13 355	25 %
	Totalt	10 819	12 318	12 735	12 769	13 292	13 578	26 %
Voksne	Døgnhabilitering	368	147	99	112	101	107	-71 %
	Dag- og poliklinisk habilitering	5814	6 746	7 354	7 582	8 214	8 489	46 %
	Totalt	6 091	6 819	7 393	7 633	8 262	8 539	40 %
Habilitering totalt		16 910	19 137	20 128	20 402	21 554	22 117	31 %

4.3 Kompetanse og innovasjon

Kompetanse- og innovasjonstilskuddet må ses i sammenheng med andre tilskuddsordninger. Hvilke prosjekter som skal regnes som innovasjons- og utviklingsarbeid kan for kommunene og fylkesmennene være uklart. Uavhengig av denne utfordringen, har tilskuddsordningen bidratt til kompetanseheving og innovasjon i opptrappingsplanperioden.

Kommunalt kompetanse og innovasjonstilskudd er en tilskuddsordning som fylkesmennene forvalter på vegne av Helsedirektoratet. Målet for tilskuddsordningen er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester. Tilskuddsmidlene skal bidra til at kommunene setter i verk kompetansehevende tiltak og innovasjon- og utviklingsarbeid. Tilskuddsordningen er ikke spesifikt for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, men omfatter hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Utvikling over tid – 2017-2018

I Helsedirektoratets rapport "kompetanseløft 2020 – rapportering på alle tiltak i 2018" står det at det ble søkt om tilskudd til innovasjonsprosjekter for til sammen 239,9 mill. kr i 2018. Innvilget beløp gikk ned fra 107,4 til 83,8 mill. kr fra 2017 til 2018. Helsedirektoratet selv vurderer at tilskuddene bidrar til et stort mangfold av innovasjonsprosjekter i kommunene når det gjelder omfang om tema. Antall prosjekter endret seg i liten grad fra 2017-2018. Oversikten over antall søkte og innvilgede innovasjonsprosjekter i 2015, 2017 og 2018 er oppsummert i tabellen under:

³³ Helsedirektoratet opplyser evalueringen om at oppdatering av tall som inkluderte opptrappingsplanperioden ikke kunne prioriteres av Helsedirektoratet i 2020. Dette er tall som ikke enkelt kan hentes ut av systemene og det er derfor en omfattende jobb i å hente ut og koble sammen et sett av koder koblet opp mot tjenestested.

³⁴ Helsedirektoratet (2016), «Samdata spesialisthelsetjenesten 2015», og Helsedirektoratet (2017), «Habilitering i spesialisthelsetjenesten 2016».

Tabell 15: Prosjekter omfattet av søkt (2015 og 2017) og innvilget tilskudd til innovasjonsprosjekter³⁵

Beskrivelse	2015		2017		2018	
	Antall søkt	Antall innvilget	Antall søkt	Antall innvilget	Antall søkt	Antall innvilget
Antall prosjekter med tema forebygging tidlig innsats og egenmestring:	69	28	79	61	-	52
Antall prosjekter med tema habilitering og rehabilitering, herunder hverdagsrehabilitering:	97	78	61	41	-	40
Antall prosjekter med tema velferdsteknologiske løsninger:	80	50	103	81	-	74
Antall prosjekter med tema samspill med pårørende og frivillige i omsorgssektoren generelt og demensomsorgen spesielt:	29	21	47	36	-	29
Antall prosjekter med tema legemiddelhåndtering:	14	13	11	8	-	5
Antall prosjekter med tema ernæring:	3	3	31	20	-	15
Antall prosjekter med tema fritidsaktivitet med assistanse	9	3	11	8	-	4
Antall prosjekter med tema kulturopplevelser	9	5	12	7	-	4
Annet	91	49	183	111	-	131
Totalt	401	250	538	373	-	354

I tabellen fremgår det en oversikt over antall prosjekter med tema habilitering og rehabilitering, herunder hverdagsrehabilitering. Det ble innvilget 81 slike prosjekter i 2017 og 2018. Tabellen under viser samlet antall ansatte under fagskoleutdanning gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2015, 2017 og 2018:

Tabell 16: Fagutdanning (påbygg- og yrkesopplæring, minimum halvt års videreutdanning), samlet antall under utdanning (inkl. fullførte)³⁶

Utdanning	2015	2017	2018
Psykisk helsearbeid og rusarbeid	194	348	342
Eldreomsorg/demens	177	334	338
Habilitering/rehabilitering	99	68	76
Kreftomsorg/ lindrende pleie	65	81	101
Veiledning	*	111	95
Annen fagskoleutdanning	299	366	275
Sum fagskoleutdanning	834	1 308	1 227

Tabellen under viser samlet antall ansatte med videreutdanning og masterutdanning gjennom kompetanse- og innovasjonstilskuddet i 2015, 2017 og 2018. Det har blitt påpekt i flere intervju at det er en stor andel ufaglærte innen habilitering, støtte for videreutdanning innen disse feltene er derfor viktig.

³⁵ Helsedirektoratets rapport "kompetanseløft 2020 – rapportering på alle tiltak i 2018. Rapport for 2019 har blitt etterspurt men har enda ikke blitt mottatt av evalueringen.

³⁶ Helsedirektoratets rapport "kompetanseløft 2020 – rapportering på alle tiltak i 2018

Tabell 17: Videreutdanning/masterutdanning (påbygg bachelorutdanninger), samlet antall under utdanning (inkl. fullførte)³⁷

Utdanning	2015	2017	2018
Psykisk helsearbeid og rus	341	438	557
Tverrfaglig videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge	73	116	109
Eldreomsorg/demens	283	264	216
Kreftomsorg/lindrende pleie	196	231	232
Habilitering/rehabilitering	107	88	109
Veiledning	*	121	196
Lederutdanning	919	1 221	1 315
Annen videre-/masterutdanning	932	1 234	1 414
Sum videre-/ mastergradsutdanning	2 851	3 713	4 148

Status 2019

KPMG har ikke mottatt alle rapporter på tilskuddet kompetanse og innovasjon for 2019. Feltet er imidlertid delvis omtalt i fylkesmannsrapportene for dette året. Vi vil i det følgende presentere innholdet i fylkesmannsrapportene for 2019 hva gjelder kompetanse- og innovasjonstilskuddet.

Fylkesmannen i Oslo og Viken viser i sin årsrapport til at 67 av 76 kommuner og bydeler i Oslo og Viken søkte om og fikk tildelt kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd i 2019. I rapporten heter det at de fleste kommuner og bydeler søker om kompetansemidler til helsefagarbeidere, bachelor i sykepleie og vernepleie, videreutdanninger for høyskoleutdanninger innen psykisk helsearbeid, kreft omsorg/palliasjon og lederutdanning. Fylkesmannen viser til at dette bidrar til at mange ansatte i tjenestene får økt kompetanse på dette området. I Akershus, Oslo og Østfold ble det søkt om innovasjonsprosjekter til totalt 122 prosjekter. I Buskerud var det 49 søknader på innovasjonsprosjekter i 2019.

Fylkesmannen i Rogaland rapporterer om at kommunene i fylket har gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak i 2019. De fleste kommunene søkte om tilskudd til formell utdanning, ulike typer videreutdanninger, masterstudier, og til ulike kurs av kortere varighet. I følge årsrapporten ble det satt i gang mange nye innovasjonsprosjekter i løpet av 2019. Det var mange kommuner som benyttet seg av muligheten til å søke på tilskudd for å sette i gang og prøve ut nye måter å løse oppgaver på og utvikle tjenestene.

Fylkesmannen i Vestland rapporterte om at alle kommunene søkte om og fikk tildelt kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd i 2019. Utdanningene de fleste søker tilskudd til var helsefagarbeider, bachelor i sykepleie, vernepleie og videreutdanning for høyskoleutdanna som psykisk helsearbeid, kreftomsorg og lindrende pleie og lederutdanning. I rapporten står det at 9 av 26 kommuner søkt tilskudd til BPA-opplæring.

I Møre og Romsdal rapporterte fylkesmannen at tilskuddsordningen kompetanse og innovasjon er av stor betydning for kvaliteten på tjenestene. Alle kommunene i Møre og Romsdal søkte på tilskuddet i 2019. Fylkesmannen prioriterte de kommunene som søkte på kompetansehevende tiltak innenfor psykisk helse og rus jf. nasjonale føringer.

I Nordland rapporterte fylkesmannen at 42 av 44 kommuner søkte på tilskuddsordningen. Flere kommuner søkte om tilskudd på alle tre områdene kompetanse, innovasjon og BPA. I følge årsrapporten hadde flere kommuner gode innovasjonsprosjekter.

I Troms og Finnmark rapporterer fylkesmannen at flere kommuner søkte tilskudd til utdanning innen psykisk helse og rus, samt nasjonal lederutdanning. Det søkes også på flere videre- og master utdanninger, for eksempel innen ernæring og palliasjon. Fylkesmannen har prioritert tilskudd til

³⁷ Helsedirektoratets rapport "kompetanseløft 2020 – rapportering på alle tiltak i 2018

utdanning/kompetanseheving innen psykisk helse- og rusfeltet. Fylkesmannen rapporterer om at alle kommunene søkte på kompetanse- og innovasjonstilskuddet, med noen unntak. Fylkesmannen har hatt stor oppmerksomhet på å støtte innovasjonsprosjekter i Troms.

Fylkesmannen i Innlandet, Trøndelag og Agder omtaler ikke kompetanse- og innovasjonstilskuddet i sine årsrapporter. Det samme gjelder fylkesmannen i Vestfold og Telemark, med unntak av at 10 kommuner i Telemark la ved kompetanseplaner til søknad om kompetanse og innovasjonstilskuddet.

Kompetanse- og innovasjonstilskuddet vs. andre tilskudd

Hvilke prosjekter som skal regnes som innovasjons- og utviklingsarbeid kan for kommunene og fylkesmennene være uklart. Et eksempel kan være hverdagsrehabilitering. For kommunene som ikke har dette tjenestetilbudet kan hverdagsrehabilitering oppfattes som innovasjons- og utviklingsarbeid. Samtidig er dette tjenestetilbudet innarbeidet i mange kommuner og dermed ikke nybrottsarbeid. Fylkesmannen kan få en utfordring med å vurdere om prosjektet finansieres over kompetanse- og innovasjonstilskuddet eller for eksempel tilskuddsordningen i opptrappingsplanen. Dette ble poengtert i Sintef sin delrapport 1 evaluering av kompetanseløft 2020.³⁸ I intervju med fylkesmannsembetene er det forklart at denne problemstillingen er gjeldende i dag.

I Møre og Romsdal etablerte de i 2019 en levekårsgruppe der ansatte innenfor utviklingsoppgaver og tilskuddsforvaltning deltar. Dette medfører, i henhold til årsrapporten, at alle ansatte er godt kjent med hverandres ansvarsområder. Ansatte ser tilskuddene i sammenheng, noe som gir oversikt over aktivitet innenfor kompetansehevende tiltak i kommunene. Denne oversikten blir brukt i oppfølgingen av kommunene. Dette bidrar også til at fylkesmannen kan overføre en søknad over til et annet tilskudd når dette er innenfor kriteriesettet. Organisering, ansvar og samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

³⁸ <https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/k2020-delrapport-1-del-ii-mars-2019-jan-lg.pdf/>

5. Organisering og ansvar av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene

Dette kapittelet beskriver organiseringen av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt hvordan denne er samordnet mellom tjenestene.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er det et eget kapittel om habilitering og rehabilitering i kommunene. Kommunen har ansvar for å planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet. Tjenestene skal integreres i et samlet tverrfaglig habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Videre skal det være en koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i alle kommunene. Koordinerende enhet sitt ansvar og funksjon er å sikre helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering, ved blant annet å motta meldinger om behov for individuell plan og sørge for at det er utarbeidet rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan. Individuell plan er et verktøy og en metode for samarbeid mellom tjenestemottaker og tjenesteapparatet for personer som har behov for langvarige og koordinerte tjenester.³⁹

5.1 Kommunenes habiliterings- og rehabiliteringstilbud

Kommunens organisering av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet er ofte preget av fragmentering og siloorganisering. Kommunenes oppfatning at deres tilbud fremstår som relativt tydelig for brukeren, er ikke støttet av tilbakemeldinger fra brukerorganisasjoner. Flere kommuner har jobbet med å få til en bedre integrering av tilbudet.

Habilitering og rehabilitering har fellestrekk og ulikheter. Den primære forskjellen mellom tjenestene er at de ytes til forskjellige målgrupper. Forskjellene i pedagogisk tilnærming mellom habilitering og rehabilitering er at habilitering innebærer å lære nye ferdigheter, mens rehabilitering handler om å gjenvinne tapte ferdigheter. Felles for begge målgrupper er behovet for et vidt spekter av faglige tilnærminger, herunder medisinsk, fysikalsk, sansemessig, kognitivt, sosialt og psykososialt. Behov for gjentakende prosesser gjennom hele eller store deler av livsløpet kan gjelde begge målgrupper, men er særlig fremtredende innen habilitering.

I veilederen heter det at tilbudet bør blant annet omfatte :

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ✓ Døgnbasert tilbud i institusjon | ✓ Tilbud integrert i barnehage, skole, dagtilbud og arbeid |
| ✓ Dagtilbud | ✓ Lærings- og mestringstilbud |
| ✓ Tilbud i brukerens hjem | ✓ Hjelpemidler |

Hva tilbudet skal omfatte er definert, men hvordan det skal organiseres er opp til hver enkelt kommune. I dag er det forskjellig hvordan kommunene organiserer rehabiliterings- og habiliteringstjenestene sine. Overordnet er rehabiliteringstjenestene organisert i dagrehabilitering, døgnrehabilitering og/eller hjemmerehabilitering. Tjenesten kan ytes på institusjon eller i hjemmet.

Habiliteringstjenestene inneholder et bredt spekter av kommunale tilbud og tjenester. I noen kommuner er tjenesten organisert under en egen enhet. I mange kommuner er tjenestene organisert i forskjellige enheter, men trekkes på i henhold til brukerens behov.⁴⁰

I habiliteringstilbudet til voksne er hjemmebaserte tjenester sentrale tjenester . I en case-kommune er det etablert "flytstillinger" som jobber på tvers av sektorene for å sikre et tett og godt samarbeid i

³⁹ <https://www.veiviseren.no/forstaa-helheten/individuell-plan>

⁴⁰ For en god gjennomgang av organisering se: [Hjemmetjenestens målgrupper og organisering - SSB](#)

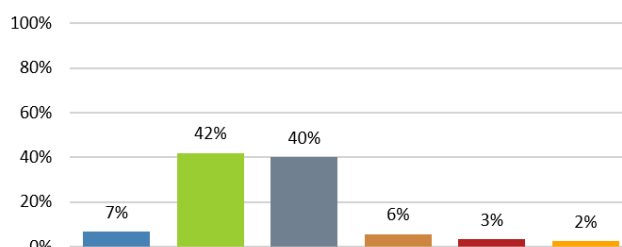
tjenesteutførelsen. Ansatte fra både helse- og omsorgstjenesten og oppvekstsektoren jobber her tett sammen både på systemnivå og individnivå. I denne kommunen er bofellesskapet lokalisert i geografisk nærhet til andre tjenester og fritidsaktiviteter. Dette er, ifølge kommunen, noe som bidrar til tett samhandling og god kvalitet på den helhetlige tjenesten.

Barn og unge har ofte behov for et tilbud fra flere aktører i kommunen for eksempel fra helse- og omsorgstjenesten og utdanningssektoren. I utdanningssektoren er PPT og spesialpedagoger viktige tjenester for barn og unge. Samtidig kan pårørende ha behov for avlastningstjenester. Habiliteringstjenesten til voksne innebærer gjerne praktisk bistand og tilrettelagte boliger, varig tilrettelagte arbeidsplasser (VTA) og fritidsaktiviteter. Organiseringen av habiliteringstilbudet bør følge brukerens behov framfor kommunens organisering av tjenester.

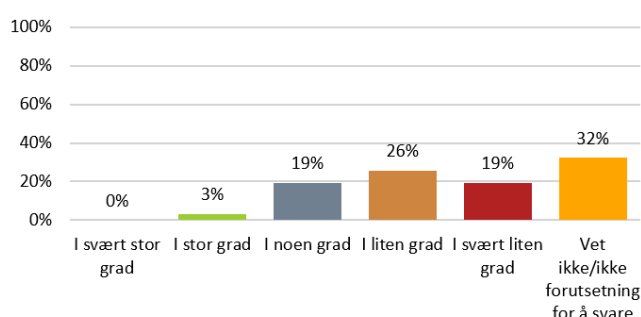
I veilederen trekkes det frem at habiliterings- og rehabiliteringstilbudet skal være samordnet og tverrfaglig. Tverrfaglig samarbeid skal sikre systematisk og målrettet arbeid ved å utnytte merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene. Tverrfaglig tilnærming gjør at tjenestene i større grad blir i stand til å møte den helheten som bruker definerer. Figur 4 illustrerer i hvilken grad kommunene og brukerorganisasjonene oppfatter at kommunenes tilbud om habilitering og rehabilitering fremstår tydelig som en del av kommunens helhetlige og differensierte tjenestetilbud.

Figur 4 Kommunens tilbud om habilitering og rehabilitering framstår tydelig som en del av kommunens helhetlige og differensierte tjenestetilbud

Kommunene



Brukerorganisasjonene



I kommunene oppfatter om lag 49 % at kommunens tilbud i stor grad eller svært stor grad fremstår tydelig som en del av kommunens helhetlige og differensierte tjenestetilbud. Fra brukerorganisasjonene er det derimot, bare 3% (en representant) som mener at kommunens tilbud i «stor grad» er tydelig og 19% (seks representanter) som mener at tilbudet er tydelig i «noen grad». 45 % av respondentene oppfatter at tilbudet er tydelig i «liten grad» eller i «svært liten grad».

5.1.1 Organisering

Siloorganisering med utfordringer i samhandlingen mellom sektorene er en stor utfordring i mange kommuner. Oppvekst- og helse og omsorgssektoren snakker to forskjellige språk og har ulike kulturer. Videre har man ulike lovverk som fagene er forankret i, hvilket kan vanskeliggjøre tverrfaglig samarbeid. Eksempelvis nevnes sosialhjelp fra NAV som en utfordring. Helse og omsorg kan si at forelder må være hjemme over lang tid med sykt barn, mens NAV sier at man må komme seg i arbeid.

Psykisk syke som ikke har henvisning til tilbud om psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten får mindre sosialhjelp. Dette til tross for at kommunen har fått ansvaret for en større del av tilbudet på

psykisk helse. Det oppleves at man nasjonalt ikke har gode nok systemer for å tilpasse lovverket til praktiske utfordringer og endringer i tjenestetilbudet. En representant for et fylkesmannsembete opplever at kommunene mangler samhandlingskompetanse. En annen representant for et fylkesmannsembete opplever at organiseringen er et hinder mot suksess, og påpeker at det har vært få tilskuddssøknader fra andre sektorer enn helse og omsorg.

Flere fylkesmannsrepresentanter vektlegger at habilitering og rehabilitering handler mye om organisering. En av disse mener myndighetene bør gi tydeligere føringer for hvordan det skal organiseres. Casegjennomgangen vår viser at kommunene har organisert tjenestene på vidt forskjellige måter, og flere casekommuner opplever at det er en utfordring at opptrappingsplanen ikke har gitt klare føringer for og forventninger til kommunenes innsats på området.

Integrert og samlet tilbud

Utfordringer med ledelse og organiseringen av tjenestene utgjør en risiko for at kommunenes habiliterings- og rehabiliteringstilbud ikke blir et integrert og samlet tverrfaglig tilbud. Dette viser seg godt igjen i en av casekommunene hvor man har to forskjellige planer for habilitering og rehabilitering i henholdsvis oppvekst og helse og omsorg. Siloutfordringene oppleves som utfordrende da brukere kan ha tjenestetilbud i flere sektorer, og tjenester i både utdanningssektoren og helse og omsorg opererer i den andre sektoren.

- ✓ En av casekommunene har tatt tak i denne utfordringen. Skolene og miljøarbeidertjenesten har jobbet tett rundt barn med funksjonsnedsettelse, og laget stillinger som går på tvers av sektorer.
 - Disse tverrgående «flytstillingene» handler om hvordan kostnader skal fordeles. Dette grepet oppleves å ha fungert veldig godt, og det tverrfaglige samarbeidet fungerer godt.
 - Samtidig har man en turnusgruppe med personell fra oppvekst og personell fra helse og omsorg som jobber sammen som et fellesskap og utvikling av rutiner og tilbud. Det oppleves at møtene reduserer konflikter, misforståelser og gir forståelse for hverandres hverdag.
- ✓ I en annen av casekommunene identifiseres nettopp kostnadsfordeling som en viktig årsak til samhandlingsutfordringene mellom sektorene. Hver tjeneste, eksempelvis skolene, har sitt eget økonomiske område. Når man i tillegg har økonomiske utfordringer blir det vanskelig for tjenestene å forplikte seg til tiltak som koster, eksempelvis å ha med assistenter på tilbud i regi av andre aktører. Dette oppleves å være et stort hinder for samhandlingene, og påvirker tilbudet til barn med spesielle behov i stor grad.
- ✓ En annen casekommune jobber med et prosjekt for bedre samordning av tjenestetilbud til barn innen rehabilitering. Kommunen skal teste ut konseptet familielos, hvor familier får tildelt en person som fasiliterer og løser familien gjennom ulike aktører involvert i barnets tjenestetilbud.
- ✓ Flere casekommuner har tverrfaglige tiltaks- eller innsatsteam som diskuterer tiltak, noe som oppleves å fungere godt for samhandling.
- ✓ I gruppeintervju med private institusjoner fremkom det at habilitering og rehabilitering for barn fungerer bedre enn for voksne. Med barn følger gjerne satte samhandlingsmønstre og rutiner, herunder er rehabilitering av barn godt koblet opp mot barnehage og skole. Dette er ikke tilfelle for voksne med habiliterings- og rehabiliteringsbehov, hvor bruker selv har ansvar for å være med å definere og utføre tilbudet. Spesielt vanskelig oppleves gruppen unge voksne i alderen 18-25 år.

Tverrsektorielle planer

Flere av kommunene vi har intervjuet jobber for tiden med nye planstrategier for denne valgperioden.

- ✓ En av casekommunene vektlegger det tverrsektorielle og har som mål at dette skal gjennomsyre planstrategien og videre planarbeid i kommunen. Kommunen har erkjent at den er avhengig av tverrsektorielle planer for å lykkes med habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, og at habilitering og rehabilitering ikke bare handler om helse.
 - Samtidig handler dette om ledelse og ansvar. For å oppnå godt, tverrsektorielt samarbeid må ledere i eksempelvis oppvekst og NAV inkluderes og ansvarliggjøres, og da må de også ha eierskap til planverket som regulerer kommunens habiliterings- og rehabiliteringstjenester.
 - Kommunen jobber med å bevisstgjøre hele organisasjonen og politikerne om dette. Her oppleves tverrsektorielle planer å være et nyttig redskap.

- ✓ Også flere fylkesmannsrepresentanter fremhever viktigheten av helhetlige og tverrsektorielle planer for å lykkes med feltet. Det oppleves å være en bedring i kommunene hvor planene blir mer helhetlige.
 - Det viser seg særlig i helse- og omsorgsplaner, som tidligere gjerne omhandlet sykehjem og hjemmetjenesten.
 - Andre tjenester som læring og mestring og hverdagsrehabilitering blir nå i større grad inkludert i disse planene. Samtidig oppleves det at habilitering og rehabilitering fortsatt i større grad bør systematiseres gjennom planlegging og planforankring for å redusere avhengigheten av enkeltinitiativ og sårbare fagmiljø.

Å trekke på de gode kreftene

Det fremkommer av intervjudata at det i flere av casekommunene oppleves å være en utfordring å implementere habilitering og rehabilitering i kommunens tjenester. Et delvis unntak er fysioterapi- og ergoterapitjenestene som det er mer etablerte rutiner for.

Samtidig mener flere respondenter at kommunene generelt ikke er flinke nok til å bruke hele lokalsamfunnet som ressurs i habiliterings- og rehabiliteringsprosesser. Dette kan eksempelvis være lærings- og mestringstilbud, frivilligheten, transportordninger, ordninger gjennom NAV og tiltak som tilrettelegger for deltakelse i samfunnet. Det oppleves å være for mye fokus på det medisinske, og for lite på sosial habilitering og rehabilitering. Lærings- og mestringstilbud er viktige tiltak innen habilitering og rehabilitering. Et frisklivstilbud kan være viktige i forbindelse med oppfølging i forlengelsen av mer intensive rehabiliterings- og habiliteringstiltak. I kommunene foregår en viktig del av dette tilbudet ved frisklivssentraler. I 2019 hadde omkring 60 % av kommunene en frisklivssentral⁴¹.

- ✓ Flere av casekommunene jobber med å styrke tilbudet, herunder tiltak i samarbeid med frivilligheten.
- ✓ En kommune er i prosess med å etablere frisklivssentral.
- ✓ Flere informanter opplever det som utfordrende å involvere andre tjenesteområder enn helse og omsorg inn i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Dette er en viktig årsak til at man ikke får tatt i bruk hele lokalsamfunnet på området.

Et tverrsektorielt planarbeid vektlegges som viktig for å forhindre dette, og for å skape eierskap til habiliterings- og rehabiliteringsfeltet i andre sektorer. En informant fremhever at opptrappingsplanen ikke tar inn over seg at kommunene er avhengig av å involvere andre tjenesteområder enn helse og omsorg for å lykkes med habilitering og rehabilitering.

5.2 Oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering

Kommunene kartlegger i varierende grad behovet for habilitering og rehabilitering og flere gir uttrykk for at det er krevende å opparbeide seg og vedlikeholde en slik oversikt. Dette skyldes delvis at det oppleves som krevende kan tilskrives mangelen på/uklarhet i kvalitetsindikatorer. I flere kommuner gjør mangel på rehabiliteringssentre det utfordrende å sikre et godt rehabiliteringstilbud. Habilitering blir gitt lite oppmerksomhet

I følge veilederen skal kommunen ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering. Oversikten må gi et godt nok kunnskapsgrunnlag for styring, dimensjonering og prioriteringer, og favne bredden i behovet hos ulike brukergrupper. Kommunen skal ha et system for å registrere behov og for å følge med på om det er samsvar mellom tilbud og behov. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering bør ha en sentral rolle i slik behovskartlegging og planlegging.

Mangelfull/krevende oversikt over behovene

Vi ser fra intervjudata at det oppleves å være vanskelig å ha oversikt over hvem som har behov for utredning og behandling i feltet for habilitering og rehabilitering. Det er ikke alle som trenger utredning og behandling som får det, og ikke alle skjønner at de har behov for det.

⁴¹ Informasjon fra Helsedirektoratet.

Fastleger er så å si alltid involvert i en henvisning til habilitering i spesialist. De har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasientene på sin liste. Mange som får habiliteringstjenester får tjenester fra hjemmetjenesten evt. barnebolig/avlastning. Det er her behovet ofte oppdages i kommunen innen habilitering. Mange barn henvises også til habilitering fra barneavdelinger, helsestasjon/skolehelsetjeneste, PP-tjenesten via fastlege. Hjemmebesøk fra eksempelvis ergoterapi- og fysioterapitjenesten eller hverdagsrehabiliteringsteam oppleves å være nyttige måter å oppdage rehabiliteringsbehov på. I intervju med casekommunene beskriver de følgende metodikker for å kartlegge og utrede behov:

- ✓ To av casekommunene gjennomfører kartlegginger av alle innbyggere som er henholdsvis 72 år i den ene og 75 år i den andre kommunen for å ha oversikt over og oppdage behov blant eldre i kommunen.
- ✓ Flere informanter opplever at kommunene ikke er gode nok på å være tidlig nok inne i pasientforløpet, og at det bør satses mer på tilbud som eksempelvis innsatsteam som tidlig kan oppdage behov.
 - 7 casekommuner har opprettet slike innsatsteam, gjerne organisert i hjemmetjenesten eller i hverdagsrehabiliteringstilbudet. Samtidig er det to av de mindre kommunene som ikke har hverdagsrehabiliteringstilbud eller innsatsteam per dags dato.

En av de ti casekommunene oppgir at de har god oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering i kommunen. Dette gjør at de kan søke på spesifikke tilskuddsordninger og gjennomføre konkrete prosjekter rettet mot dette behovet.

Registerdata og Kvalitetsindikatorer

Kommunene i vårt caseutvalg opplever at mangel på kvalitetsindikatorer og statistikk er en utfordring for å ha oversikt over behov og ta riktige beslutninger for å møte behovet for habilitering og rehabilitering. Det er også lite kultur på å bruke de dataene som er tilgjengelig i rapportering og rutinemessig vurdering av behov og avveining av effektiviteten av ulike behandlingsmetoder.

Lørenskog kommune har fokus på indikatorer og kvalitetsrapportering i sitt eget utviklingsarbeid:

- ✓ Kommunen er med på forskningsprosjektet Beslutt i samarbeid med SINTEF og andre kommuner.
 - Formålet er å få opp behovet for indikatorer og sikre en rød tråd mellom nivåer for å få linjeforankring fra overordnet politisk ledelse til utøvende virksomheter. Beslutt skal videre gir tavler for at hvert nivå skal kunne ta riktige beslutninger og foreta gode vurderinger.
 - Ulike roller og nivå trenger ulike styringsparameter, samtidig som disse må henge sammen.
- ✓ Kommunen har videre samhandlingsløsningen IMATIS som gir oversikt over tjenestemengden. Dette kan brukes til å gjøre vurderinger knyttet til eksempelvis nivå av tjenester og kapasitet.
- ✓ Lørenskog kommune utvikler årlige kvalitetsrapporter innenfor helse og omsorg. Rapporten omhandler alle tjenestemålingene i sektoren, inkludert habilitering og rehabilitering.
 - Rapporten sier noe om områder kommunen må ha fokus på/sette inn tiltak for å utvikle tjenestene. Rapportene har ført til politiske vedtak innen habilitering og rehabilitering om område/tiltak politikerne mener kommunen bør forbedre.

Lite oppmerksomhet om habiliteringstjenester

Det fremgår av intervjuer med både casekommuner og fylkesmannsembeter at kommunenes habiliteringstjenester blir sett på som å ha lite oppmerksomhet, at dette er et glemt område og at disse tjenestene i liten grad samsvarer med brukernes behov for habilitering.

Det er en felles oppfatning at både Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og kommunene er mest opptatt av rehabilitering, og at habiliteringsfeltet har kommet litt i skyggen for dette rehabiliteringsfokuset. Det meste av tilskuddsmidlene og utviklingsarbeidet i kommunene har foregått innen rehabilitering.

Særlig har tilskuddsmidler gått til ergoterapeut- og fysioterapeutstillinger og hverdagsrehabilitering. Det oppleves at det ikke er tydeliggjort nok at habilitering og rehabilitering gjelder alle målgrupper. Videre

snakker fagmiljøene i kommunene (ergoterapeuter og fysioterapeuter) mest om rehabilitering, og lite om habilitering. Habiliteringstilbudet preges av dette.

- ✓ 1 av 10 casekommuner oppgir å ha mest fokus på habilitering. Resten har mest fokus på rehabilitering.
- ✓ I noen av casekommunene nevnes psykisk utviklingshemmede som et unntak hvor man opplever å ha habiliteringstjenester som møter brukernes behov.
- ✓ Samtidig opplever flere fylkesmannsembeter at psykisk utviklingshemmede er en målgruppe med et mangelfullt tilbud i kommunene. De fleste fylkesmannsembetene opplever at habilitering er et område med lite fokus.
 - Flere fylkesmannsembeter stiller spørsmål ved effekten av opptrappingsplanen for habiliteringsfeltet, og hvor vidt brukerne har fått et bedre tilbud. Særlig stilles det spørsmål rundt de tyngste brukergruppene innen habilitering. Her opplever man at kommunene mangler kompetanse (se også kapittel 4).
- ✓ Flere casekommuner oppgir videre at de har store grupper utviklingshemmede barn, og at de i fremtiden vil ha utfordringer knyttet til å gi gode tjenestetilbud til denne brukergruppen. Dette vil kreve mange tjenester, kompetanse og ressurser.

Det oppleves å være en generell oppfatning om at habilitering og rehabilitering er somatikk. Det oppleves at opptrappingsplanene for henholdsvis rus og psykisk helse og habilitering og rehabilitering burde samkjøres da det psykososiale er en viktig del av habiliterings- og rehabiliteringsprosessene. Brukere med psykiske lidelser oppleves å være en brukergruppe med et mangelfullt tilbud.

5.2.1 Manglende tilbud innen rehabilitering

Mangel på egne rehabiliteringssenter er sett som en svakhet i det kommunale rehabiliteringstilbudet:

- ✓ Større kommuner som Arendal, Bodø og Trondheim har dette, i tillegg til Indre Østfold, mens de små casekommunene har ikke ressurser til å tilby dette.
- ✓ De fleste kommunene har korttidsavdelinger i institusjoner, men dette er stort sett et tilbud tilrettelagt for eldre, og lite egnet for yngre brukere.
 - Forskning fra Inger Johansen tyder på at rehabilitering i eget rehabiliteringssenter gir bedre effekt og resultat enn rehabilitering i korttidsavdelinger i institusjon⁴².
- ✓ Videre kommer det frem at to av casekommunene har utfordringer med korttidsavdelingene sine.
 - I den ene kommunen blir rehabiliteringsplassene brukt til somatiske pleiepasienter grunnet at det er fullt på langtidsavdelingene. Det går ut over rehabiliteringstilbudet.
 - I den andre kommunen har man hatt 20% ledig kapasitet de siste årene og man får dermed ikke brukt den fulle kapasiteten.
- ✓ Yrkesgrupper oftest nevnt hvor det opplevdes mangel på ressurser var ernæringsfysiologer og logopeder.

Hverdagsrehabilitering har vært et populært tiltak i opptrappingsplanperioden, som mange kommuner har fått tilskudd til å etablere. Det oppleves at dette har bidratt til å styrke rehabiliteringstilbudet mot eldre hjemmeboende med begynnende funksjonssvikt. Det poengteres at både dette og andre tiltak som er opprettet gjennom midler fra opptrappingsplanen har bidratt til å utvikle og gi spesifikke tilbud rettet mot enkeltbrukere.

I en av casekommunene oppleves det å være en utfordring at man smører for tynt på til for mange. Det er mange som får rehabilitering, men de får ikke nok til at det gir effekt, og særlig for de eldre, der man har mange brukere med behov.

⁴² Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings – an open, prospective, comparative observational study (2013) – Inger Johansen <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/36085/dravhandling-johansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5.3 Koordinerende enhet i kommunene

Det er betydelig variasjon i kommunenes organisering av koordinerende enhet. De største forskjellene ligger i hvem som har enhetslederfunksjonen, relasjonen mellom tildelingskontoret og koordinerende enhet og kapasiteten i kommunene. I tillegg er det variasjon i hvilke oppgaver som utføres av koordinerende enhet og hvordan disse oppgavene utføres. Koordinerende enheter opplever utfordringer med å ha oversikt over sine oppgaver, å sikre at koordinatorene har nødvendig kompetanse og med elektroniske systemer som ikke kommuniserer på tvers mellom tjenester.

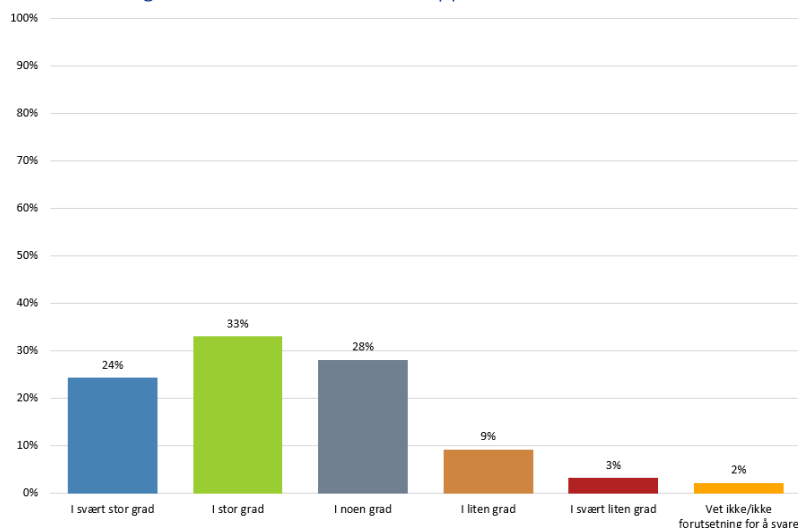
I følge SSBs KOSTRA statistikk har andelen kommuner som har egen koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering gått opp under opptappingsplanen fra 92% i 2016 til 96% i 2019. Samtidig har andelen kommuner med en plan for habilitering og rehabilitering som er forankret i kommunens politiske ledelse gått opp fra 45% til 53%.

Tabell 18 KOSTRA statistikk kommunes organisering

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Andel kommuner som har en politisk vedtatt plan for re-/habilitering	59,1	57,8	57,6	58,8	55,5	52,1	48,3	44,7	45,4	50	53,2
Andel kommuner som har en egen koordinerende enhet	77,3	76,0	77,8	85,1	87,4	90,1	92,1	94,8	94,8	96	96,3

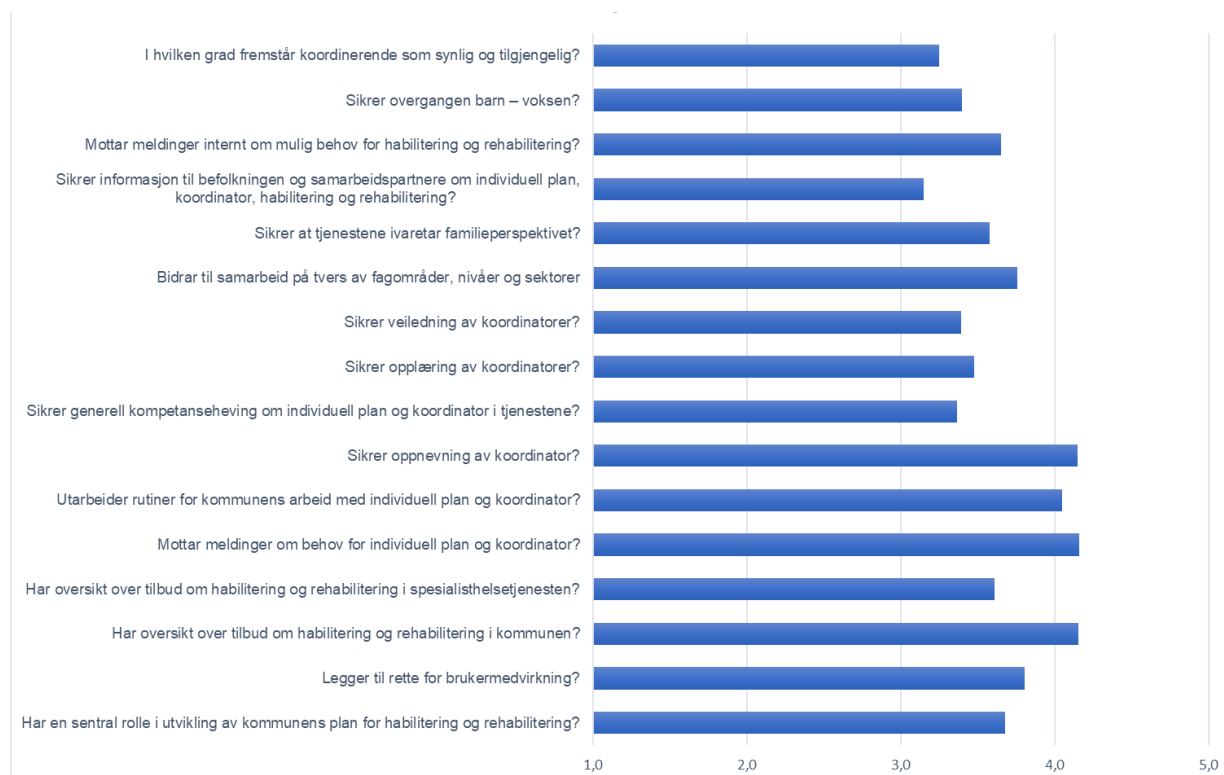
I følge midtveis oppsummeringen av opptappingsplanen per oktober 2018 har 95% av kommunene har en koordinerende enhet. Vår spørreundersøkelse viser at koordinerende enhet overordnet sett oppleves i stor eller svært stor grad å være forankret i kommunens toppledelse (57 %).

Figur 5 I hvilken grad er koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering forankret i kommunens toppledelse?



Av spørreundersøkelsen fremgår det videre at kommunens respondenter oppfatter at kommunens koordinerende enhet i relativt stor grad sikrer informasjon til befolkningen og samarbeidspartnere om individuell plan. Også hva gjelder å ivareta familieperspektivet, samt sikre overgang barn-voksen oppfattes som oppgaver koordinerende enhet i stor grad ivaretar. Ellers ser vi at koordinerende enhet i kommunen i mindre grad brukes til å sikre opplæring og veiledning av koordinatorene, mottar meldinger om behov og har oversikt over habilitering og rehabilitering i kommunen (se figur under).

Figur 6 I hvilken grad ivaretar kommunens koordinerende enhet følgende oppgaver:



5.3.1 Organisering

Vår casestudie av 10 kommuner viser at det er store forskjeller i organiseringen av koordinerende enhet i kommunene: I to kommuner er enhetsledere leder for koordinerende enhet, samtidig som også andre enhetsledere er med som deltakere i koordinerende enhet. Dette oppleves å sikre ledelsesforankring i kommunen.

- ✓ I en kommune er det organisert to koordinerende enheter, en for voksne organisert i helse og omsorg og en for barn og unge organisert i oppvekst.
- ✓ I to kommuner er koordinerende enhet organisert i samhandlingsavdelinger.
- ✓ I den ene kommunen har avdelingen ansvar for å videreutvikle statistikk og analyser, følge med på kapasitet og etterspørsel, og jobbe med tjenesteutvikling på systemnivå.
- ✓ I to kommuner er tildelingskontoret koordinerende enhet.
- ✓ I en kommune er kommunalsjef helse og omsorg koordinerende enhet, og tildelingskontoret saksbehandlere

Forskjellene i organisering gjør at koordinerende enhet har ulike ansvarsoppgaver. Der hvor koordinerende enhet er lagt i tildelingskontoret, eller tildelingskontoret og koordinerende enhet er lagt sammen i en samhandlingsavdeling, har koordinerende enhet ansvar for å vurdere behov, tildele tjenester og eventuelt endre tjenester. Samtidig fremgår det av intervjuer at det hefter en rekke utfordringer ved ulik organisering i kommunene:

- ✓ I en kommunene er det en utfordring at forespørsler til koordinerende enhet kan glippe grunnet organiseringen av koordinerende enhet. Kommunen har et *koordineringssenter* hvor koordinerende enhet er organisert. Koordineringssenteret behandler alle søknader etter helse- og omsorgstjenesteloven. Koordineringssenteret skal sende alle relevante forespørsler til koordinerende enhet, men her kan det skje glipper i systemet. I tillegg er det ikke en mottaksplass i journalsystemet for koordinerende enhet.
- ✓ Det fremkommer av intervjudata at det i flere av casekommunene oppleves å være vanskelig for innbyggere, samarbeidspartnere og tjenester i kommunen å finne koordinerende enhet. Samtidig

oppleves koordinerende enhet ikke å være flinke nok til å drive utadrettet virksomhet for å fortelle om koordinerende enhet, individuell plan og koordinator.

- ✓ En kommune stiller spørsmål ved om plassering av koordinerende enhet i en utviklingsorientert samhandlingsavdeling kontra en driftstjeneste gjør at tjenesten blir mindre synlig. Dette er spørsmål som jevnlig blir tatt opp til vurdering. Samtidig opplever flere kommuner at det er uheldig å plassere koordinerende enhet i en driftsavdeling som skal yte tjenester da det kan skape utfordringer for tverrsektoriell samarbeid. Koordinerende enhets funksjon ble identifisert som en utfordring i midtveis oppsummeringen av opptrappingsplanen per oktober 2018.
- ✓ En kommune opplever at det er greit å skille koordinerende enhet og tildelingskontoret da disse har ulike oppgaver og roller. Samtidig opplever kommuner som har kombinert disse rollene at tildelingskontoret har god oversikt over behov og kommunens tilbud innen habilitering og rehabilitering. Dette gjør tildelingskontoret godt egnet til å løse koordinerende enhets ansvarsoppgaver.

5.3.2 Koordinerende enhet og koordinator

Koordinerende enhet har etter forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator ansvaret for arbeid med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. Koordinator er en tjenesteyter som skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte, sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan.⁴³ Helsedirektoratet har utviklet en E-læringsmodul som kommunene kan bruke for opplæring i koordinatorrollen. Ingen av de 10 kommunene i vårt caseutvalg har brukt denne. De fleste kommunene har en koordinatorhåndbok og gjennomfører jevnlig opplæring i koordinatorrollen. Samtidig er det noen kommuner som ikke har en koordinatorhåndbok eller lignende oppslagsverk eller som ikke gjennomfører systematisk opplæring for koordinatorene.

- ✓ Videre har noen kommuner utfordringer knyttet til utdatert malverk for individuell plan og koordinator.
- ✓ Opplæring av koordinatorene ble identifisert som en utfordring i midtveis oppsummeringen av opptrappingsplanen per oktober 2018.

Noen av casekommunene har utfordringer knyttet til å utnevne koordinatorene. De fleste koordinatorene er i helse og omsorg, og det oppleves ofte som utfordrende å få ansatte i oppvekstsektoren til å påta seg koordinatoransvar. Det vektlegges at særlig skoler og barnehager har tett og nær kontakt med barn og unge, noe som gjør dem godt egnet til å være koordinatorene. I flere kommuner hvor tildelingskontoret, som er organisert i helse og omsorg, er koordinerende enhet, oppleves det som ekstra utfordrende å utnevne koordinatorene i oppvekstsektoren.

Forskjellige løsninger i kommunene har forskjellige fordeler og ulemper:

- ✓ Noen kommuner har etablert samhandlingsstrukturer i koordinerende enhet hvor enhetsledere i oppvekstsektoren deltar i koordinerende enhet. En slik styringsstruktur oppleves å sikre koordinerende enhet forankring.
- ✓ Videre har noen kommuner utfordringer knyttet til ledelsesforankringen rundt koordinatorrollen, der det ikke blir stilt krav til at ansatte må ta på seg koordinatorrollen. Flere koordinerende enheter finner dette vanskelig når de skal utnevne koordinatorene.
- ✓ En koordinerende enhet mener at det ville være nyttig med klarere instruksjoner i lov og veiledere om hvem som bør være koordinatorene.
- ✓ En kommune opplever at koordinatorene er usikre og utrygge på sin egen rolle og ansvar, og at de mangler opplæring i rollen. Flere nevner at roller og ansvar for koordinator oppleves som uklart. Dette bidrar til å gjøre det vanskelig å oppnevne koordinatorene. Kommunene har ulike praksiser relatert til individuell plan. De fleste kommunene fatter vedtak for tjenesten, mens to kommuner ikke gjør det. Bruker må i disse to kommunene sende en forespørsel om tjenesten. Brukerne har samtidig klagemulighet om de ikke får tildelt tjenesten. En av kommunene som ikke fatter vedtak forklarer at om brukere ønsker individuell plan og oppfyller kriteriene får de dette.

⁴³ https://bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Tilbud_og_tjenester/Koordinator/

- ✓ En kommune som fatter vedtak opplever at de er usikre på om det er god praksis, og at de aldri avslår søknader om IP.

Koordinerende enhet utarbeider ikke individuell plan, men påser at koordinator gjennomfører dette. Manglende system for samhandling rundt individuell plan oppleves å være en stor utfordring. Ulike sektorer og avdelinger har gjerne ulike fag- og journalsystemer, som ofte ikke kan synkroniseres og snakke sammen.

- ✓ I en av casekommunene har fysikalsk medisin, legetjenesten og institusjonene tre ulike journalsystem. Dette oppleves som svært tungvint.
- ✓ I en kommune må referat og andre dokument sendes til koordinerende enhet som må skrive det ut og skanne det inn i pasientjournal.
- ✓ Flere kommuner har tatt i bruk elektroniske system for individuell plan for å kunne legge til rette for samhandling rundt individuell plan på tvers av sektorer, aktører og avdelinger. Samtidig oppleves disse systemene å være tungvinte å bruke.

5.3.3 Kapasitet i koordinerende enhet

De koordinerende enhetene i kommunene har varierende kapasitet. De fleste ansatte har andre arbeidsoppgaver i tillegg, noe som kan være utfordrende for å løse oppgavene relatert til koordinerende enhet.

En kommune som har vært gjennom en kommunesammenslåingsprosess, hvor man har fått inn 20% ekstra kapasitet i form av systemkoordinator, opplever at dette bidrar til å styrke koordinerende enhets evne til å håndtere oppgavene sine. Denne systemkoordinatoren var med fra nabokommunen, som før sammenslåingen hadde større ressurser inn i koordinerende enhet. Dette viste seg igjen i koordinerende enhets tjenesteproduksjon, hvor kommunen med den ekstra ressursen blant annet var bedre på dokumentere og hadde utviklet en koordinatorhåndbok.

Koordinerende enhet skal videre etter forskriften ha en oversikt over behov for habilitering og rehabilitering. I noen kommuner er det et problem at rehabiliteringstilbud i hjemmetjenesten ikke registreres som rehabiliteringstjeneste, noe som gir kommunene feil statistikk om rehabiliteringstilbudet. Samtidig er mangel på indikatorer en utfordring. Å komme videre med utvikling av indikatorer forutsetter tilgang til registerdata/statistikk av god kvalitet. Som vist i kapittel 3 og 4 er dette et utfordringsbilde for flere.

Siloorganisering er som nevnt også en utfordring. Koordinerende enhet, som gjerne er organisert i helse og omsorg, har ikke nødvendigvis oversikt over behovet i andre sektorer, eksempelvis barnehage, skole og helsefremmende tjenester. Koordinerende enheter må sikres tydelig mandat og god lederforankring. Enhetene har en sentral rolle i å legge til rette for helhetlige og koordinerte tjenester gjennom sitt overordnede ansvar for individuell plan og koordinator. Koordinatorer må sikres nødvendig lederstøtte og opplæring slik at de blir trygge og kompetente i rollen.⁴⁴

En koordinerende enhet opplever at silotilnærmingen hindrer den i å ha oversikt over behovet for habilitering og rehabilitering i befolkningen. Samtidig har koordinerende enhet god oversikt over behovet i helse- og omsorgssektoren. Flere kommuner har lagt koordinerende enhet i samhandlingsavdelinger for å løse denne utfordringen. Blant annet har en kommune en styringsgruppe bestående av kommunalsjefer for henholdsvis helse/ omsorg og oppvekst som leder for koordinerende enhet rapporterer til.

Etableringen av hverdagsrehabilitering beskrives av flere kommuner som nyttig i anledning kartlegging av behov. Disse kommunene har opprettet tverrfaglige vurderingsteam i hjemmetjenesten med ansvar for å vurdere pasientens rehabiliteringsbehov. Koordinerende enhet opplever at tilgangen på dette teamet og mer tverrfaglighet i behovsvurderingen gjør kommunen bedre i stand til å kartlegge og vurdere behov og gjøre vedtak.

⁴⁴ Se kapitlet om strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team, i *Veileder Oppfølging av personer med store og sammensatte behov*.

Kommunene har videre fokus på å involvere og ha samtaler med brukerne ved søknader om tjenester. Det vektlegges at brukerinvolvering er viktig for å tilrettelegge for gode og virkningsfulle tjenester. Kommunen har også kartleggingssystem for å vurdere brukernes bistandsbehov. Det kan være en utfordring at det er mange kartleggingssystem for ulike tjenester og brukergrupper, eksempelvis vurderingsteam for hjemmesykepleie og for rus og psykisk helse. I tillegg kan man gi tjenester samtidig som man kartlegger, noe som gjør at man kommer tidligere i gang med tjenesten.

En kommune har omorganisert saksbehandlerkorpset sitt slik at saksbehandlerne er organisert i team etter tjenester og ikke målgrupper. Denne spesialiseringen oppleves å gjøre kommunen bedre i stand til å fordele ressurser og gi brukerne bedre tjenester, selv om det selvfølgelig kan være utfordringer for brukere som trenger flere typer tjenester.

5.4 Kommunestørrelse og kommunesamarbeid

Større kommuner har bedre forutsetninger for å levere habiliterings- og rehabiliteringstjenester.. Flere store kommuner har egne rehabiliteringssentre. Tilgjengelig kompetanse og kapasitet betyr også at større kommuner er bedre stilt til å søke på tilskuddsordninger og drive med egen tjenesteutvikling. En mulighet for mindre og mellomstore kommuner til å få flere stordriftsfordeler er å inngå i kommunesamarbeid.

5.4.1 Tjenestetilbud

Som nevnt i forrige del har de store kommunene egne rehabiliteringssentre. Det trekkes frem at samlokalisering av ulike profesjoner og tjenestetilbud i rehabiliteringssentre er viktig for å skape tverrfaglighet i tjenestene. Dette har ikke de små kommunene tilbud om.

- ✓ En av de mindre kommunene opplyser at de ikke har økonomi eller pasientgrunnlag til et slikt tilbud, og at et slikt tilbud i så fall må gis i et interkommunalt samarbeid.
- ✓ Flere små kommuner oppgir at et slikt tilbud er krevende økonomisk, og at det er vanskelig å prioritere dette når kommuneøkonomien er trang og utfordrende.
- ✓ En av casekommunene har planlagt å opprette et rehabiliteringssenter, men dette har ikke blitt realisert grunnet at man ikke har funnet økonomiske rammer til å implementere og sette tjenesten i drift. Her så man også på muligheten for å samarbeide med det lokale helseforetaket rundt rehabiliteringssenteret, men dette strandet da pasientene tilknyttet til senteret bare kunnet komme fra kommunen, ikke fra hele helseforetaksregionen.
- ✓ Flere informanter opplever at mangelen på et slikt intensivt rehabiliteringstilbud er en utfordring i mange kommuner.
- ✓ I kommuner som har slått seg sammen har dette bidratt til å skape større og mer solide fagmiljøer, noe som oppfattes som positivt for tjenestetilbudet.
- ✓ En av de mindre kommunene at lærings- og mestringstilbud er en utfordring for kommunen. Man har ikke så mye tilbud om dette, og man er i stor grad avhengig av samarbeid med nabokommunen for å få til et tilbud da det er omfattende ressursmessig.
- ✓ En av de største kommunene oppgir at de har tilgang til et vidt spekter av tjenester som er relevante inn i et habiliterings- eller rehabiliteringsforløp. Dette inkluderer et vidt læring- og mestringstilbud som kommunen har bygd ut over flere år. Dette har bakgrunn i prioritering av forebygging og rehabilitering i budsjettarbeidet i kommunen over tid.
- ✓ En annen av de større kommunene har hatt fokus på frisklivstilbudet som er et lavterskeltilbud hvor man kan komme tidlig inn. Kommunen opplever stor pågang, og har tilført frisklivstilbudet nye midler. Kommunen har blant annet opprettet et treningstilbud til personer med ytelser fra NAV. Kommunen fikk tilskudd til dette i 2018.

Pasienter med kroniske smertetilstander nevnes som en gruppe hvor tilbudet ikke samsvarer med brukernes behov for habilitering og rehabilitering. Dette er en stor andel av unge uføre, hvor man ikke har en bestemt lokasjon for smerten. Det ble bestemt i faglige veiledere i 2015 at disse skal utredes i spesialisthelsetjenesten, og behandles i kommunen. Dette er en tjeneste som man sliter med å få plass i kommunene, med den konsekvens at spesialisthelsetjenesten kjøper plasser til brukergruppen

for å gi et forsvarlig tilbud. Det oppleves at disse unge pasientene glipper for kommunehelsetjenesten, og at de har fokus på eldre pasienter.

En av casekommunene nevner muskel og skjelett, og særlig nakke og rygg, som en gruppe som kanskje har blitt utelatt. Det er en dyr brukergruppe samfunnsøkonomisk, og samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene burde vært bedre. Nakke og rygg oppleves å være et glemt område i opptrappingsplanen.

5.4.2 Kapasitet og kompetanse innen rehabilitering

De store kommunene har gjennomgående større kapasitet og kompetanse i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet (se for øvrig kapittel 4 som tar for seg kapasitet og kompetanse mer inngående og på overordnet nivå). I småkommunene oppleves tilgangen til logopedkompetanse å være mangelfull. Man kjøper gjerne tjenester fra andre kommuner eller private aktører, uten at man har inngått avtale eller er sikret tilgang til tjenesten ved behov. I Afasiforbundets undersøkelse om logopeddekningen i Norges kommuner fra 2019 kommer det frem at med unntak av enkelte kommuner med flere enn 100 000 innbyggere oppgir de fleste kommunene å ha 1-2 logopeder for voksne⁴⁵. Videre kan det være en utfordring i småkommunene at man har ansatte som logopeder, ergoterapeuter og psykologer i deltidsstillinger, noe som gir redusert kapasitet i tjenesten.

- ✓ En av småkommunene opplever videre at ernæringsfysiologi er et manglende kompetanseområde.
- ✓ Flere kommuner vektlegger at med dårlig kommuneøkonomi er det mer en kamp om å beholde kompetansen og kapasiteten man har enn å investere i ny kompetanse eller utvide kapasiteten i tilbudet.
- ✓ Noen av de større kommunene har ikke bare egne fysikalske avdelinger med fysioterapeuter og ergoterapeuter, men har også denne kompetansen i tjenester som hjemmetjenesten og institusjoner. Dette oppleves å være nyttig da det gir større tverrfaglighet i tjenestene. Videre har de større kommunene et bredere sett av tjenester å spille på når de tildeler habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

5.4.3 De største lykkes best med å søke på tilskudd

De store kommunene har større kapasitet til å søke tilskudd og drive med tjenesteutvikling. Flere av de små kommunene har i liten grad kapasitet til å søke på tilskudd, og skal man søke er man gjerne avhengig av ildsjeler som tar initiativ til dette og som legger ned en ekstra innsats i søknadsskrivingen. De store kommunene har egne ansatte eller en egen enhet som driver med og er drillet på å søke tilskudd. De større casekommunene har gjerne spesialiserte forsknings- og utviklingsavdelinger, samhandlingsavdelinger og tildelingsavdelinger. Dette kan bidra til å øke og forsterke allerede eksisterende ulikheter mellom små og store kommuner på feltet. .

Flere av de små kommunene har mer enn nok med å yte tjenestene som kreves. Videre er man gjerne avhengig av de samme ansatte som yter tjenestene for å utvikle tjenestene, noe som oppleves å være en utfordring. Tjenesteutviklingen oppleves å være sårbar grunnet avhengigheten av nøkkelpersoner i kommunen. Dette gjør eksempelvis planarbeid utfordrende, noe som viser seg i at flere av kommunene ikke har planer for habilitering og rehabilitering.

I en av de små casekommunene strandet arbeidet med å utvikle en plan for habilitering og rehabilitering grunnet at ressurspersonen som skulle arbeide med dette sluttet. Dette resulterte videre i at kommunen ikke fikk tilskudd gjennom tilskuddsordningen styrking av habilitering og rehabilitering da kommunen ikke hadde en plan (og heller ikke ville benytte tilskuddet til dette), noe som var et kriterium for å motta tilskudd.

Samtidig som de mindre kommunene har mindre og mer sårbare fagmiljø enn de store kommunene, oppleves det tverrfaglige samarbeidet mellom ulike sektorer og tjenester involvert i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet å være lettere å få til å fungere i de små kommunene. Det vektlegges at linjene og avstandene mellom sektorer og tjenester er mindre og kortere, og at man derfor kjenner godt til

⁴⁵ Afasiforbundet 2019 – Logopeddekningen i Norges kommuner. https://afasi.no/wp-content/uploads/2019/03/2019_Juni_Afasiforbundet_Statusrapport-logoped-Norge-1.pdf

ansatte i andre tjenester og sektorer. De ansatte er gjerne samlokalisert fysisk, noe som er nyttig for samarbeidet.

Videre er det i disse små kommunene opprettet tverrfaglige nettverk på ledernivå på tvers av sektorer og tjenester. Disse nettverkene er godt hjulpet av den tette dialogen og den korte avstanden mellom tjenestene. I de større kommunene, hvor avstandene er større med flere linjer, oppleves lederdialogen og det tverrsektorielle samarbeidet å være mer utfordrende å håndtere.

5.4.4 Kommunesamarbeid om kompetanse og tjenestelevering

Flere respondenter, og særlig hos Fylkesmannen, vektlegger at interkommunalt samarbeid er viktig for å videreutvikle og forbedre habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i kommunene. Det oppleves at mange kommuner har små og sårbare fagmiljø. Dette gjør tjenestene svært avhengige av kritiske nøkkelpersoner. Det rapporteres om eksempler på tilskuddsprosjekter som har falt sammen grunnet omskiftninger i personalet. Samtidig kan kompetansen og kapasiteten i tjenestene være utfordrende i små kommuner. Flere små kommuner opplever også at det er vanskelig å ansatte fagfolk. Videre påpekes det at noen kommuner har lave innbyggertall, og at geografi og kommunikasjon kan gjøre det vanskelig å nyttiggjøre seg av enkelte tilbud.

Flere fylkesmannsrepresentanter som har observert og respondenter fra kommuner som har deltatt i kommunesammenslåingsprosesser gjennom kommunereformen opplever at kommunesammenslåing har vært positivt for utviklingen av fagområdene. Herunder gir det større fagmiljøer. Flere fylkesmannsrepresentanter vektlegger at noen av kommunene som har slått seg sammen jobbet godt sammen på forhånd for å rigge tjenestene i den nye kommunen.

Flere av casekommunene i denne undersøkelsen har i lys av kommunereformen vært gjennom kommunesammenslåingsprosesser i løpet av opptrappingsplanperioden:

- ✓ Trondheim kommune har slått seg sammen med tidligere Klæbu kommune.
- ✓ De tidligere kommunene Sund, Fjell og Øygarden har slått seg sammen til nye Øygarden kommune.
- ✓ De tidligere kommunene Askim, Eidsberg, Hobøl, Spydeberg og Trøgstad slo seg sammen til Indre Østfold kommune.

Alle disse casekommunene vektlegger at de hadde et tett samarbeid før kommunesammenslåingen, herunder innen habilitering og rehabilitering. Kommunene som nå utgjør nye Øygarden kommune søkte og mottok sammen midler fra opptrappingsplanen, Trondheim og Klæbu samarbeidet om å utarbeide en rehabiliteringsplan mens kommunene i Indre Østfold samarbeidet om Askim-prosjektet.

Tekstboks: Askim-prosjektet

Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS ble opprettet i 2012 og ble eid av Askim, Eidsberg, Hobøl, Marker, Skiptvet, Spydeberg og Trøgstad kommune. Selskapets formål var å utvikle og gi helsetilbud til innbyggerne i kommunene. Tjenestene skulle omfatte kompetansekrevene oppgaver innen eksempelvis rehabilitering og ivareta pasientenes behov for helhet og sammenheng i pasientforløpet.

Indre Østfold medisinske kompetansesenter har fått midler direkte over statsbudsjettet i perioden 2016-2020 til prosjektet Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering («Askim Prosjektet»). Bevilgningen er gitt i tillegg til midlene til opptrappingsplanen, men utviklingsarbeidet har felles målsetting med Opptrappingsplanen og har dermed inngått som en integrert del av opptrappingsplanen i planperioden. Bevilgningen til prosjektet har altså ikke gått av bevilgningene til opptrappingsplanen.

Prosjektet har en komponent for følgeforskning som har som formål å dokumentere og evaluere tiltak som er iverksatt gjennom prosjektet.

Gjennom Askim-prosjektet har det blant annet blitt utviklet en døgnenhet med senger for intensiv rehabilitering (SIR) og et tverrfaglig vurderingsteam (TVT) organisert i IKS-et. Etter at 5 av eierkommunene slo seg sammen til Indre Østfold kommune fra 2020 har IKS-et blitt avviklet og tjenestene blitt integrert i driften av den nye kommunen.

TVT har etter rapporten tverrfaglig vurderingsteam fra 2017 som mandat å jobbe ambulant, sikre tidlig tverrfaglig vurdering, koordinere tiltak og rehabiliteringsforløp og igangsette/utføre rehabiliteringstiltak. TVT kan kartlegge behov, mens seksjonen koordinering og inntak, som har ansvar for all tjenestetildeling innen helse og omsorg, fatter vedtak.

Kilder:

Helsehuset – Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS: <http://www.iomk.no/om-helsehuset.295839.no.html>

Avtaler og strategier gjeldende for Helsehuset IØMK IKS: <http://www.iomk.no/helsehusets-strategi.295840.no.html>

Rapporter fra Askim-prosjektet.

Til tross for at interkommunalt samarbeid har blitt trukket fram i intervjuer av Fylkesmannsembetene og Helsedirektoratet, finner evalueringen få eksempler på interkommunale samarbeid om tjenestelevering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Vi har blitt kjent med de følgende eksempler på interkommunale samarbeid om tjenestelevering:

- ✓ Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (avviklet 2020 grunnet at 5 av 7 eierkommuner slo seg sammen til Indre Østfold kommune) - Av intervjudata fremkommer det at en utfordring for helsehuset, som et IKS som leverte rehabiliteringstjenester, var at et IKS-samarbeid ikke som enhet har juridisk ansvar for registrering i IPLOS. Kommunene selv registrerte data i IPLOS, og IKS-et måtte anmode kommunene om å gjøre dette. Kommunene hadde ulike registreringspraksiser, noe som gjorde det utfordrende å bruke IPLOS-data.
- ✓ I Rogaland er det gjennom Opptrappingsplanen gitt tilskuddsmidler til IKART. Dette er et interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam bestående av lege, psykolog, sykepleier, logoped, fysioterapeut og ergoterapeut. Samarbeidet består av de 18 kommunene som inngår i opptaksområdet til Helse Stavanger HF⁴⁶.
- ✓ En av casekommunene er i ferd å etablere felles fysio- og ergoterapeuttjeneste med nabokommunen. Nabokommunen har det siste året kjøpt ergoterapeuttjenester fra kommunen. Det fremkommer at dette var utfordrende for kommunens ergoterapeut som fikk flere oppgaver. Vedkommende har nå sluttet, så kommunen står igjen uten ergoterapeut. Kommunen har også interkommunalt tildelingskontor med nabokommunen, og kjøper også logopedtjenester fra en annen kommune.

⁴⁶ Stavanger kommune – helsehuset: <https://www.stavanger.kommune.no/helse-og-omsorg/helsehuset/>

- ✓ En casekommune er i en prosess hvor man vurderer å etablere et interkommunalt tildelingskontor.
- ✓ Et fylkesmannsembete forteller om at mindre kommuner i perifere strøk gjerne deler kompetanse mellom seg i løsere former for samarbeid.

Samtidig fremgår det av undersøkelsen at det finnes en del interkommunale samarbeid knyttet til kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. Dette kan eksempelvis være fagnettverk, erfaringsutvekslingsforum eller nettverk for koordinerende enheter. Det er viktig å videreutvikle innen område, f.eks. gjennom helsefelleskapene.

Sjustjerna-samarbeidet

Sjustjerna er et formalisert samarbeid mellom sju⁴⁷ kommuner på søre Sunnmøre. Kommunene samarbeider på ulike områder, herunder helse og omsorg. Kommunene i sjustjerna-samarbeidet samarbeider ikke om tjenesteutføring innen habilitering og rehabilitering. Det er sju separate kommuner med ansvaret for tjenestetilbudet i sin egen kommune. Samtidig samarbeider kommunene tett rundt IKT. Kommunene har et interkommunalt samarbeid om IKT-tjenester og samarbeider tett om implementering av velferdsteknologi.

Samarbeidet er et nettverk for kompetanseutvikling og erfaringsutveksling. Helse- og omsorgssjefene i kommunene sitter i en overordnet styringsgruppe som møtes 7 ganger i året. Det er også egne undergrupper for henholdsvis bu og habilitering og ergoterapi og fysioterapi. Her diskuterer man utfordringer i kommunene og deler erfaringer med hverandre. Kommunene deler på en ressurs som koordinator i nettverket som koordinerer møtevirkomheter og koordineringsarbeid knyttet til eksempelvis høringsvar. Ledervervet går på rundgang mellom kommunene. Koordinator koordinerer saksliste og leder styrer saksliste og leder møtene.

Kommunene har utviklet en felles kompetanseplan i samarbeidet med Volda sjukehus og høgskulen i Volda. Denne revideres årlig og inneholder satsningsområder for som kommunene forplikter seg til å gjennomføre. For noen år siden ble det gjennomført en omfattende kompetansekartlegging i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det er inngått en samarbeidsavtale med høgskulen om kurs og kompetanseheving. Det er også etablert et desentralisert kompetansehevingstilbud for vernepleierutdanning i samarbeid med høgskolen i Molde. Det arrangeres 2 fagdager i året i regi av sjustjerna innen henholdsvis rehabilitering og geriatri.

Av intervju fremgår det at samarbeidet er attraktivt for aktører som vil snakke med kommunene, særlig rundt studieløp og kompetanseutviklingstiltak. Disse kan inviteres til møtene i nettverket for å presentere seg for kommunene samlet.

Kommunene koordinerer dialogen med spesialisthelsetjenesten (Helse Møre og Romsdal HF) gjennom sjustjerna. Det kommer frem av intervju at man styrker kommunenes forhandlingsposisjon ved å være koordinerte og stå sammen. Dette viser seg blant annet i pågående prosess med å reforhandle samarbeidsavtalene med spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten inviteres også til relevante saker som blir tatt opp i nettverket. Sjustjerna samarbeidet er et interessant eksempel på hvordan mindre kommuner kan gå sammen for å samle ressurser rundt satsinger innen områder som IKT og teknologi og kompetanseheving.

5.5 Organisering og ansvar av habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har et sentralt ansvar i levering og habiliterings- og rehabiliteringstjenester, spesielt innen områder som krever spisskompetanse. Det er variasjon mellom helseforetakene i spesialisthelsetjenesten hva gjelder hvordan de er internt organisert og hvilke habiliterende og rehabiliterende tjenester de yter. De har også et ansvar for veiledning til kommunens primærhelsetjeneste og en viktig rolle som leverandør av ambulerende tjenester

⁴⁷ Samarbeidet består av kommunene Hareid, Herøy, Ulstein, Sande, Vanylven, Volda og Ørsta.

til brukere i hjemmet. Private institusjoner spiller en viktig og økende rolle, men er fremdeles ofte ikke inkludert i sentrale prosesser som planlegging og utredning.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator er det et eget kapittel om habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. I forskriften heter det at det skal være en koordinerende enhet i hvert helseforetak i spesialisthelsetjenesten som har generell oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstiltak i helseregionen. Enheten skal også ha oversikt over og være kontaktpunkt med habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten i kommunene.

Videre skal den koordinerende enheten bidra til å sikre helhetlig tilbud til pasienter med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende enhet i spesialisthelsetjenesten skal ha det overordnede ansvaret for arbeidet med individuell plan, og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene.

5.5.1 Habiliterings- og rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator utdypes det at spesialisthelsetjenesten har ansvar for oppgaver som krever spesialisert tilrettelegging. Dette innebærer at spesialisthelsetjenesten skal sørge for ulike tjenester innenfor habilitering og rehabilitering, herunder nødvendig undersøkelse, utredning og opplæring. I forskriften er oppgavene til spesialisthelsetjenesten mer konkret utformet enn for kommunene. Dette er bevisst fordi spesialisthelsetjenesten er negativt avgrenset i forhold til oppgavene til kommunene. Dette innebærer at det som ikke er definert som spesialistoppgaver, er et kommunalt ansvar.

Hvis man ser den samlede tjenesteytingen innenfor habilitering og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten består den av ulike tjenester, både i egne organisatoriske enheter integrert med øvrig behandling. Det finnes høyspesialiserte rehabiliteringsavdelinger hvor rehabilitering er det primære formålet med innleggelsen. Slike avdelinger kjennetegnes av høy intensitet og spesialisert kompetanse. Videre kan helseforetakene i spesialisthelsetjenesten ha et rehabiliteringstilbud som er integrert ved andre avdelinger. Dette tilbudet kjennetegnes gjerne av at rehabilitering ikke er hovedhensikten med sykehusoppholdet, men ytes som en integrert tjeneste. Dette tilbudet registreres og fremkommer som "sekundær rehabilitering" i statistikken. Ved slike avdelinger har gjerne ikke helsepersonellet spesialisert rehabiliteringskompetanse.

Habiliteringstjenester for barn og unge (HABU) ytes til brukere i målgruppen 0-18 år. Habiliteringstjenester til voksne (HAVO) ytes til brukere i målgruppen over 18 år. Felles for begge disse målgruppene er at brukerne har medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter. Tjenestebehovet til disse brukerne varer ofte livet ut. Pasientene kan ha flere diagnoser og flere funksjonsnedsettelse. Prioriteringsveilederne for habilitering av barn, unge, og voksne i spesialisthelsetjenesten gir oversikt over de vanligste tilstandsgruppene som henvises til HABU og HAVO.

Habiliteringstjenestene er organisert under ulike fagområder i helseforetakene i spesialisthelsetjenesten. Tjenestene tilbys primært fra egne habiliteringsavdelinger, men kan også ytes av andre avdelinger for eksempel barneavdelinger. Tjenesten inneholder planlagte og ofte sammensatte og samordnede tjenester for å hjelpe brukeren å nå sine mål. Tjenesten ytes poliklinisk og/eller ambulant, hvor veiledning til kommunene er sentralt.

De regionale koordinerende enhetene har i samarbeid etablert en nasjonal rehabiliteringstelefon. Dette er en landsdekkende tjeneste. Ved å benytte seg av denne tjenesten kan brukere, pårørende og helsepersonell få informasjon om habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i sin helseregion. Spesialisthelsetjenestens tilbud gjennom ambulerende tjenester er beskrevet i neste kapittel.

Barn og ungdom med ervervet hjerneskade

I statsbudsjettet 2017 ble det bevilget 13,7 mnok til å forbedre behandlingstilbudet til barn og unge med ervervet hjerneskade. I oppdragsdokumentet for 2017 fra Helse- og omsorgsdepartementet ble Helse Midt-Norge bedt om å lede arbeidet med nasjonal behandlingslinje for rehabilitering av barn og ungdom med moderat til alvorlig hjerneskade. Oppdraget ble gitt til Barne- og ungdomsklinikken på St. Olavs hospital.

Prosjektet etablerte et samarbeid med representanter fra alle helseregioner, kommune- og brukerrepresentanter samt utdanningssektoren. Prosjektet skulle kartlegge eksisterende rehabiliteringstilbud i regionen og gjøre rede for hvordan den enkelte helseregion løser oppdraget knyttet til behandlingstilbudet.

I prosjektrapporten fra 2017 heter det blant annet at Behandlingstilbud for pasienter med ervervet hjerneskade må implementeres på de forskjellige nivåene i helsevesenet og i de foretak som berøres. Det legges vekt på i rapporten at lederforankring er sentralt i alle faser av implementeringen. I rapporten beskrives de faglige standardene som bør være retningsgivende for tilbudet. Samtidig påpekes det at kompetanse og ressurser som er nødvendig for behandlingstilbudet, ikke er tilstrekkelig utbygd i spesialisthelsetjenesten.

I oppdragsdokumentet for 2018 tilleggskrav etter Stortingets behandling av prop 85 S (2017-2018) heter det at de regionale helseforetakene skal etablere et sammenhengende behandlings- og rehabiliteringsforløp for barn og ungdom med ervervete hjerneskader. Forløpet skal omfatte tidligrehabilitering i sykehus og samarbeid med hjemkommune om videre rehabilitering, inkludert pedagogisk tilbud. De regionale helseforetakene skal vurdere forslaget om bruk av Sunnaas sykehus for enkelte pasientgrupper, samt vurdere tiltak for kompetansespredning og organisering av den mest spesialiserte delen av behandlingstilbudet.

I dag er det flere helseforetak i spesialisthelsetjenesten som har utarbeidet en behandlingstilbudslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade. Denne behandlingstilbudslinjen omfatter alle faser fra akutt fase til behov for videre oppfølging fra habiliteringstilbudet (HABU) ved helseforetaket. Videre er det helseforetak som skal implementere denne behandlingstilbudslinjen, for eksempel Sykehuset Innlandet hvor det i virksomhetsstrategien for 2018-2021 heter at regional behandlingstilbudslinje for barn og unge med ervervet hjerneskade skal implementeres.

Variasjon mellom helseforetakene

Vi ser at det er ulikheter mellom helseforetakene knyttet til hvilke habiliterings- og rehabiliteringstjenester som ytes. Alle helseforetakene vi har intervjuet oppgir at de tilbyr rehabilitering som en integrert del av tjenesten ved andre avdelinger. Ett av helseforetakene vi har snakket med oppgir at de ikke har en spesialisert rehabiliteringsavdeling. Dette skyldes at et annet helseforetak i geografisk nærhet yter denne tjenesten på vegne av helseforetaket.

Rehabilitering kan også ytes ved private rehabiliteringsinstitusjoner. Hvis behandling til pasient ved slike institusjoner gis etter avtale med det regionale helseforetaket anses det som yttelse fra spesialisthelsetjenesten. I alle regionale helseforetak er det en regional vurderingsenhet som håndterer og vurderer henvisninger til private rehabiliteringsinstitusjoner. Samarbeidet med private institusjoner kan karakteriseres som et oppdragsgiver-/leverandørforhold. De private institusjonene omfattes ikke av de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune. Dette påpekes av bruker- og interesseorganisasjonene som en svakhet. Samarbeidet reguleres av oppdragsavtalen som er inngått mellom aktørene. I veilederen anbefales det at private som yter tjenester etter avtale med spesialisthelsetjenesten bør delta i utarbeidelsen av avtaler. Basert på intervjudata er ikke dette tilfellet.

5.5.2 Private rehabiliteringsinstitusjoner

Som vist i kapittel 4. om utvikling av kapasitet og kompetanse under Opptappingsplanen er private institusjoner som tilbyr habiliterings- og rehabiliteringstjenester stadig viktigere for habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i Norge, målt i pasienter behandlet. De sitter også på spesialistkompetanse innen ulike habiliterings- og rehabiliteringsbehov.

I gruppeintervju med representanter for arbeidsgiverorganisasjoner, hvori mange private institusjoner er organisert, fremgikk det at de private institusjonene opplever at de ofte blir glemt og utelatt i forbindelse med utviklingsarbeid innen fagfeltet. Institusjonene opplever at de sitter på en betydelig spisskompetanse innen forskjellige og spesialiserte behandlingstilbud. De følgende innspillene fra gruppeintervjuene og intervju med representanter fra arbeidsgiverforeningen er spesielt relevante:

- ✓ Innen kompleks rehabilitering kreves det kompetanse og ressurser som det ikke nødvendigvis er hensiktsmessig at kommunene skal bygge opp kompetanse og kapasitet for å håndtere. Særlig gjelder dette lite utbredte diagnoser og tilfeller der behovet for intensiv opptrening er stort.
- ✓ Hva gjelder habilitering så er samhandlingen med det lokale viktig. Habilitering handler primært om barn og unge som trenger tjenester integrert på dagliglivets arenaer. Ethvert tiltak må ha lokal forankring. Det er viktig at lokal tilknytning og samhandling styrkes.
- ✓ Hva gjelder forskning og utvikling vises det til at det kan gjøres og blir gjort mye blant de private.
 - Behovet for å vinne rammeavtaler medfører at de private institusjonene jobber mye for å ligge faglig i front.
 - Det pekes særlig på behovet for å jobbe med kostnadsanalyser. Herunder har Spekter bestilt en analyse som er den eneste rapporten evaluator er kjent med som har gått inn på samfunnsøkonomiske nytteverdier av habilitering og rehabilitering (se omtale i kapittel 6. (avsnitt om Kost-nytte vurderinger)
- ✓ Det er opplevd et behov for mer standardiserte data og bedre dokumentasjon innen feltet. Dette er særlig knyttet til å opparbeide kunnskap om ulike rehabiliteringstilnærminger og metoder og basert på kliniske resultater. En utfordring er at det ikke er utpekt en «dataeier» på feltet og følgelig blir det krevende å bruke data på en systematisk og adekvat måte.
- ✓ De private institusjonene opplever at de i større grad kunne vært inkludert i nasjonale møteplasser, som Helse-sør østs rehabiliteringskonferanse, selv om de er med.

Det blir også gitt uttrykk for at en del reformer ikke følges opp med ressurstilførsel som står i stil med reformenes ambisjoner.

5.6 Organiseringen av koordinerende enhet i helseforetakene

Kravet om å ha en koordinerende enhet løses på forskjellig måter i helseforetakene. Mange helseforetak opplever utfordringer i koordineringsfunksjonen grunnet fragmentering i tjenestene og manglende synlighet av koordineringsfunksjonen internt i helseforetaket. Helseforetakene finner det også utfordrende å ha en oversikt over tjenestetilbudet i kommunene.

I dette avsnittet redegjøres det for organiseringen av koordinerende enhet i helseforetakene. Vi viser at koordinerende funksjon må forstås som en funksjon heller enn en enhet og at det er ulikt organisert i de forskjellige helseforetakene. Vi viser også at det oppleves som krevende for de koordinerende enhetene å ha tilstrekkelig oversikt over tilbudet i kommunene innen habilitering og rehabilitering.

Det er koordinerende enheter både på HF-nivå og RHF-nivå. De regionale koordinerende enhetene (RHF) har etablert en samhandlingstruktur via koordinerende enhet i helseforetaket (HF) og videre ut til koordinerende enheten i kommunene. Den regionale koordinerende enheten har en veiledende rolle, og de har etablert informasjonssider på internett om tilgjengelig tilbud innen spesialisthelsetjenesten. Den regionale koordinerende enheten har også blant annet etablert en nasjonal rehabiliteringstelefon, som omtalt ovenfor.

Koordinerende enhet omtales som en "enhet", men må forstås som en funksjon. I regelverket stilles det ingen krav til hvordan denne enheten skal organiseres. Helseforetakene kan fritt plassere og organisere enheten i sin organisasjon etter hva de selv finner hensiktsmessig, og vi så ovenfor hvordan case kommunene hadde funnet forskjellige løsninger på dette. Men forutsetningen er at koordinerende enhet, uavhengig av hvordan den organiseres, ivaretar sin lovpålagte funksjon.

I veilederen heter det at det må legges vekt på at koordineringsfunksjonen skal være synlig og etablert, slik at det er mulig å ta imot henvendelser. Videre fremgår det av veilederen at det kan være hensiktsmessig å legge koordinerende enhet til samhandlingsenheten fordi dette blant annet sikrer god lederforankring. Alternativet kan være å organisere enheten i en fagavdeling, men da må det tydeliggjøres særskilt i organisasjonen at den ivaretar en funksjon for hele foretaket.

I case-helseforetakene er det forskjellige tilnærminger til organisering av koordinerende enhet. Helseforetakene har organisert enheten enten i en samhandlingsavdeling eller i en fagavdeling. Ett av helseforetakene har organisert koordinerende enhet i rehabiliteringsavdelingen, med formål å etablere et koordinerende utvalg med en representant i hver klinikk. Ifølge helseforetaket, har de ikke lyktes med dette på grunn av manglende lederforankring. Et annet helseforetak har organisert enheten i en

samhandlingsenhet, men påpeker at det kan være vanskelig å nå ut til og å bli inkludert i prosessene i fagavdelingene. Flere av case-helseforetakene har oppgitt i intervju at implementering av koordinatorrollen har vært utfordrende. Dette skyldes i hovedsak fragmentering i tjenestetilbudet ved sykehusene og manglende lederforankring av koordinatorrollen på tvers av tjenestene.

Basert på intervjudata kan det fremstå som at å organisere koordinerende enhet i en samhandlingsavdeling sikrer god lederforankring, men det kan da være vanskelig å synliggjøre funksjonen i fagavdelingene. I de tilfellene hvor koordinerende enhet organiseres i en fagavdeling er enheten synlig i tjenesten, men det er en risiko for at manglende lederforankring kan føre til at enhet ikke kan utføre sitt mandat på en hensiktsmessig måte. Uavhengig av hvordan koordinerende enhet organiseres erfarer vi at synliggjøring av enhetens funksjon er et forbedringsområde i helseforetakene.

Basert på intervjudata fremgår det at koordinerende enhet ved helseforetakene har en oversikt over habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i helseforetaket. Dette gjelder både tilbudet i regi av helseforetaket og i regi av private tjenesteytere.

I intervju med koordinerende enhet i helseforetakene fremkommer det imidlertid at det er en utfordring at helseforetaket ikke kjenner til habiliterings- og rehabiliteringstilbudet i kommunene. Dette gjelder tjenestetilbudet, kapasiteten og kompetansen i kommunene. Flere av de koordinerende enhetene i helseforetakene vi har intervjuet, har forsøkt å lage en oversikt over tilbudet i kommunene, men mislykkes fordi oversikten fort blir utdatert på grunn av hyppige endringer i kommunenes tjenestetilbud.

Flere har laget en oversikt over kontaktpunkter i koordinerende enhet i kommunene. I intervju med helseforetakene svarer alle at de må ringe kommunen eller se på nettsiden til kommunene for å få klarhet i hvilket tjenestetilbud kommunen har på feltet. De fremhever at dette kan være krevende fordi ikke alle kommuner har oppdaterte hjemmesider. Flere helseforetak oppgir i intervju at de skriver ut pasienter som har behov for et tilbud i kommunen uten å vite om den aktuelle kommunen evner å tilby aktuell tjeneste til pasienten.

5.7 Rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

En klar rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste er svært viktig for god tjenestelevering innen habilitering og rehabilitering. Det er lovpålagte samarbeidsavtaler mellom tjenestene men tjenestelevering som involverer begge tjenester har fremdeles utfordringer som er knyttet til manglende rolle og ansvarsavklaringer mellom aktørene. Spesielt brukermedvirkning er en utfordring. Brukerorganisasjoner rapporterer lav grad av brukermedvirkning i utvikling av tjenestetilbud og store utfordringer i overganger fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.

Rolle- og ansvarsfordeling, herunder et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har vært et av målene med samhandlingsreformen. Målet om gode pasientforløp og rolle- og ansvarsavklaring mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner er dermed ikke noe nytt, men et tema som har vært aktuelt over lengre tid.

Nasjonal Veileder for Oppfølging av personer med store og sammensatte behov sier det følgende om organisering av samarbeidet:

«I det lovpålagte samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten bør helhetlig og koordinert oppfølging av personer med store og sammensatte behov jevnlig være på dagsorden. Kommunene bør etterspørre kompetanse fra spesialisthelsetjenesten på fagområder hvor det ikke er naturlig å ha spisskompetanse på kommunalt nivå. Det må utvikles god praksis for gjensidig veiledning.»

Den samme veilederen vektlegger videre rollen til fastlegen:

«Fastlegen må fremstå som en integrert del av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Det må sikres at personer med omfattende behov for tjenester får nødvendige medisinskfaglige tjenester. Fastlegen har det medisinskfaglige koordineringsansvaret for pasienter på sin liste.»

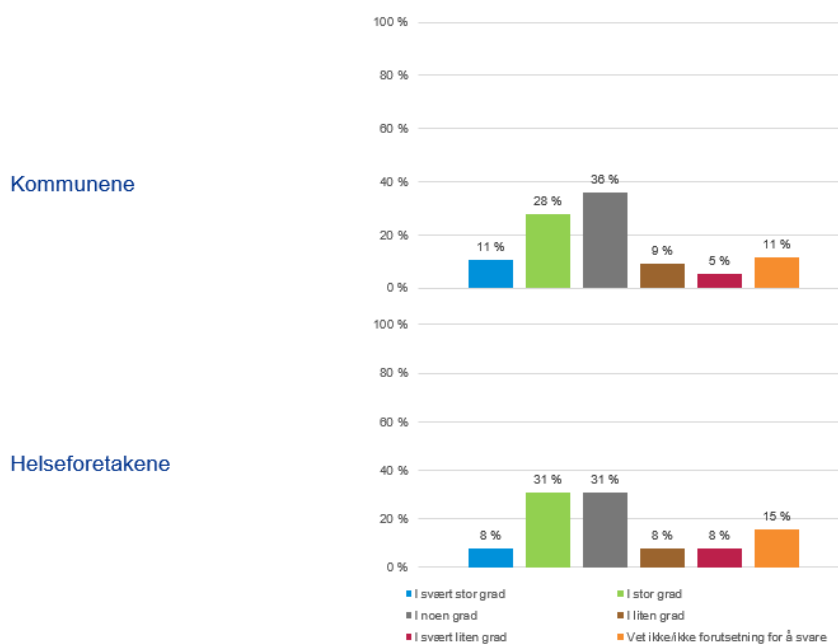
Rollen til fastlegen kom derimot sjelden opp i intervju med spesialisthelsetjenesten og kommunene. Dette er sannsynligvis et tema som burde få nærmere oppfølging.

5.7.1 Roller, ansvar og samarbeid på systemnivå

Helse- og omsorgstjenesteloven forplikter kommuner og spesialisthelsetjenesten til å inngå samarbeidsavtaler for å bidra til at pasienter mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Samarbeidsavtalene er ikke spesifikt for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, men skal dekke hele tjenestespektret, herunder habilitering og rehabilitering. Samarbeidsavtalene skal omfatte retningslinjer for samarbeid i tilknytning til habilitering og rehabilitering for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til pasienter med behov for koordinerte tjenester. Også avklaring av ansvar og oppgaver skal beskrives i samarbeidsavtalene, heri er det flere delavtaler med tema som har klar relevans for habilitering og rehabilitering. Det overordnede formålet med samarbeidsavtalene er å sikre nødvendig samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner. Samarbeidsavtalene mellom spesialisthelsetjenesten og kommune kan være et nyttig verktøy for å avklare roller og ansvar mellom aktørene.

Av spørreundersøkelsen fremgår det at kommunene og spesialisthelsetjenesten er relativt samstemte på spørsmål om hvorvidt slike samarbeidsavtaler er utarbeidet mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Figurene under viser videre at det råder en oppfatning om en betydelig andel respondenter opplever at det i noen grad og i stor grad er utarbeidet samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner hvor habilitering og rehabilitering beskrives.

Figur 7 I hvilken grad er det utarbeidet samarbeidsavtaler mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten hvor habilitering og rehabilitering beskrives?

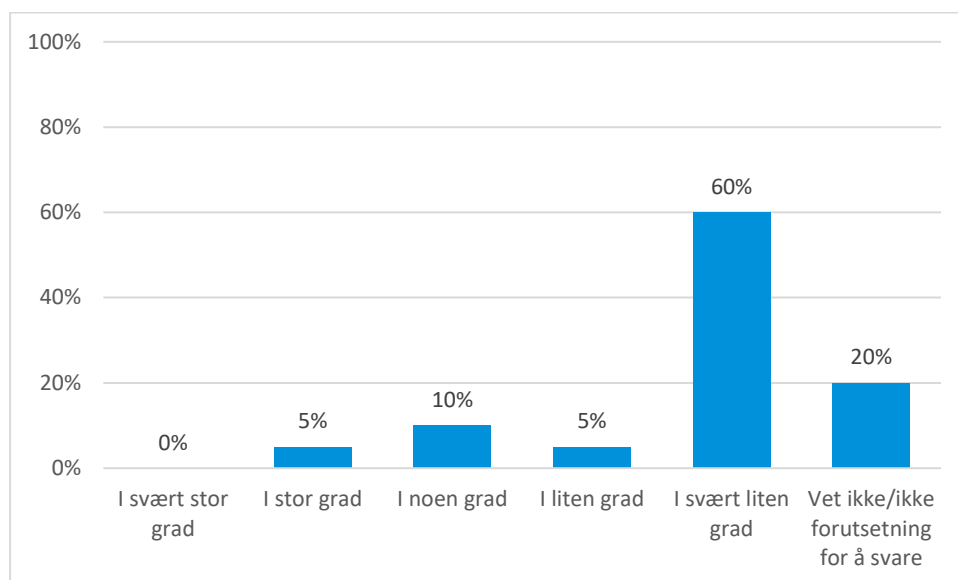


Selv om samarbeidet er forankret i en avtale er tilbakemeldingen i intervju fra kommuner og spesialisthelsetjenesten at det er utfordrende med gode pasientforløp og dette kan delvis skyldes manglende rolle- og ansvarsavklaring mellom aktørene.

Private tjenesteutøvere som utfører habiliterings- og rehabiliteringsbehandling på oppdrag fra helseforetakene omfattes ikke av samarbeidsavtalene. Av spørreundersøkelsen fremgår det at blant de private institusjonene, på spørsmål om i hvilken grad det er utarbeidet samarbeidsavtaler mellom

kommunen og private virksomheter hvor habilitering og rehabilitering tilbys. oppfatter 60 % at dette i svært liten grad er utarbeidet. 5 % oppgir i liten grad, 5 % i stor grad mens 10 % oppfatter det i noen grad. Resten (20 %) oppgir å ikke ha forutsetning for å svare.

Figur 8 I hvilken grad er det utarbeidet samarbeidsavtaler mellom kommunen og private virksomheter hvor habilitering og rehabilitering beskrives?



5.7.2 Roller,-ansvar og samarbeid på individnivå og brukermedvirkning

På individnivå har forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator en egen bestemmelse om det regionale helseforetakets sine plikter i forhold til rådgivning, veiledning og samarbeid overfor kommunene. Det regionale helseforetaket skal sørge for råd og veiledning til kommunene i enkeltsaker, samarbeid med kommunene om opplegg for den enkelte bruker og utarbeiding av individuell plan. Habiliterings- og rehabiliteringstjenestene skal gis ambulant dersom det ikke er hensiktsmessig å yte de ved institusjon.

Rett til å medvirke er en grunnleggende pasient- og brukerrettighet. Rettigheten er lovfestet i blant annet pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 4. Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal sørge for at brukere kan medvirke ved gjennomføring av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud, dvs. medvirke i planlegging utforming utøvelse og evaluering av tilbudet.

I opptrappingsplanen står det at utviklingen i helse- og omsorgstjenesten har i for liten grad lagt vekt på hvilke ønsker og muligheter brukerne selv har til å delta i å planlegge og gjennomføre tjenesteyting og aktivt bidra til å gjenopprette eller forbedre sitt funksjonsnivå. Videre står det at til tross for at brukermedvirkning har vært en målsetting gjennom mange år, er dette i ulik grad implementert i tjenesten.

I nasjonal helse- og sykehusplan går det frem at regjeringen vil styrke brukermedvirkning gjennom en aktiv rolle hvor pasientene har lett tilgang til, forstår og bruker informasjon om helse og sykdom, har egen journal, opplever likeverdighet i møte med helsepersonell, er med å ta beslutninger om egen helse og er med å utvikle helsetjenesten.

Brukermedvirkning på individnivå innebærer i utgangspunktet at de som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, skal gis innflytelse på utformingen av tjenestene. Et verktøy for brukermedvirkning er individuell plan og koordinator. Dette er omtalt tidligere i rapporten. Utover retten til å medvirke og retten til individuell plan og koordinator, er det få spesifiserte metoder som sier noe om hvordan kommuner og spesialisthelsetjenesten skal sikre brukermedvirkning på individnivå.

I intervju har alle casekommunene- og helseforetakene oppgitt at brukermedvirkning er et kontinuerlig arbeid som har pågått over lengre tid, uavhengig av opptrappingsplanen. Flere kommuner mener at

fokus på brukermedvirkning har blitt styrket de siste årene, og at dette skyldes føringer fra ledelsen i kommunen. I intervju er det få informanter fra kommuner og spesialisthelsetjenesten som har oppgitt at brukermedvirkning i tjenesten har blitt styrket som følge av opptrappingsplanen.

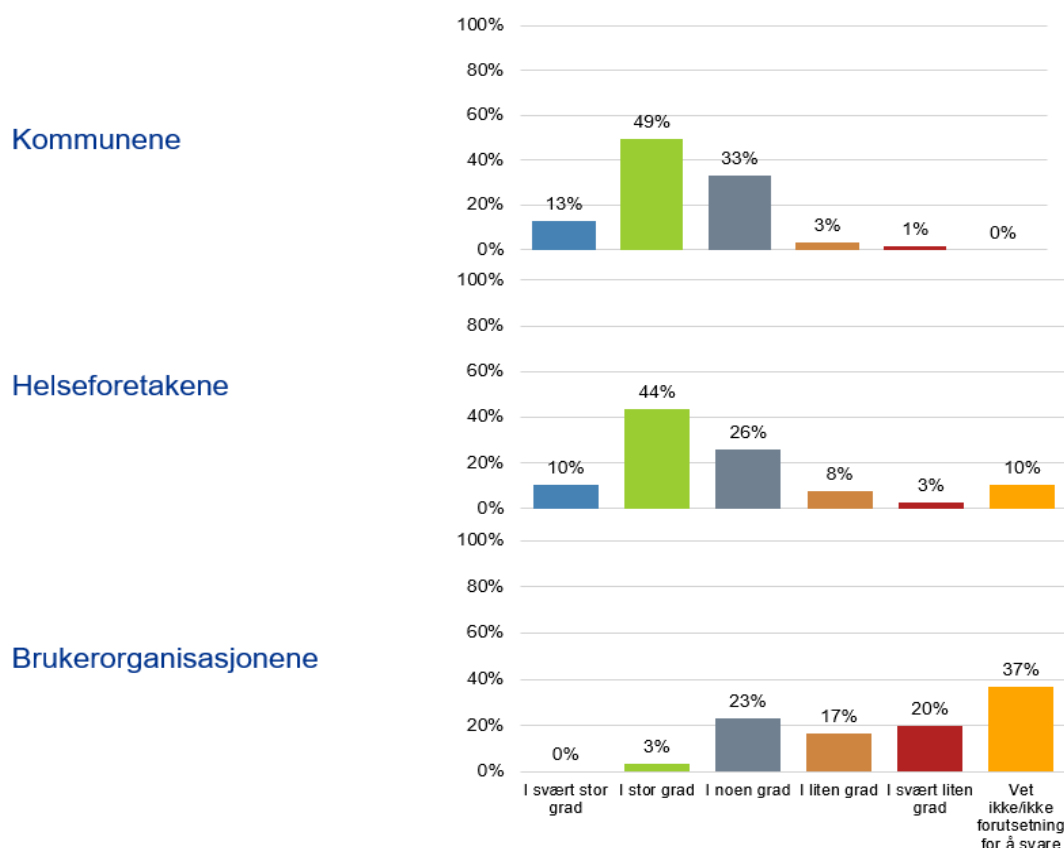
Gjennom satsingen gode pasientforløp er det arbeidet med systematikk i tilnærmingen til "hva er viktig for deg". Å arbeide ut i fra tankesettet "hva er viktig for deg" er implementert i mange kommuner. Dette innebærer at bruker skal settes i sentrum og kommunen skal i samråd med bruker arbeide med målsetning og tiltak for å nå disse målene. Her benyttes et kartleggingsskjema som omtales som "hva er viktig for deg skjema," hvor bruker registrerer sine mål og tiltak for å nå disse.

Flere kommuner oppgir at premisset for "hva er viktig for deg" er at brukere ønsker å medvirke i tjenestetilbudet. Brukerorganisasjonene sa i gruppeintervju at flere brukere følte det stressende å få for mye ansvar for egen behandling. I hvilken grad brukeren ønsker å medvirke kan være avgjørende for effektiv brukermedvirkning på individnivå. I den grad brukeren opplever endret behov, som for eksempel en følge av endring i funksjon, oppgir flere kommuner at de tilpasser brukermedvirkning deretter. Det er imidlertid uklart om denne praksisen er satt i system.

Siden det ikke er standardiserte metoder for å sikre brukermedvirkning er det i stor grad opp til aktørene selv å sikre dette på en hensiktsmessig måte og i tråd med gjeldende regelverk. I intervju oppgir flere kommuner at de gjennomfører inntakssamtaler med bruker før vedtakskontoret tildeler tjenester. Det er i hovedsak ansatte ved vedtakskontoret som gjennomfører disse samtalene. Formålet med samtalene er å supplere eventuell informasjon fra spesialisthelsetjenesten, sikre brukermedvirkning, og innhente informasjon fra brukeren slik at vedtakskontoret har et bedre beslutningsgrunnlag når de fatter vedtak.

Noen kommuner oppgir i intervju at de har en kartleggingsprosess som foregår samtidig som behandlingen i en avgrenset periode. Dette innebærer at brukeren mottar tjenester i en avgrenset periode slik at helsepersonell får muligheten til å observere brukeren før vedtakskontoret fatter vedtak om tildeling av tjenester. Dette bidrar til å få en helhetlig forståelse av brukerens behov før kommunen tildeler tjenester. Denne metoden bidrar til å sikre brukermedvirkning, men også øker sannsynligheten for å tildele riktige tjenester.

Figur 9 I hvilken grad legger tjenestene til rette for at pasienter og brukere medvirker i utviklingen av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud?

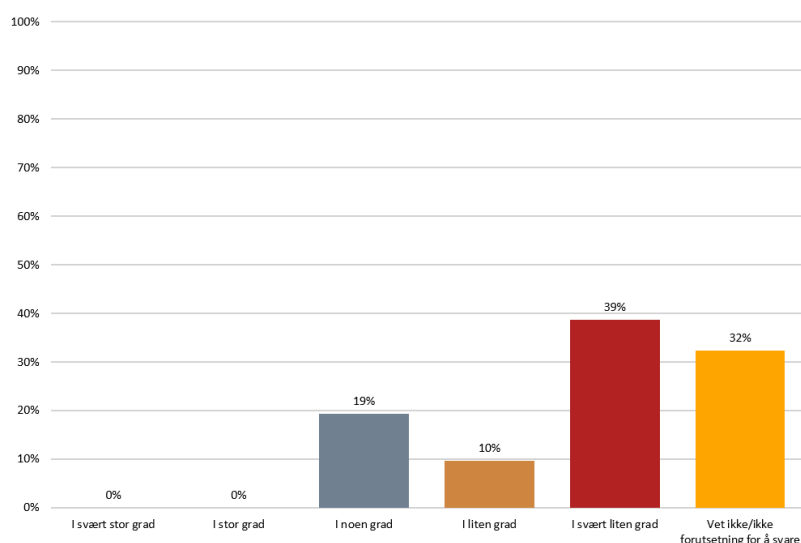


I spørreundersøkelsen mener kommunene at de stor grad legger til rette for at pasienter og brukere medvirker i utviklingen og evalueringen av eget habiliterings- og rehabiliteringstilbud. Det samme er tilbakemeldingen fra helseforetakene. Bruker- og interesseorganisasjoner er imidlertid ikke enige i kommuners og helseforetaks egen oppfatning om hvor gode de er til å legge til rette for brukermedvirkning.

I helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 er det presisert at pasient- og brukerorganisasjoner skal medvirke i arbeidet med samarbeidsavtalene mellom kommuner og helseforetak. Overordnet er det også hensiktsmessig om bruker- og interesseorganisasjoner medvirker i utviklingen av tjenestetilbudet, for eksempel ved å gi innspill til kommunalt planverk og delta i nettverkssamlinger eller andre arenaer hvor tjenesteyterne møtes.

Vi stilte også spørsmål om i hvilken grad kommunen og spesialisthelsetjenesten samarbeider med brukerorganisasjoner i forbindelse med utviklingen av habiliterings- og rehabiliteringstilbudet. Figuren under viser fordelingen av svar i denne forbindelse.

Figur 10 I hvilken grad samarbeider kommunen og spesialisthelsetjenesten med brukerorganisasjoner om utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstilbud?



Figuren over viser at bare 19 % av respondentene fra brukerorganisasjonene opplever at de i noen grad samarbeider med kommunen og spesialisthelsetjenesten. 49 % opplever i liten eller svært liten grad det samme mens 32 % oppgir at de ikke vet eller ikke har forutsetning for å svare. I intervju med organisasjonene fortalte flertallet at det er tilfeldig i hvilken grad organisasjonene blir involvert i de forskjellige kommunene. De fleste pasient- og brukerorganisasjonene vi har snakket med opplever imidlertid å bli inkludert på nasjonalt nivå, for eksempel ved å gi høringsuttalelser til nytt eller endringer i regelverk.

På systemnivå har kommunene også en plikt til å sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste. Alle kommuner skal ha et råd for personer med funksjonsnedsettelse, elderråd og ungdomsråd. Råd for personer med funksjonsnedsettelser er et rådgivende medvirkningsorgan. Formålet med organet er at rådet skal bidra til å sikre en bred, åpen og tilgjengelig medvirkning i saker som gjelder personer med funksjonsnedsettelser.

Alle kommunene vi har snakket med har lovpålagt råd for personer med funksjonsnedsettelse. Det er likevel uklart i hvilken grad rådene bidrar til å sikre en bred, åpen og tilgjengelig medvirkning i saker som gjelder personer med funksjonsnedsettelse. I intervju med bruker- og interesseorganisasjoner fremgår det at rådets funksjon og påvirkning kan være forskjellige fra kommune til kommune. I casekommunene er det kjent blant ansatte at det finnes et råd for personer med funksjonsnedsettelser, men det er i liten grad tydelig for de ansatte hvilken rolle og funksjon rådet har.

Kommunene skal også sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten heter det at virksomheten har plikt til å ha oversikt over brukererfaringer. Dette kan for eksempel gjøres ved å gjennomføre brukerundersøkelser. Få kommuner oppgir i intervju at de gjennomfører brukerundersøkelser blant rehabiliterings- og habiliteringspasienter. I den grad det er gjennomført brukerundersøkelser er vår erfaring at det er risiko for at resultatet ikke er kjent blant ansatte.

Vi spurte også kommuner, helseforetak og brukerorganisasjoner om i hvilken grad de fra helseforetakenes og kommunenes side opplever å legge til rette for at pasienter og brukere medvirker i evalueringen av tilbudet de mottar mens brukerne ble spurt om i hvilken grad de opplever å få ta del i en slik evaluering. Tabellen under presenterer besvarelsene.

Tabell 19: Aktørenes opplevelse av i hvilken grad de selv legger til rette for at pasienter og brukere medvirker i evaluering av tilbudet de mottar (kommuner og helseforetak); og i hvilken grad brukere opplever å få ta del i evaluering av tilbudet de mottar (brakerorganisasjonene).

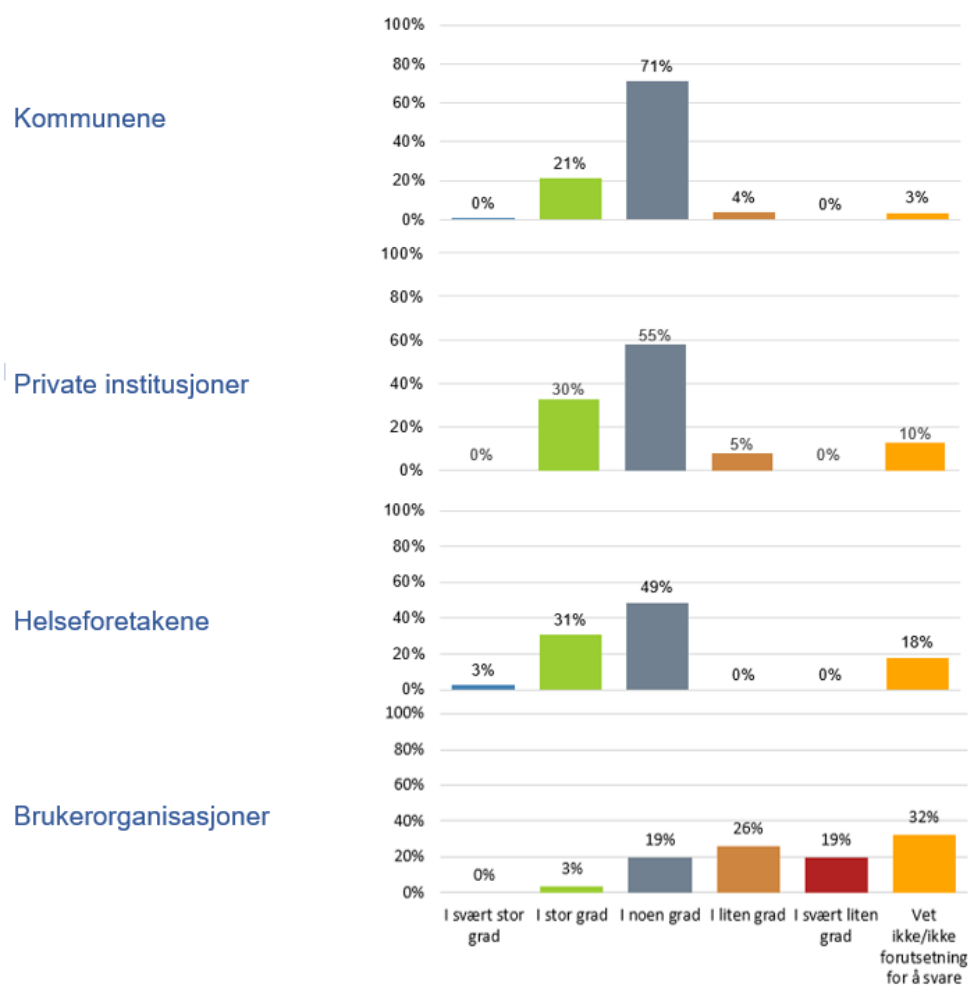
	I svært stor grad	I stor grad	I noen grad	I liten grad	I svært liten grad	Vet ikke/ ikke forutsetning for å svare
Kommuner	7 %	40 %	43 %	7 %	2 %	1 %
Helseforetak	5 %	26 %	46 %	10 %	5 %	8 %
Brakerorganisasjoner	0 %	3 %	10 %	20 %	27 %	40 %

Tabell 19 illustrerer et ganske lignende bilde som vi har sett for flere av vurderingene. Kort oppsummert er helseforetakene og kommunene mer fornøyd med sin tilrettelegging for medvirkning i evaluering av tilbudet brukerne mottar enn hva brukerne er.

5.7.3 Overganger fra spesialist til primærhelsetjenesten

Av spørreundersøkelsen fremgår det at både kommunene og spesialisthelsetjenesten opplever overgangene fra spesialist til primærhelsetjenesten som god. Figur 22 under, viser at andelen som svarer i stor grad og som ikke oppfatter å ha forutsetning for å svare er større i helseforetakene enn blant kommunene. Samtidig er det en betydelig høyere andel «midt på treet» svar i kommunen som tyder på at de på det jevne er noe mindre fornøyd med overgangene fra spesialist-helsetjenesten til primærhelsetjenesten. Vi ser av svarene fra private institusjoner at de i stor grad sammenfaller med svarene fra helseforetakene. Svarene fra brukerorganisasjonene, på den andre siden, støtter ikke opp om de relativt positive vurderingene fra de som har ansvar for tjenestene. Bare 13% svarer at de overgangene fungerer godt i stor eller noen grad. Hele 57% svarer at de fungerer godt i liten eller svært liten grad.

Figur 22 I hvilken grad oppleves en god overgang fra spesialist- til primærhelsetjenesten?



Informasjon fra intervjuer og gruppeintervjuer støtter opp om den mer negative vurderingen. Spesielt respondenter fra tjenesteleveringsnivå i kommunene og fra brukerorganisasjonene var enige om at overgangen fra spesialist- til primærhelsetjenesten kan være utfordrende. Rehabiliteringsteam i to av case kommunene fortalte at de som regel ble kontaktet kun kort tid før de mottok en ny pasient, og i noen tilfeller mottok informasjon om deres behov kun i etterkant.

6. Planlegging og levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester

Dette kapitlet beskriver planlegging og levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester. Dette dekker utarbeidelse av planer, operasjonaliseringen av individuell plan og koordinator, tverrfaglig samarbeid og oppfølging av brukere med store behov, samt ambulante tjenester, ambulerende tjenester og kost-nytte vurderinger.

6.1 Kommunal planlegging av habilitering og rehabilitering

Andelen kommuner som har en plan for habilitering og rehabilitering har gått opp under Opptrappingsplanen. Kommunene har i liten grad involvert spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjonene i utarbeidelsen av planer.

I dette kapitlet redegjør vi for formålet med en plan for habilitering og rehabilitering samt det juridiske grunnlaget for planene. Vi viser også statistikk fra spørreundersøkelsen og SSB hva gjelder andelen av norske kommuner som har vedtatt plan for habilitering og rehabilitering og viser utviklingen over tid.

6.1.1 Formålet med plan for habilitering og rehabilitering

Formålet med å ha en plan for habilitering og rehabilitering er å sikre planlegging av habiliterings- og rehabiliteringsaktiviteten i kommunen. Å sikre planlegging innebærer at kommunen må ha oversikt over og beskrive virksomhetenes mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Kommunen må videre innhente informasjon og kunnskap til å planlegge arbeidet på feltet. Dette innebærer å beskrive dagens tjenestetilbud, kompetanse og dagens og fremtidig behov. Ved å ha kunnskap opp dette kan kommunene planlegge og sette konkrete mål for utvikling av tjenestene. Gjennom å kartlegge disse faktorene kan kommunen også se og synliggjøre risiko for svikt eller mangel ved tjenestetilbudet og kompetansen i virksomheten.

Veilederen anbefaler at planen innarbeides i kommunenes helhetlige planstruktur. Formålet med dette er å synliggjøre sammenhenger mellom tjenestene på tvers av nivåer og sektorer. Dette er hensiktsmessig fordi kommunen kan, på overordnet nivå, konkretisere hvordan de skal realisere mål om helhetlige og koordinerte tjenester. Hvis kommunen integrerer planverket i den helhetlige planstrukturen kan tiltakene i planen knyttes opp mot økonomiplanen.

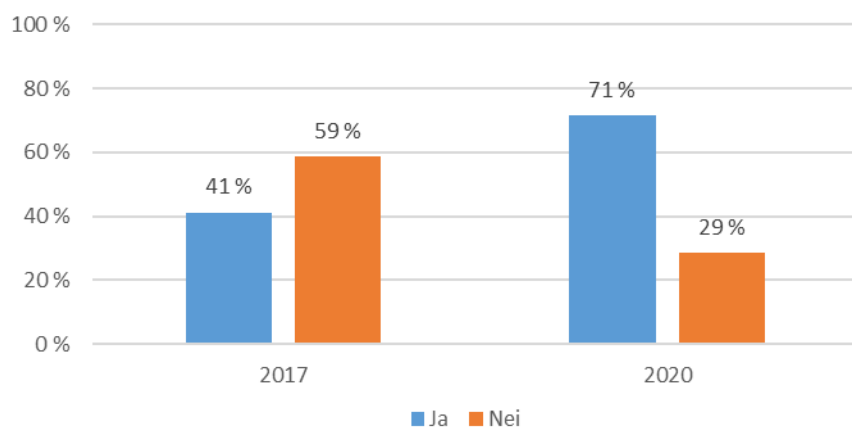
Hvis en kommune velger å lage en egen plan for habilitering og rehabilitering bør det tydeliggjøres og synliggjøres i planen hvordan delplanen inngår i den helhetlige planstrukturen i kommunen.

I det søknadsbaserte tilskuddet i opptrappingsplanen legges det vekt på at kommunene i søknaden skal beskrive målsetninger for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet og hvordan de arbeider med å utvikle tjenestene. Målsetninger og utviklingsarbeid på feltet bør være nedfelt i et plandokument.

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 5 heter det at kommunene skal planlegge sin habiliterings og rehabiliteringsvirksomhet. Dette kan gjøres gjennom å politisk vedta en plan for området, eventuelt omtale habilitering og rehabilitering i den overordnede helse- og omsorgsplanen i kommunen. Det sentrale er at habiliterings- og rehabiliteringsvirksomheten skal planlegges. Plikten til å planlegge følger også av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring § 6.

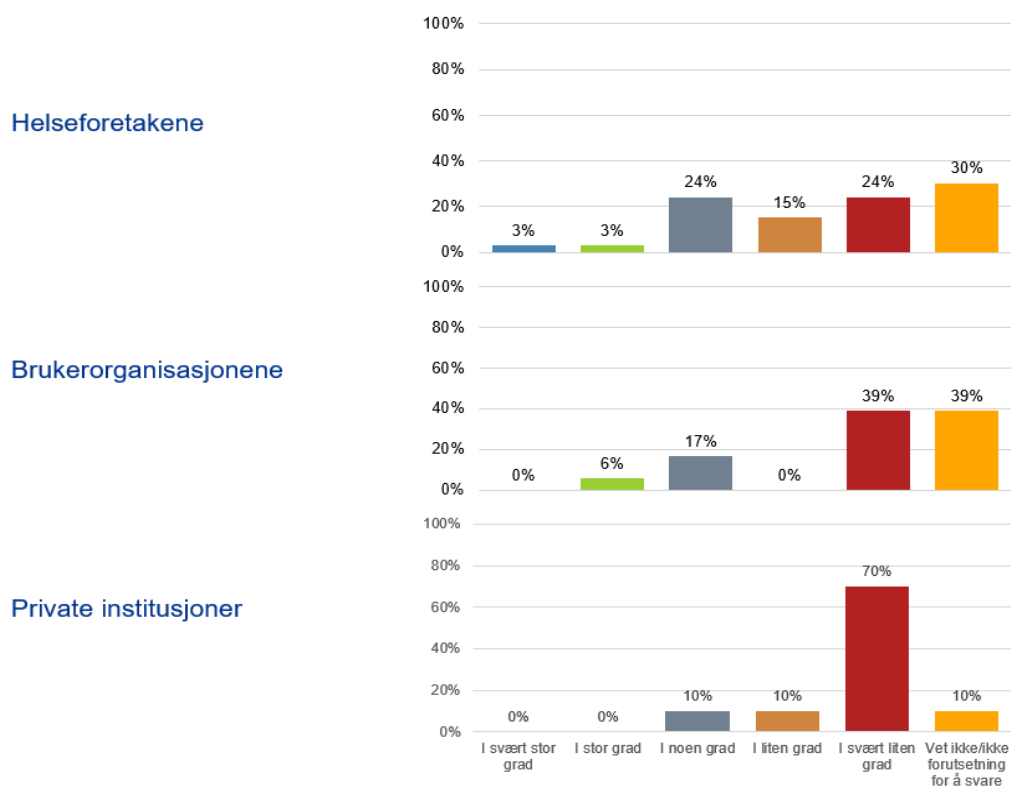
I midtveis evalueringen av opptrappingsplanen kommer det fram at 41% av kommunene hadde en plan for habilitering og rehabilitering i 2017. I 2018 var det 57 % av kommunene som ga tilbakemelding om at de hadde en plan. Av vår spørreundersøkelse fremgår det at 71 % av kommunene oppgir at de har en plan for habilitering og rehabilitering (se figur 23). I følge KOSTRA, som registrerer andel av kommuner som bare registrerer politisk vedtatte planer, hadde 53% av kommunene en plan som var politisk vedtatt i 2019 (se tabell 18 i kapittel 5.3, over).

Figur 23 Aantall kommuner med plan for habilitering og rehabilitering i 2017 og 2020



Figuren under viser hva respondenter fra helseforetak og brukerorganisasjoner har svart på spørsmål om i hvilken grad henholdsvis spesialisthelsetjenesten og brukerorganisasjoner har vært involvert i utforming av planene for habilitering og rehabilitering i kommunene de jobber med.

Figur 24 I hvilken grad har spesialisthelsetjenesten / brukerorganisasjoner / private institusjoner vært involvert i utforming av planen(e)?



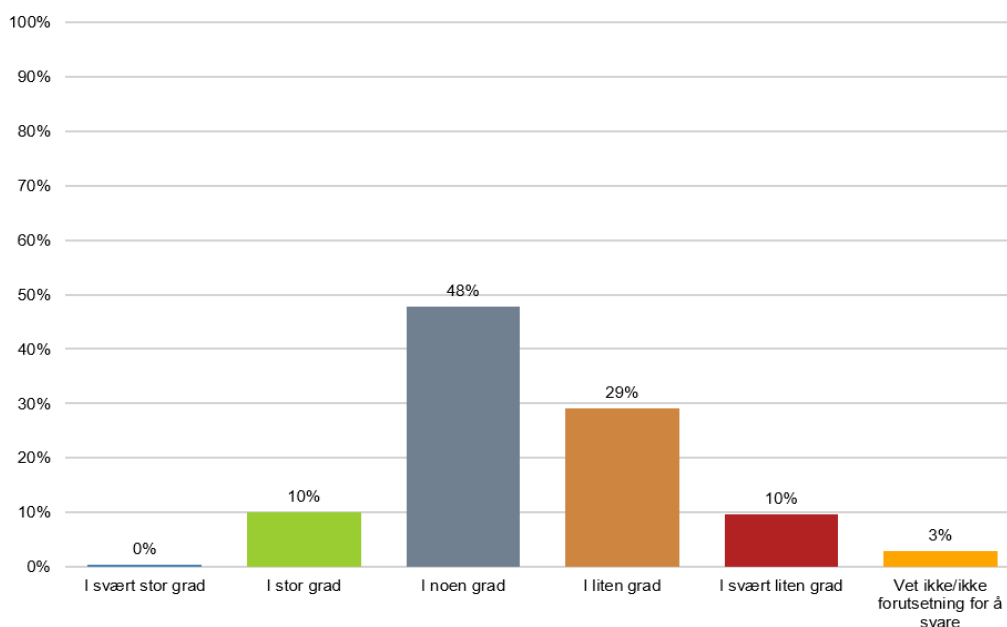
Det fremgår av figuren over at verken helseforetakene eller brukerorganisasjonene opplever å ha vært involvert i stor grad. I tillegg fremgår det at en relativt stor andel av begge ikke finner at de har forutsetning for å svare eller er usikre. Blant de private institusjonene er det en klar overvekt som mener de i svært liten grad har vært involvert i utforming av planene.

Flere kommuner har oppgitt i intervju at de har et samarbeid med brukerorganisasjoner, men få oppgir at det er et formalisert samarbeid. I spørreundersøkelsen er tilbakemeldingen fra kommunene at de i liten grad samarbeider med brukerorganisasjoner om utviklingen av kommunenes habiliterings- og rehabiliteringstilbud.

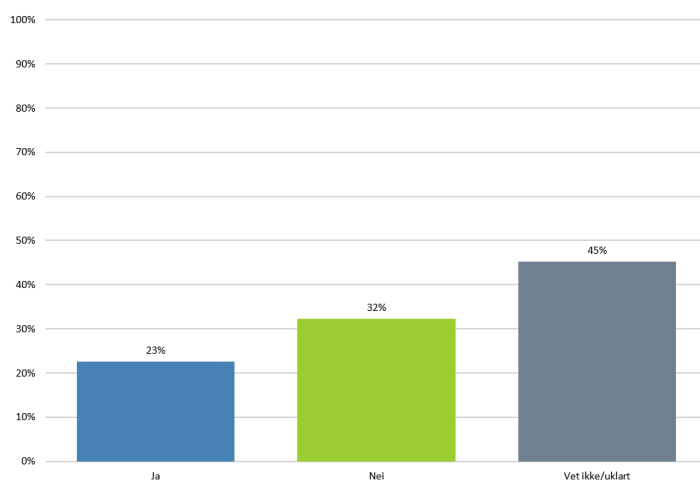
Besvarelsene av spørreundersøkelsen fra bruker- og interesseorganisasjoner viser at involvering av aktørene i utviklingen av kommunenes habiliterings- og rehabiliteringstilbud må kunne sees på som et forbedringsområde.

Figur 25 viser at kommunene ikke oppleves å samarbeide med brukerorganisasjoner i stor grad. Den største andelen av besvarelsene oppgir at de i noen grad opplever samarbeid i denne forbindelse mens om lag 39 % i liten og svært liten grad opplever at kommunen samarbeider med dem. 10 % oppgir at de oppfatter at kommunen i stor grad eller svært stor grad samarbeider med dem om dette.

Figur 25 I hvilken grad samarbeider kommunen med brukerorganisasjoner om utvikling av kommunens habiliterings- og rehabiliteringstilbud?



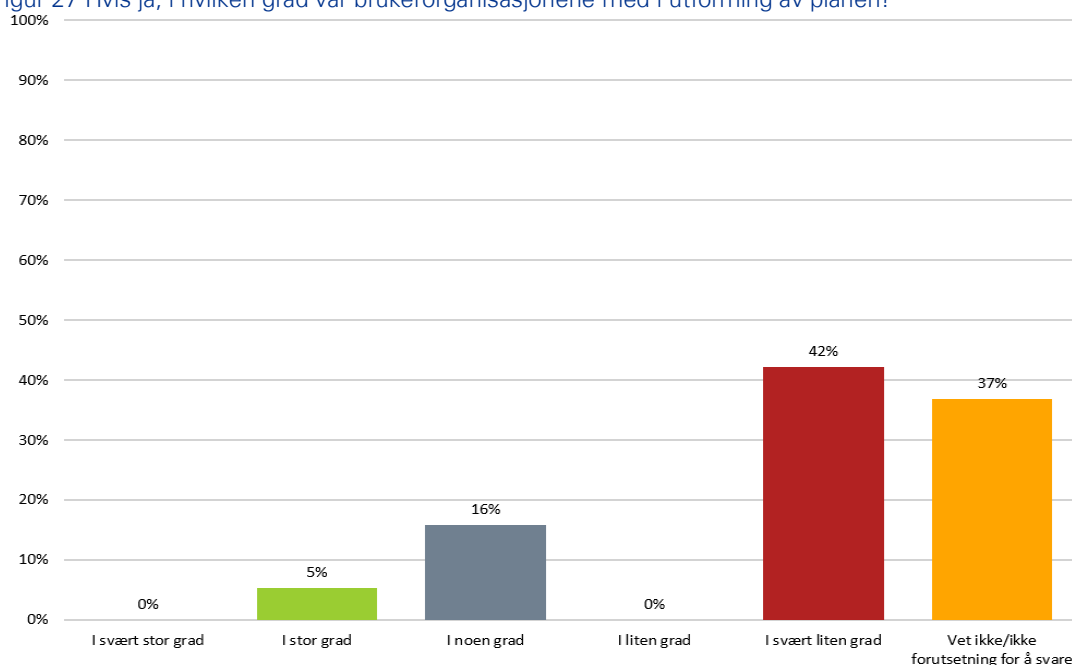
Figur 26 Kjenner du til om kommunen har en plan for habilitering og rehabilitering



Det ble også stilt spørsmål om brukerrepresentantene er kjent med at kommunen har en plan for habilitering og rehabilitering. Svarfordelingen fremkommer av figuren under, som viser at 22 % av brukerrepresentantene er kjent med at kommunen har en plan for habilitering og rehabilitering, mens 77 % svarte nei eller at de ikke vet.

For de som svarte «ja», ble det stilt oppfølgende spørsmål om i hvilken grad brukerorganisasjonene hadde vært involvert i utformingen av planen. Figuren under illustrerer svarfordelingen

Figur 27 Hvis ja, i hvilken grad var brukerorganisasjonene med i utforming av planen?



Av figuren over fremgår det at kun 5 % av respondentene oppga at de i stor grad opplevde å ha vært med i utformingen av planen. 16 % opplevde å ha vært med i noen grad mens 42 % opplevde å ha vært involvert i svært liten grad. Samme andel oppga at de ikke har forutsetning for å svare som her med rimelighet kan tolkes som at de som besvarte undersøkelsen med «vet ikke» neppe har vært involvert i utforming av planen.

Raskere tilbake

Som et ledd i arbeidet med opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering besluttet regjeringen i statsbudsjettet for 2017 å overføre 57 millioner kroner fra Arbeids- og sosialdepartementets budsjett til Helse- og omsorgsdepartementets budsjett i Raskere tilbake-ordningen. Disse midlene hadde NAV tidligere benyttet for å gjennomføre kjøp av arbeidsrettet rehabilitering og behandlingstilbud for lettere psykiske og sammensatte lidelser. Raskere tilbake ble deretter nedlagt som prosjekt fra 2018, men midlene skal også i det videre arbeidet målrettes mot arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

Etter nedleggelsen av raskere tilbake som prosjekt i 2018 fremgår det av informasjon hos Helse Sør-Øst at det har blitt inngått avtaler med åtte rehabiliteringsinstitusjoner. Hva gjelder psykisk helsevern, herunder mild til moderat angst og depresjon, har det blitt inngått avtaler med fire private tilbydere.

Videre har arbeidet med muskel-skjelett-lidelser og psykisk helsevern innen angst og depresjon i spesialisthelsetjenesten blitt opprettholdt. I løpet av 2018 ble det opprettet tilsvarende tilbud ved de helseforetak der disse tilbudene ikke fantes i prosjektperioden for raskere tilbake.

Kilder:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/behandling/raskere-tilbake-helse-og-arbeid>

Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2019) Tilstand og utfordringer på arbeid-helseområdet. Rapport fra Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet til Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet

6.2 Individuell plan og koordinator

Det lovfestede kravet om individuell plan og koordinator er et sentralt element i veilederen. Andelen brukere som tar fordel av dette kravet fortsetter å være lavt. I praksis fungerer ikke individuell plan og koordinator godt. Det fremstår ofte som mer administrativt enn operasjonelt. Det er bred enighet blant tjenesteleverandører på gulvet og brukerorganisasjoner som denne evalueringen har snakket med at ordningen som den praktiseres i dag ikke virker for brukeren.

Individuell plan og koordinator er en lovfestet rettighet i forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Regelverket utdypes i den veilederen. I opptrappingsplanen heter det at svært mange med rett til individuell plan ikke får dette. Mange får heller ikke koordinator selv om de har behov for det.

6.2.1 Individuell plan

I forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator heter det at pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet individuell plan. Individuell plan er en rettighet uavhengig av alder, diagnose, og funksjon, men forutsetter at brukeren har behov for langvarige og koordinerte tjenester. I veilederen defineres begrepet langvarige og koordinerte tjenester. Langvarige tjenester innebærer at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig. Koordinerte tjenester innebærer at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. Selv om individuell plan er en rettighet, skal individuell plan forstås som et planleggingsdokument og et dynamisk verktøy for en strukturert samarbeidsprosess, og med det være integrert i tjenesten.

Det er en liten andel av brukere som har individuell plan, som vi ser fra tabellen nedenfor.⁴⁸

Tabell 19 Andel tjenestemottakere som har individuell plan

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mottakere i tidsbegrenset opphold i institusjon med individuell plan	3,1 %	3,0 %	3,0 %	3,1 %	4,7 %	2,8 %	2,9 %	2,0 %	1,9 %	2,2 %
Mottakere i hjemmet med individuell plan	8,0 %	8,0 %	9,0 %	9,0 %	10,0 %	9,0 %	8,0 %	7,0 %	7,8 %	7,7 %

⁴⁸ Kilde mottakere i institusjon er fra Helsedirektoratets stat Kilde mottakere i institusjon er fra KRP, data for mottakere i hjemmet er fra Helsedirektoratet (2019), «Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018».

Andel tjenestemottakere i tidsbegrenset opphold i institusjon med individuell plan har ligget stabilt rundt 3% siden 2010, for å så gå ned til rundt 2% i etter 2016, under opptrappingsplanen. Andelen mottaker i hjemmet med individuell plan har ligget rundt 8% siden 2010.

Det er koordinerende enhet i kommunen og helseforetaket som har det overordnede ansvaret for individuell plan. Dette innebærer at koordinerende enhet blant annet skal motta meldinger om behov for individuell plan og sørge for at det utarbeides rutiner og prosedyrer for arbeid med individuell plan. Kommunen har en plikt til å på eget initiativ vurdere om en bruker har rett til individuell plan, dvs. at tjenesteyteren har en selvstendig plikt til å sørge for an retten til individuell plan blir ivarettatt og kommunisert overfor bruker.

Det overordnede ansvaret for å sørge for at pasienter får en Individuell Plan er Koordinerende Enhet i kommunen. Dette er klargjort i et skriv fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet i 2016.⁴⁹ Skrevet presiserer også at spesialisthelsetjenesten skal varsle Koordinerende Enhet når den ser at det er behov for tjenester som omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunen.

I intervju med kommuner og spesialisthelsetjenesten fremkommer det at rolle- og ansvarsfordelingen i slike tilfeller fremdeles kan oppleves som uklart. Det er få kommuner som opplever at spesialisthelsetjenesten før utskriving har avklart behovet for individuell plan. Denne oppgaven ligger i stor grad til kommunene uavhengig av om pasienten tidligere har mottatt tjenester fra spesialisthelsetjenesten.

Når kommunen har ansvaret for brukeren skal de vurdere og eventuelt fatte en avgjørelse om brukeren skal få individuell plan og/eller koordinator. Denne avgjørelsen er ikke et enkeltvedtak. Begrunnelsen for dette er at avgjørelsen om individuell plan og koordinator ikke gir en selvstendig rett til tjenester. Det er imidlertid et krav om at avgjørelsen fattes skriftlig fordi avgjørelsen på lik linje med et enkeltvedtak kan påklages. Vi erfarer at noen kommuner fatter enkeltvedtak på disse avgjørelsene, og noen gjør det ikke. Noen kommuner fatter enkeltvedtak på individuell plan, men ikke på koordinator. Flertallet av kommunene som fatter enkeltvedtak på individuell plan begrunner dette med at individuell plan er en rettighet. Vi vurderer at å fatte vedtak på individuell plan kanskje unødig kompliserer prosessen. I de tilfeller hvor vedtakskontoret og koordinerende enhet ligger i samme organ trenger ikke dette å være tilfellet. Dette skyldes at ansatte da gjerne har kompetanse og erfaring med å utforme avgjørelser skriftlig.

Utgangspunktet er at det er flere aktører som deltar i planen, alt fra bruker, tjenesteutøvere i kommunen og spesialisthelsetjenesten, samt fastlege. I dag er det mange kommuner som har bruker et elektronisk verktøy for individuell plan. Det elektroniske verktøyet muliggjør informasjonsflyt og deling av informasjon på tvers av sektorer, nivåer og aktører i planen. Forutsetningen er at planen er lastet opp på kommunens system og at kommunen inviterer aktørene inn ved å gi tilgang til den elektroniske individuelle planen.

Visma sitt verktøy, SamPro, er et av flere skybaserte samhandlingsverktøy på markedet. På Visma sin nettside fremgår det at 158 kommuner benytter seg av dette verktøyet. Flere kommuner oppgir i intervju at implementeringen av elektronisk individuell plan har styrket bruken av plandokumentet. Kommunen som ikke har elektronisk individuell plan bruker i dag papirversjoner eller legger planen inn i journalsystemet. Begge disse tilnærmingene, ifølge kommunene, fører til en risiko for at planen ikke blir eller er aktiv. Dette skyldes i hovedsak at aktørene ikke har innsyn i de individuelle planene, og det kan være uklart hvor planen fysisk eller elektronisk befinner seg. I Helsedirektoratets veileder tydeliggjøres imidlertid at retten til IP er en teknologinøytral rettighet. Kommunene må derfor også oppfylle lovkravet om strukturert samhandlingsprosess mot pasientens mål også i tilfeller hvor pasienten ikke ønsker eller ikke har tilgang til elektronisk plan.

Det er bred enighet blant alle aktører at det er behov for verktøy og maler for å sikre samhandling og oppfølging av brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Individuell plan og koordinator er imidlertid en modell/verktøy som i stor grad virker å være manglende implementert i

⁴⁹ «Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet – helhetlige og koordinerte tjenester,» et brev fra HOD til Helsedirektoratet datert 26.10.2016. Dette er også klargjort i Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, § 18.

spesialisthelsetjenesten og kommunene. I den grad kommunene og spesialisthelsetjenesten bruker individuell plan og koordinator, er det en stor risiko for at effekten av arbeidet ikke er i henhold til formålet.

6.2.2 Koordinatorrollen

For pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal kommunen tilby koordinator. Dette må forstås som at brukere ikke har "rett" på koordinator, men kommunen har en plikt til å tilby dette. Dette gjelder uavhengig av om brukeren ønsker individuell plan. Koordinatorens sin rolle er å sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient eller bruker, dvs. sikre samordning av tjenestetilbudet rundt brukeren og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan.

I spesialisthelsetjenesten er det et krav om at koordinatoren skal være helsepersonell, men i kommunene er det ikke et tilsvarende krav. Det er virksomheten, altså øverste ledelse ved helseforetak eller kommune, som har ansvar for å legge til rette for at ansatte kan inneha rollen som koordinator. I dette ligger det at koordinator må få tid til å utføre oppgavene og må få tilstrekkelig opplæring i hva koordinatorrollen innebærer. Det er koordinerende enhet som skal ha det overordnede ansvaret for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinatorene. Basert på intervju med spesialisthelsetjenesten og kommuner kan det oppleves vanskelig for koordinatorene å utføre oppgavene som er tiltenkt i koordinatorrollen. Dette skyldes at koordinatorrollen ikke er godt nok definert i virksomheten, og at koordinatorene ikke opplever å få tilstrekkelig opplæring i rollen. Flere ansatte i koordinerende enhet forklarer at en koordinator kan oppleve å ha liten myndighet i å sikre samarbeid mellom tjenesteutøvere på forskjellige nivå og sektorer. Dette kan skyldes at forståelse for koordinatorrollen generelt ikke er godt nok forankret i hele virksomheten.

I casekommuner hvor de har kommet langt med tverrfaglige team, så som Indre Østfold og Trondheim, er det ikke en direkte kobling mellom det tverrfaglige teamet og koordinerende enhet. Og de sjeldne tilfellene hvor en bruker har en individuell plan og en koordinator som er oppnevnt av koordinerende enhet, så er koordinator ikke en del av det tverrfaglige teamet. Koordinerende enhet og koordinator er sett på som administratorer, og har ingen direkte befatning med arbeidet som bruker gjør med det tverrfaglige teamet. I en kommune var et team som har gjort banebrytende arbeid med tverrfaglig oppfølging ikke sikker på hvem som satt i koordinerende enhet, eller hva deres rolle var.

6.2.3 Bruk av individuell plan og koordinator treffer dårlig med brukerne

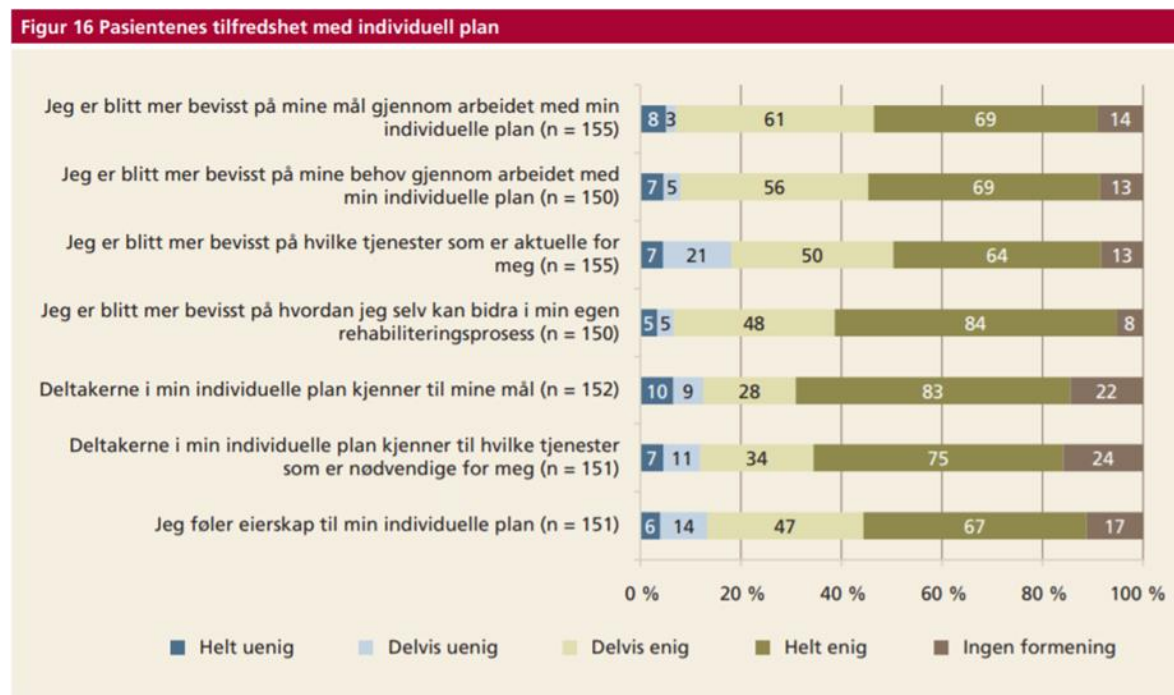
Den lovfestede rett til å ha individuell plan og koordinator er et sentralt element av lovverket for habilitering og rehabilitering. Data om individuell plan er også den eneste indikatoren i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsindikatorer som nevner habilitering og rehabilitering.

Riksrevisjonens undersøkelse fra 2012 om rehabilitering innen helsetjenesten inkluderte spørsmål om brukernes erfaringer med individuell plan og koordinator i sin brukerundersøkelse til pasienter med over 1,000 besvarelser. 17% av pasientene oppga at de hadde individuell plan. Av de som ikke hadde det oppga halvparten at de ikke hadde blitt tilbudt individuell plan. Riksrevisjonen fant at tjenesteyterne i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i stor grad var enige i at bruk av individuell plan fremmet samarbeidet mellom tjenestene.⁵⁰

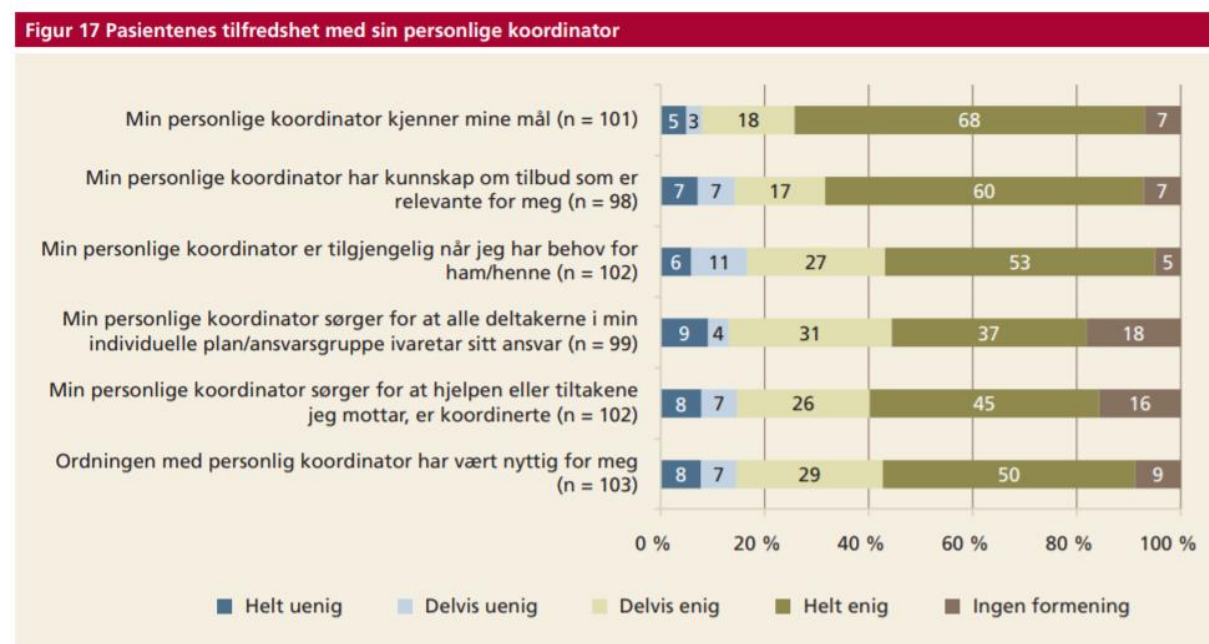
Som vi ser i figurene under, var brukerne i stor grad positive til erfaringene med individuell plan og koordinator.

⁵⁰ Riksrevisjonen (2012). Dokument 3:11 (2011–2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*.

Figur 18 Data fra Riksrevisjonens pasientundersøkelse om individuell plan og koordinator



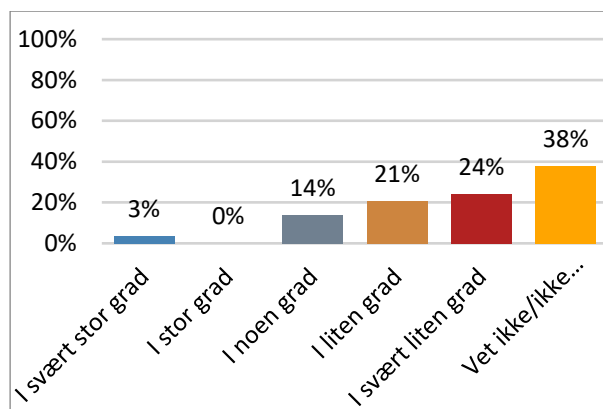
Kilde: Riksrevisjonens brukerundersøkelse til rehabiliteringspasienter (2011)



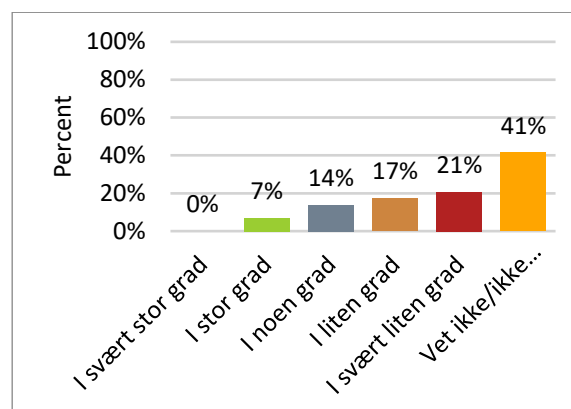
Kilde: Riksrevisjonens brukerundersøkelse til rehabiliteringspasienter (2011)

Disse spørreundersøkelsene ble gjort i 2011, før gjennomføringen av Samhandlingsreformen. Denne evalueringens spørreundersøkelse fikk en langt mindre positiv tilbakemelding fra brukerrepresentanter.

Figur 19 I hvilken grad opplever personen/brukeren sin individuelle plan som tilpasset sine behov?



Figur 20 I hvilken grad opplever personen/brukeren at koordinator jobber hensiktsmessig for (re)habilitering i deres tilfeller?



Figurene viser responsen fra 31 representanter fra brukerorganisasjoner. Den peker på en svært negativ erfaring med individuell plan og koordinator i dagens ordning. Kun en respondent sier at brukerne har en positiv erfaring med individuell plan i en svært stor grad, ingen at de har de en stor grad, og fire respondenter sier at de har en positiv erfaring i noen grad. 14 av respondentene sier at brukerne har en positiv erfaring med individuell plan i en liten grad eller svært liten grad.

Tilbakemeldingene om erfaring med koordinator er svært lik, hvor bare to respondenter sier at brukerne opplever at koordinator jobber hensiktsmessig for deres behandling i stor grad, og fire i noen grad. Her også sier 14 av respondentene at brukerne opplever at koordinator jobber hensiktsmessig for dem i liten grad eller svært liten grad.

Det at disse responsene er fra representanter av pasienter, og ikke fra pasientene selv, betyr at data fra Riksrevisjonens undersøkelse og denne evalueringens undersøkelse ikke er direkte sammenlignbare, men forskjellene er så slående at de absolutt er vesentlige. Responsene på spørreundersøkelsen er også bekreftet av intervju og gruppeintervju. Det er en gjennomgående respons at individuell plan er brukt i liten grad, og at når den er brukt, oppleves den ofte som et først og fremst administrativt redskap, som brukes lite av de som planlegger og leverer habiliterings- og rehabiliteringstjenester. En respondent summerte opp vurderingen av individuell plan som følger – «hvis det ikke virker for brukeren så virker det ikke».

Det er også relevant å se på individuell plan i sammenheng med de tidsavgrensede behandlingsplanene og tverrfaglige planene som utvikles, særlig for brukere med store og sammensatte behov. Utgangspunktet er at individuell plan er et verktøy som skal sikre samhandling mellom nivåer, sektorer og aktører der brukere har behov for langvarige og koordinerte tjenester. En individuell plan skal ikke erstatte behovet for mer operasjonaliserte behandlingsplaner, for eksempel en rehabiliteringsplan. Slike delplaner kan inngå som del av den individuelle planen. Forholdet mellom individuell plan og delplaner eller behandlingsplaner kan oppleves som uklart i flere kommuner. Vår erfaringer basert på intervju med ansatte i kommuner er at behandlingsplaner i større grad brukes enn individuell plan. Samtidig er det klart at tidsavgrensede behandlingsplaner ikke gir en tilsvarende ramme for samordning av tjenester over et lengre løp som individuell plan gir.

6.3 Kartleggingsverktøy for tverrfaglig utredning og behandling av brukernes behov og funksjonsendringer

Tverrfaglig utredning og behandling av brukere er viktig for å styrke samhandling og avhenger av gode verktøy for utredning og måling av funksjonsendring. IPLOS brukes for dette formålet, men verktøyet brukes ulikt i kommunene og det benyttes i mindre grad til rapportering og analyse. Det er flere lovende tilnærminger til tverrfaglig behandling utviklet i case kommuner. Et prosjekt av Helsedirektoratet for å et generisk funksjonsvurderingsverktøy kan gi grunnlag for en mer systematisk tilnærming til tverrfaglig behandling men dette vil være avhengig av at det tilrettelegges for bruk av alle relevante aktører gjennom opplæring og insentiver.

6.3.1 Tverrfaglig samarbeid

Viktigheten av tverrfaglig samarbeid kommer frem i formålet til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator: *Styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og bruker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.*

Veilederen vektlegger at behovet for tverrsektoriell samhandling er fremtredende innen både habilitering og rehabilitering. Habiliterings- og rehabiliteringstilbudet skal være samordnet, tverrfaglig og planlagt. Det må sikres kontinuitet i tilbudene over tid og på tvers av ansvarsområder. Tverrfaglig samarbeid skal sikre systematisk og målrettet arbeid ved å utnytte merverdien av interaksjon og utveksling av kunnskap mellom fagene. Tverrfaglig tilnærming gjør at tjenestene i større grad blir i stand til å møte den helheten som pasient og bruker definerer.

Tverrfaglig samarbeid internt i og mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten vektlegges som viktig i veilederen. Veilederen påpeker at forskriftens hjemmelsgrunnlag i helse- og omsorgslovgivningen innebærer ingen begrensninger i andre kommunesektors ansvar for å delta i habilitering og rehabilitering. Det må legges til rette for at tiltak fra andre sektorer som eksempelvis barnehage, skole, NAV, kultur og fritid.

Veilederen trekker frem samarbeid mellom habiliteringstjenestene og barne- og ungdomspsykiatrien, og overgangen mellom habiliteringstjenestene for barn og voksne som særlig viktig internt i spesialisthelsetjenesten.

Aktørene innen habilitering og rehabilitering kan grovt inndeles i følgende to kategorier:

- ✓ Organisatoriske enheter som har habilitering og rehabilitering som sin kjernevirksomhet. Eksempelvis re/habiliterings-avdelinger, team og institusjoner.
- ✓ Ulike aktører som yter tjenester integrert i helhetlige habiliterings- og rehabiliteringsforløp. Dette kan være mange tjenester, eksempelvis fysioterapi, lærings- og mestringstilbud og velferdstjenester fra NAV.

6.3.2 Utredning av brukernes behov og tjenestetilbud

Etter forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 7 og § 12 skal kommunen og det regionale helseforetaket legge til rette for at personell i tjenestene skal kunne melde mulige behov for habilitering og rehabilitering som personellet blir kjent med i tjenesten. Etter § 8 og § 13 skal tjenestene sørge for nødvendige undersøkelser og utredninger av brukernes behov.

Veilederen sier at personalet må vurdere om bruker trenger habilitering eller rehabilitering. Det må vurderes ved utskrivning fra sykehus, konsultasjoner hos fastlegen, sykemelding og alle situasjoner der helse- og omsorgstjenesten møter brukere som har redusert funksjons- og mestringsevne. Personens behov og potensiale for rehabilitering bør utredes før det iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Kommunene og spesialisthelsetjenesten skal legge til rette for at behov for habilitering og rehabilitering skal kunne oppdages tidlig.

Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) bør benyttes for å sikre helhetlig tilnærming ved avklaring av behov for habilitering og rehabilitering.

IPLOS

Helsedirektoratets undersøkelse fra 2014 *Hvordan benytter kommunene seg av og vedlikeholder IPLOS-dataene* viser at IPLOS er et nasjonalt pseudonymt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte helse- og omsorgstjenester.⁵¹ Casekommunene bruker IPLOS for å vurdere brukers bistandsbehov og endring i

⁵¹ https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvordan-benytt-kommunene-seg-av-og-vedlikeholder-iplos-dataene/Hvordan%20benytter%20kommunene%20seg%20av%20og%20vedlikeholder%20IPLOS-dataene.pdf/_attachment/inline/c804ea7e-7ff1-49ca-8da7-

funksjonsnivå. 92,5 % av respondentene spurt av 2014 undersøkelsen oppgir at kommunen bruker IPLOS som en del av kartlegging av nye brukere. Videre kommer det frem at 86,4 % bruker IPLOS knyttet til alle brukergrupper. Psykisk helse, rus, rehabilitering og fysioterapi og ergoterapi var områder som gikk igjen hvor man ikke brukte IPLOS.

2014 undersøkelsen viser også at 86,4% av respondenter sier at IPLOS brukes i saksbehandling i forhold til alle brukergrupper. Flertallet sier også at de er fornøyd med hvordan IPLOS er integrert i deres fagsystem (kommunens software, CosDoc, fulgt av Geric, får best score).

Etter en mengde forholdsvis positiv data, viser det seg at de fleste ikke bruker dataene fra rapporten i stor grad, og at de fleste ikke genererer overordnede rapporter i det hele tatt. En tilbakemelding er at det tar for mye tid og arbeid og analysere rapportene, og at det er uklart hva de kan/skal brukes til. Rapporten viser også at IPLOS ikke er forankret i kommuneledelsen. Bare 42% av respondenter sier at IPLOS statistikk etterspørres av ledere.

2014 undersøkelsen gir ingen overordnet analyse av funnene. Det er overhodet ikke noe spørsmål om IPLOS er det rette type system, eller om det er behov for gjennomgripende forandringer for å få det til å fungere bedre. Undersøkelsen gir ikke en summert vurdering og ingen konkrete anbefalinger. Evalueringens intervjudata viser at casekommunene har ulike rutiner for å registrere og rapportere data i IPLOS. Videre er det også ulikheter i registrering og rapportering internt i noen av casekommunene. I en kommune registrerer hjemmetjenesten og rehabiliteringstjenesten ulikt i IPLOS. En respondent opplever at dette har sammenheng med at IPLOS-veilederen er uklar på for eksempel hvem som skal registrere data. I en av casekommunene oppgis det at IPLOS brukes i rehabilitering og hverdagsrehabilitering, men ikke i de andre tjenestene. Bedre opplæring av helsepersonell i IPLOS oppleves å være et forbedringspotensial. Det kommer frem av intervjudata at noen av respondentene i helse- og omsorgssektoren ikke har fått med seg endringene i IPLOS-registreringen de siste årene.

IPLOS nevnes som et potensielt nyttig verktøy for kvalitetsutvikling, samtidig som det kan brukes for å følge individuelle saker. Samtidig opplever en respondent at IPLOS sine variabler er for generelle. Det er ikke standardisert hvordan man måler effekt. Indre Østfold kommune har derfor brukt andre verktøy for å måle effekt. Utvikling og implementering av et standardisert måleverktøy for effekt av rehabilitering slik at man kan se resultater av innsatsen nevnes av en respondent som et viktig tiltak for å bedre kvaliteten på rehabiliteringstjenestene.

Helsedirektoratets prosjekt for å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) for rehabilitering kartla i 2017 landets største kommuners rutiner for å bruke IPLOS. Av kartleggingen fremgikk at dagens registrering ikke var god nok til å sikre tilstrekkelig registerdata til en kvalitetsindikator. Det er derfor behov for å arbeide for bedre registrering.

Erfaringer med kartlegging og koordinering i case kommuner

Flere av casekommunene opplever at kartleggingsverktøyene kan bli bedre og forenklet. Flere tjenesteytere opplever at kommunene finner opp hjulet hver for seg. Det finnes ulike kartleggingsverktøy, maler og systemer i de ulike kommunene, og i noen kommuner er det også forskjeller mellom ulike tjenester og sektorer internt. Det fremkommer også av intervjudata at det er manglende systematikk i utredning av behov, noe som gir manglende kunnskaper om reelt behov. Dette oppleves å være et forbedringspotensial for å skape mer effektive prosesser og for å kunne foreta mer effektive prioriteringer.

Samtidig er det en utfordring at man ikke har standardiserte kartleggingsverktøy som fungerer på alle brukere. Bruken av de ulike kartleggingssystemene i tillegg til IPLOS tar mye tid. Samtidig vektlegger flere respondenter at det er vanskelig å lage standardiserte kartleggingsverktøy som passer alle brukergrupper.

Som nevnt i del 5.1.3 har Indre Østfold kommune et tverrfaglig vurderingsteam (TVT) som kan kartlegge behov og utføre rehabiliteringstiltak. Kommunen trekkes frem som et godt eksempel på god koordinering og tidlig oppstart i et rehabiliteringsforløp. Samtidig kommer det frem at kommunen sliter med

koordineringen av tjenestene i etterkant av et rehabiliteringsforløp. Det er lite bruk av IP i kommunen, og lite kontakt mellom KE og TVT. Utfordringer med koordinering av tjenester i etterkant av et rehabiliteringsforløp oppleves å være et generelt problem i kommunene. Dette kan sees i sammenheng med at få brukere har individuell plan, og at individuell plan ofte fungerer dårlig for de som har det.

Det kommer frem av intervjudata at det oppleves å være et forbedringspotensial knyttet til å gjøre dialogen mellom avdelinger og brukere tidligere for å avdekke behov. Flere respondenter opplever at det ikke blir gjort en grundig nok kartlegging før vedtak fattes, noe som kan medføre at brukere får tjenester som ikke dekker brukers behov.

I den ene casekommunen har man en egen forvaltningsavdeling som forvalter kartleggingssystem, fagsystem og system på tvers av kommunen. Avdelingen jobber tett med å gjøre kartleggingssystemene bedre og enklere. Samtidig er det fokus på at bruker i større grad skal styre kartleggingsprosessen og sette agendaen. Videre jobber avdelingen aktivt med data og statistikk. Formålet med dette er å kunne bekrefte om hvor vidt måten man jobber på, tiltakene man setter osv. har effekt. Casekommunene opplever at mangel på kvalitetsindikatorer, data og statistikk om habilitering og rehabilitering gjør det vanskelig å vurdere kvaliteten på tjenestene, herunder kartlegging, tjenesteyting og avslutning av tjenester.

En av casekommunene så et behov for å systematisere behandlingsforløpet, og har tatt i bruk HPF (Helhetlig pasientforløp) og HPH (Helhetlig pasientforløp i hjemmet). HPH brukes i hjemmetjenesten. HPF og HPH er strukturerte utskrivnings- og oppfølgingsprogram som ikke er knyttet til spesifikke diagnoser.⁵² Tjenesteytere i kommunen vektlegger at HPF består av forskjellige strategier og metoder for å bedre kvaliteten på tjenesten. Samtidig kan arbeidet kvalitetssikres, slik at man kan vurdere om det blir gjort på riktig måte. Det vektlegges at HPF kan være et verktøy for å skape tverrfaglighet, samtidig som det gir nasjonale føringer for hva som skal kartlegges. I tillegg bruker kommunen ICF (International Classification Function) –en internasjonal metode for å kartlegge pasienter. ICF brukes for å fange opp momenter utenfor det medisinske, som eksempelvis miljø, psykososialt og aktivitet.

Med eldre brukere oppleves det å være vanskelig å vurdere endring i funksjon og effekter av tjenestetilbudet fordi pasienten har en tilstand hvor progredierende funksjonstap er naturlig, og at rehabilitering bare bremser tap av funksjon. Gjelder også yngre personer med kroniske sykdommer som MS, Parkinson osv. Dette kan gjøre det vanskelig å vurdere om endringer skyldes tjenesten eller utenforliggende momenter.

Fire av de mindre casekommunene opplever at de har tverrfaglige samarbeidsforum på tvers av tjenester og sektorer involvert i habiliterings- og rehabiliteringstilbudet som fungerer godt. Her deltar aktuelle fagpersoner og avdelingsledere, og man kan ta opp spørsmål om brukere, herunder kartlegging og avslutning av tilbud. I den ene kommunen har samarbeidsforumet en fast agenda, hvor man blant annet går gjennom nye søknader og vurderer pasienter som får rehabiliteringstjenester sitt behov for disse tjenestene. Disse foraene oppleves som nyttig. Samtidig opplever en kommune det mangler tilgang til leger i disse samarbeidsforaene.

En av de større kommunene oppgir at det er utfordrende å fastsette en passende samhandlingsstruktur i en stor organisasjon. En annen av de større kommunene har tatt grep med tanke på samhandling med å samlokalisere tjenester og kompetanse. Rehabiliteringstjenester som innsatsteam, hverdagsrehabilitering, døgnavdeling og omsorgsboliger har blitt samlokalisert. Videre er rehabiliteringstilbudet for barn og unge under 18 år flyttet til oppvekst og er samlokalisert med tjenester som PPT, barnevern, helsestasjonstjenesten, barnehage og skole. Det oppleves at det har vært riktig å samlokalisere og samorganisere rehabiliteringstjenestene for barn og unge med de øvrige tjenesteyterne til barn. Flere andre kommuner opplever at samhandlingen mellom, og oversikten over hvem som har tilbud i ulike sektorer, og særlig mellom oppvekst og helse og omsorg, er utfordrende. Dette er en utfordring i forhold til å skape tverrfaglighet gjennom pasientforløpet, og særlig rettet mot brukere med store og sammensatte behov. En annen casekommune oppgir at de vurderer samlokalisering av tjenester for å legge til rette for en bedre og mer effektiv samhandlingsstruktur.

⁵² <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet-og-hva-er-viktig-for-deg/>

Generisk funksjonsvurderingsverktøy i spesialisthelsetjenesten og etablering av rehabiliteringsregisteret

Som tiltak i opptrappingsplanen har Helsedirektoratet gjennomført et prosjekt for å velge ut en generisk funksjonsvurderingsverktøy. Etter en grundig prosess med gjennomgang av en stort antall verktøy, er EQ-5D valgt. Målet er at det i første omgang skal tilrettelegges for bruk i spesialisthelsetjenesten. Men det langsiktige målet er at det også kan tas i bruk i kommunene, som et enhetlig verktøy på tvers av nivåene.

Prosjektets hovedmål er å tilrettelegge for økt kunnskap om kvaliteten på og effekten av rehabiliteringstjenestene som ytes. Dataene fra spørreskjemaet skal samles i et nasjonalt register for analyse og utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. Det enkelte foretak eller private rehabiliteringsinstitusjon vil få tilgang til egne data. Målet er at dataene skal gi et bedre styringsgrunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid lokalt og nasjonalt, samt bidra til dataunderlag til bruk for forskning.

Rehabiliteringsregisteret er et kvalitetsregister og det skal i første omgang prøves ut i samarbeid med spesialisthelsetjenesten i 2020. Sunnaas Sykehus HF og Sykehuset i Vestfold HF er valgt ut til å delta i piloten.

Registeret skal gi et bedre kunnskapsgrunnlag ved å hente inn og samle opplysninger. Registerets formål er:

- ✓ Medvirke til kvalitetsforbedring av rehabiliteringstjenestene lokalt og nasjonalt
- ✓ Verktøy for vurdering av kvalitetsforbedringstiltak
- ✓ Danne grunnlag for nasjonale kvalitetsindikatorer

Registeret vil måle pasientenes opplevelse av egen helsetilstand. Opplysningene kan bli brukt til forskning på rehabiliteringsfeltet⁵³. Utviklingen og gjennomføringen av et slikt verktøy kan gi vesentlige forbedringer i tverrfaglig utredning og behandling, gjennom kartlegging av effekter og effektivitet av ulike tilnærminger. For at dette skal lykkes er det viktig at verktøyet blir brukt av alle relevante aktører og at de har nødvendig opplæring og incentiver for å bruke det.

6.4 Oppfølging av brukere med store og sammensatte behov og samarbeid internt i kommunene

Oppfølging av brukere med store og sammensatte behov fordrer samhandling mellom ulike aktører. Kommuner fortsetter å oppleve utfordringer med samordning for denne målgruppen, spesielt når det gjelder å finne og iverksette løsninger på tvers av etater og avdelinger. Antakelsen om at det vil være økonomiske incentiver for å satse mer på forebyggende tiltak, er undergravd av manglende kobling mellom ulike budsjetter.

Veilederen viser til krav om at kommunen skal sikre nødvendig utredning og oppfølging ved behov for habilitering og rehabilitering. Kommunen og spesialisthelsetjenesten skal sikre helhetlige forløp med utgangspunkt i den enkeltes. Tjenester fra utdanning, oppvekst, NAV mm er ofte sentrale i helhetlige forløp. Kommunen plikter å legge til rette for at relevante tiltak og tjenester inngår i brukerens helhetlige tilbud, uavhengig av hvor dette er organisert.

Videre kommer det frem av veilederen at tverrfaglig metodikk er en sentral arbeidsform innen habilitering og rehabilitering for å imøtekomme kompleksiteten i brukernes behov. Tverrfaglig teamorganisering fremmer utvikling av felles kompetanse og tilnærming på tvers av fagområder. Det kan også bidra til mer robuste tjenester ved at en utnytter merverdien i kunnskapsdeling. Det bør utarbeides en struktur for det tverrfaglige samarbeidet gjennom faste møteplasser og forutsigbare arbeidsprosesser. Rolleavklaring, omforent praksis og felles holdninger er viktig.

2017 utga Helsedirektoratet Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov (se også kapittel 5.7). Veilederens målgrupper sammenfaller i stor grad med de som også har behov for

⁵³ «Rehabiliteringsregisteret» - Helsedirektoratet 2020: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/rehabiliteringsregisteret>

habilitering og rehabilitering. Den operasjonaliserer på litt mer konkret nivå hvordan er strukturert og koordinert oppfølging kan skje gjennom tverrfaglige oppfølgingsteam.

Kostnadsdeling

To casekommuner viser til utfordringer knyttet til kostnadsfordeling. En casekommune viser til at det er en stram kommuneøkonomi, og dette gjør det vanskelig å få tjenestene til å forplikte seg til tiltak som koster. Dette kan eksempelvis være at assistenter i skolen blir med barnet på tilbud i regi av andre tjenester. Videre beskriver en annen casekommune at det er en generell holdning om at hvert kostnadssted ikke vil bruke penger på noe de ikke har ansvar for. Som det blir nevnt i kapittel 5.1.1 påvirker dette særlig tilbudet til barn med spesielle behov. Den tredje casekommunen nevnt i forrige del har tatt tak i dette ved å opprette flytstillinger. Dette tiltaket ble satt inn nettopp på bakgrunn av utfordringer med kostnadsfordeling rundt barn med spesielle behov.

Flere av respondentene opplever at en slik inndeling i økonomiske områder er til hinder for tjenestetilbudet til brukere med store og sammensatte behov, hvor økonomi gjerne trumfer behov. Samtidig opplever en annen av casekommunene at kostnadsdeling ikke er en utfordring i kommunen. Videre oppleves systemet for mål- og resultatstyring, både på statlig og kommunalt nivå, å være et hinder for tverrfaglig samarbeid, da tjenestene i stor grad måles på egne resultat. Videre måles man i liten grad på tverrfaglige og tverrgående prosesser som habilitering og rehabilitering.

Kommunereformen, som vist innledningsvis, argumenterte at overføringen av ansvar til kommunene for habilitering og rehabilitering ville kunne gi insentiver for bedre løsninger og for å satse mer på, for eksempel, forebygging. Dette bygger på en antakelse om at det vil være insentiver for økte investeringer i ett område hvis dette på sikt, gir økte besparelser i ett annet område. Dette er en antakelse som ofte ikke holder. Forskjellige tjenester har forskjellige budsjetter. Det er, for eksempel, ingen økonomiske insentiver for kommunen å investere i rehabiliteringstjenester som kan føre til besparelser for spesialisthelsetjenesten og / eller NAV. Som vi vil vise senere i diskusjon om manglende kost-nytte analyser, er det heller ikke mekanismer på plass for en overordnet kost-nytte analyse som kan synliggjøre netto besparelser på tvers av budsjetter.

System for samhandling og koordinering

Mangelen på felles systemer en utfordring for koordineringen mellom tjenesteytere. Flere av casekommunene oppgir at ulike tjenester i kommunen, også internt i helse og omsorg, har ulike systemer, som ikke snakker sammen. Dette gjør samhandling og koordinering vanskelig.

To casekommuner har tatt i bruk Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) modellen som et tiltak for å legge til rette for bedre tverrfaglig samarbeid internt i kommunen. Bedre Tverrfaglig Innsats (BTI) er en samhandlingsmodell som har som mål at barn, unge og familier får nødvendig hjelp så tidlig som mulig. BTI beskriver en modell for sammenhengende innsats i og mellom tjenester involvert i barns tjenestetilbud.⁵⁴ Disse kommunene har brukt BTI-modellen mot barn og unge i oppvekstsektoren, og ønsker å bredde ut BTI til hele kommunens virksomhet. Den ene kommunen vil også bruke modellen mot voksne, og vektlegger at man i habilitering og rehabilitering har parallelle tjenester som kommer inn på ulike tidspunkt i et pasientforløp. BTI-modellen oppleves å være en god metode for å legge til rette for at ulike tjenester kan kobles på til ulike tidspunkt samtidig som man ivaretar helheten i pasientforløpet.

Målgruppen for individuell plan er brukere med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester. Dette inkluderer personer med store og sammensatte behov. Samhandling rundt individuell plan beskrives som utfordrende da det er ulike systemer mellom ulike sektorer og tjenester i kommunene. Tjenestene har videre ikke tilgang til de andre systemene. Flere av casekommunene har eller i ferd med å implementere det elektroniske programmet for IP SAMPRO. I SAMPRO kan alle ansatte i kommunen, og også eksterne parter som i for eksempel spesialisthelsetjenesten, få tilgang. Formålet med dette verktøyet er å legge til rette for tverrfaglig samhandling rundt bruker.

⁵⁴ <http://tidliginnsats.forebygging.no/Nyheter/Bedre-Tverrfaglig-Innsats-BTI-en-lokal-samhandlingsmodell/>

Oppfølging av familier med store og sammensatte behov

En casekommune opplever at de ikke er gode nok på å følge opp familier med familiemedlemmer med store og sammensatte behov. Ulike tjenester i kommunen dupliserer hverandre, og man gjør ulike utredninger på tvers. Det mangler en strategi for samhandling og deling av informasjon. Kommunen jobber derfor med et tjenesteutviklingsprosjekt hvor man skal gjøre en tjenestegjennomgang av kommunens virksomhet. Målet er å jobbe koordinert mot familier med familiemedlemmer med store og sammensatte behov. Kommunen ønsker å organisere tjenestene etter prosesser i stedet for fag, og har oppnevnt en fagansvarlig for tverrgående prosesser.

Kommunen har også kjørt to pilotprosjekt i arbeidet rettet mot familier med familiemedlemmer med store og sammensatte behov. I prosjektet velferdslab har kommunen kjørt noen piloter rettet mot familier som kommer til kommunen. Her møter familien i sitt første møte med kommunen ulike tjenesteytere som tildelingskontoret, helsestasjon, PPT, NAV og helsefremmende tjenester samtidig. I møtet får familien blant annet informasjon fra tjenesteyterne i kommunen.

Videre har kommunen kjørt en pilot med tre familier. Fokuset i denne piloten har vært informasjonsdelingen og koordineringen mellom tjenester som NAV, tildelingskontor, psykisk helse og barnevern. I disse pilotene så man at det var manglende samsvar mellom vedtak for eksempelvis helse- og omsorgstjenester, NAV og barnevernet. Det oppleves å være lite samhandling mellom vedtakene som blir gjort i ulike tjenester i kommunen. Det gjør at kommunens tjenestetilbud i liten grad blir sett i sammenheng, og at det i liten grad dekker brukers og familiens behov.

I tillegg opplever en respondent at lovverket er en utfordring for samhandlingen, og noe som bidrar til å opprettholde silotankegangen. Dette har sammenheng med at fagene er forankret i ulike lovverk, og de gir tjenestene ulike styringssignaler. Det vises til eksempler der lovverket gir ulike styringssignaler og er til hinder for å gi koordinerte tjenester tilpasset familiens behov. For eksempel gir helse- og omsorg styringssignaler om at mor må være hjemme med sykt barn og NAV styringssignaler om at mor må komme seg i jobb. Det oppleves at lovverket ikke legger til rette for tverrfaglig samarbeid, og dette bør løstes opp og jobbes med nasjonalt.

En annen casekommune skal teste ut Familielos da man opplever at barn med tjenester fra mange ulike parter har behov for bedre samordning. Her skal en person ha i ansvar for å fasilitere og løse familien gjennom ulike tjenesteaktører.

ParkinsonNet

Som en del av et mål om å prøve ut nye modeller for bedre behandling og oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer samt kompetanseutvikling på feltet, øremerket Opptreppingsplanmidler til utprøving av ParkinsonNet. Målgruppen består av ca. 8000 pasienter i Norge med Parkinsons sykdom. Helse- og omsorgsdepartementet anså modellen som et mulig egnet verktøy for oppfølging av også andre diagnosegrupper. ParkinsonNet er en modell som er utviklet i Nederland.

Modellen er basert på de følgende elementene:

- ✓ Faglig nettverk
- ✓ Faglige retningslinjer
- ✓ Kvalitetssikret informasjon til pasienter og pårørende
- ✓ IKT-verktøy som understøtter fagnettverkene
- ✓ Monitorering av tjenestene som tilbys pasientgruppen gjennom ParkinsonNet

Prosjektet ble gjennomført i perioden 2017 – 2019 som pilot i Rogaland og Oslo. Den var finansiert gjennom opptreppingsplanen, med årlige beløp pålydende 7 mnok i 2017 og 7 mnok i 2019. I denne perioden ble 238 fagpersoner (ergoterapeuter, logopeder, fysioterapeuter og sykepleiere) samlet i nettverk og gitt spesialtrening. Helsedirektoratets rapport til Helse- og omsorgsdepartementet sier at det ikke var mulig å måle kvantitative effekter av tiltak med pasienter i pilot perioden. Systematiske kartlegginger av fagpersoner viser økt kompetanse og stigende samhandling gjennom prosjektperioden. I tillegg viser kvalitative tilbakemeldinger fra fagpersoner og pasienter som er enige i at å utvide og

forlenge modellen til å bli et permanent, nasjonalt program ville bidra til økt livskvalitet for landets 8000 Parkinson pasienter.⁵⁵

Radboud, det nederlandske instituttet som står bak den nederlandske modellen og som støttet utprøving av ParkinsonNet i Norge, presenterte en rapport om piloten.⁵⁶ Den tilkjennega at prosjektet hadde oppnådd gode resultater, og at det er viktig å kommunisere dette med vitnebyrd fra deltakere i prosjektet, men at det også vil være viktig å produsere klar data som viser effekten av tiltakene. Rapporten anbefaler også mer bruk av deltaker evalueringer.

I intervju bekreftet flere helseforetak i spesialisthelsetjenesten og kommuner at de kjente til prosjektet, selv om det ikke dekket deres områder. Selv om flere så at prosjektet traff en viktig målgruppe, var det også flere som satte spørsmål ved det å skille ut tilskudd til en separat målgruppe.

Parkinsonforbundet mente dette kan rettferdiggjøres på grunn av at det er lite kunnskap om Parkinson pasienters behov og lite kompetanse for behandling. Før prosjektet hadde Rogaland ingen som jobber med logopedi, en av de viktigste fagressursene for Parkinson-pasienter. Et annet beskrivende eksempel var fra Asker, hvor de ble fortalt at Asker ga støtte til sine beboere med Parkinson, uten å være klar over at det var 300 flere Parkinson-pasienter i kommunen.

Dette peker på at det kan være store gap i kartlegging av befolkningens behov i kommuner. Samtidig som det også kan være veldig lite klart for beboere med behov for støtte, hvor i kommunen de kan henvende seg, og hvilke tjenester som er tilgjengelige.

Parkinsonforbundet mener at opptrappingsplanen og ParkinsonNet har bidratt til en dreining i fokus for pasienter med alvorlige sammenstilte tilstander fra spesialisthelsetjenesten til kommunen. Samtidig kan det være vanskelig å se hva mer kommunen kan gjøre, så lenge de ikke har økte budsjettammer.

Helsedirektoratet anbefalte i sin rapport fra piloteringen av ParkinsonNet at modellen ble ytterligere pilotert og ble påkoblet følgeforskning. Bakgrunnen for anbefalingen var at pilotperioden hadde vist gode indikasjoner på effekt, men at kunnskapsgrunnlaget ikke var sterkt nok til å anbefale en fast struktur for ParkinsonNet allerede fra 2020. Helsedirektoratet vurderte det også slik at følgeforskning ville være gunstig som kunnskapskilde ved vurdering av om Parkinsonet også kan egne seg for bruk av andre diagnosergrupper. Helse- og omsorgsdepartementet valgte og gi de regionale helseforetakene oppdrag om nasjonal implementering fra 2020 og bevilget 7 millioner kroner for dette. Den totale kostnaden estimert av Helsedirektoratet var 19,25 millioner kroner, med omtrent tilsvarende beløp for 2021 og 2022.

De regionale helseforetakene har fått ansvar for å implementere modellen nasjonalt, med Helse Vest med ansvar for prosjektledelse i den første fasen. Helse- og omsorgsdepartementet anbefalte at implementeringen skulle ta utgangspunkt i Helsedirektoratets anbefalinger, men at de regionale helseforetakene kunne tilpasse prosjektet etter lokal forhold.

Tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam

Helsedirektoratet gjennomfører for tiden en pilot for tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam, som er en modell for identifisering, utredning og oppfølging av brukere med sammensatte behov. Målgruppen for oppfølgingsteam er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose. Et oppfølgingsteam er et dynamisk team som settes sammen av fagpersoner den enkelte bruker/pasient til enhver tid har behov for. Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov legges til grunn for arbeidet i pilot. Veilederen peker på behovet for tydelig ledelse som legger til rette for og støtter opp om tjenesteyting i tråd med strukturkravene til oppfølgingsteam, tverrfaglig samarbeid og bruk av kompetanse på tvers. Piloten startet opp 1.sept.2018 og har en varighet på tre år. Følgende seks kommuner deltar: Bø i Vesterålen, Senja), Steinkjer, Kinn Suldal og Asker. Piloten evalueres av Sintef gjennom hele pilotperioden.

⁵⁵ Helsedirektoratet (2019). "Helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende videre utvikling av ParkinsonNet i Norge," 15.05.2019, med vedlegg.

⁵⁶ «ParkinsonNet. Final Report,» ParkinsonNet Norway.

Et hovedfokus i piloten er å få på plass strukturer og system som sikrer tidlig identifisering av behov, tverrfaglig utredning og bruk av oppfølgingsteam som en arbeidsform. Som en del av strukturen for tidlig identifisering av behov skal det i piloten testes ut et nytt elektronisk verktøy for risikokartlegging. Verktøyet skal i første omgang prøves ut hos fastleger, senere i sykehus. Pilotkommunene får tett oppfølging fra Helsedirektoratet, tilskudd til prosjektgjennomføring, prosessveiledning og nettverkssamlinger.

6.5 Ambulante habiliterings- og rehabiliteringstjenester

Ambulerende tjenester fra spesialisthelsetjenesten er viktig for å gi tjenester der brukeren bor, i felt hvor kommunene selv mangler nødvendig kompetanse og kapasitet og hvor tjenestene fra spesialisthelsetjenesten ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. Eksisterende data er ikke av tilstrekkelig kvalitet til å si noe om utviklingen av ambulerende tjenester, men spørreundersøkelsen og intervju foreslår at nivået er uendret, og at det er behov for mer. Utvidet bruk av teknologi er et lovende felt for mer effektiv levering av ambulante tjenester.

Det kommer frem av midtveis oppsummeringen av opptrappingsplanen per oktober 2018 at Helse- og omsorgsdepartementet i 2017 gav de regionale helseforetakene føringer om å utvikle ambulante tjenester innen rehabilitering og habilitering for barn, unge og voksne.

Etter regelverk for innsatsstyrt finansiering for 2018 skal nasjonal særkode B0015 Ambulant konsultasjon brukes for å registrere og rapportere når behandlere oppsøker pasient ambulant. Konsultasjonen skal være begrunnet i pasientens behov. Ambulante tjenester må være begrunnet i minst et av følgende hensyn for at særkoden kan registreres:

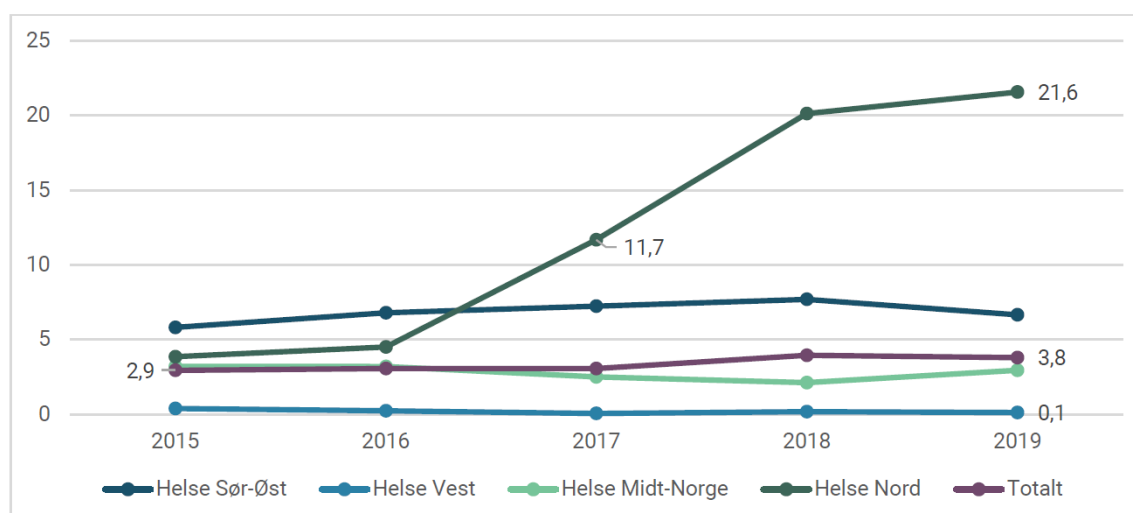
- ✓ Sikre pasient tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester
- ✓ Forsvarlig og omsorgsfull behandling
- ✓ Tilstrekkelig utredning og kartlegging av behandlingsmessige muligheter
- ✓ Samarbeid med kommunens helse- og omsorgstjeneste

Samdatas analysenotat 8/2018 Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fremhever at det tidligere ikke er publisert mange analyser basert på informasjon om sted for aktiviteter. Dette skaper usikkerhet knyttet til kvaliteten på variabelen da man ikke er sikker på i hvilken grad spesialisthelsetjenesten koder sted for aktivitet.

Det fremkommer av analysenotatet at rehabiliteringsaktiviteter i svært liten grad ble gjennomført på ambulant sted i 2017 (3,1 %). Videre fremkommer det av rapport IS-2954 rehabilitering i spesialisthelsetjenesten at i 2019 ble 3,8 % av rehabiliteringsaktivitetene gjennomført på ambulant sted.

Figuren under viser utviklingen i prosentandel rehabilitering gjort ambulant i de regionale helseforetakene i perioden 2015-2019:

Figur 21 Prosentandel rehabilitering gjort ambulant i RHF 2015-2019



Som figuren viser er det store regionale forskjeller mellom de regionale helseforetakene i bruk og / eller registrering av ambulante tjenester. Helse Nord koder ambulant virksomhet i større grad enn de andre regionale helseforetakene, og hadde i 2017 11,7 % ambulant virksomhet innenfor rehabilitering. I 2019 hadde andelen ambulant virksomhet økt til 21,6 %. Helse Vest kodet nesten ingen aktivitet som ambulant, og registrerte i 2019 0,1 % av aktiviteten som ambulant. Både analysenotat 8/2018 og rapport IS-2954 vurderer på bakgrunn av disse store forskjellene at tallene ikke er troverdige og at det ikke er grunn til å tro at statistikken fanger opp det reelle bildet i bruken av ambulant virksomhet.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator³ slår i § 15 fast at habiliterings- og rehabiliteringstjenester i spesialisthelsetjenesten skal gis ambulant dersom slike tjenester ikke mest hensiktsmessig kan gis i institusjon. I Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)⁴ slår regjeringen tydelig fast at den ønsker mer ambulant virksomhet innenfor disse tjenesteområdene enn det er i dag. I planen fokuseres det på at ambulante tjenester muliggjør samhandling og at spesialisthelsetjenesten får utført sin veiledningsplikt til kommunene. På denne måten kan ambulante tjenester gi kommunene tilgang på den kompetansen de trenger for å sikre at pasienter kan bo hjemme og mestre livet med sykdom.⁵⁷

I spørreundersøkelsen svarer 68,7% av kommunene at det ikke har vært endringer i tilbudet av ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten siden starten av opptrappingsplanen i 2017. Hvorav 18% av kommunene mener at det har vært en endring. I intervju ga to kommuner tilbakemelding om at det er et behov for mer ambulant virksomhet fra helseforetakene i form av behandling. Samtlige kommuner trekker fram i intervju at de kan kontakte helseforetaket for veiledning ved behov på individnivå. En kommune uttrykte at de etterspør veiledning fra helseforetaket, men får det i for liten grad. En annen kommune forklarte at de får mye veiledning på individnivå, men ikke på systemnivå.

I intervjudataen fremgår det at samtlige case-helseforetak til en viss grad yter ambulant virksomhet som bistår kommunene med veiledning og behandling. Det er imidlertid forskjeller mellom helseforetakene i spesialisthelsetjenesten når det gjelder i hvilken grad denne tjenesten ytes, hvordan den er organisert og hvilke målgrupper tjenesten retter seg mot. Flere helseforetak har organisert den ambulerende virksomheten i ambulerende rehabiliterings- og habiliteringsteam. I noen helseforetak er den ambulerende virksomheten integrert og er en del av tjenesten som habiliterings- og rehabiliteringsavdelingene yter. Intervjudata viser at det er et større omfang av ambulerende virksomhet innenfor rehabilitering. Dette støttes opp av intervjudata fra kommunene. Dette kan skyldes at kommunene har et større behov for bistand fra spesialister innenfor habilitering enn rehabilitering.

Flere av helseforetakene har i intervju uttrykt at ambulerende virksomhet er et område i utvikling. Flere helseforetak trekker fram at de hyppigere bruker videokonsultasjoner og veiledning via video som en

⁵⁷ Habilitering i spesialisthelsetjenesten 2016. Analysenotat 11/17, SAMDATA Spesialisthelsetjenesten, s. 8

del av ambulant virksomhet, og at dette er et område som kan være aktuelt i framtiden særlig i lys av mer bruk av videoløsninger som følge av Covid-19.

To av helseforetakene har opplyst om at de har hatt egne prosjekter på området ambulerende virksomhet. I det ene prosjektet kartla helseforetaket egen innsats på feltet med formål å se hvordan tjenesten kunne styrkes. Et annet helseforetak har kartlagt kommunenes behov for ambulerende tjenester hvor formålet var å få bedre kunnskap om behovet slik at tjenestene kunne innrettes deretter. Helseforetaket konkluderte i dette tilfellet at de var et lite behov av ambulante tjenester i kommunene. En case-kommune i denne helseregionen opplyste i intervju om at de ikke opplever at dette helseforetaket yter ambulante tjenester.

6.6 Bruk av teknologi i habilitering og rehabilitering

Velferdsteknologi anbefales fra Helsedirektoratet å deles inn i følgende teknologiområder: trygghetsskapende teknologier, mestringsteknologi, utrednings- og behandlingsteknologier og velværeteknologier.

I Askimprosjektet ble det laget en lite over sett med inklusjonskriterier og ulike typer teknologi som kan være relevante i arbeidsprosesser eller behandling i et rehabiliteringsforløp. Følgende inklusjonskriterier ble brukt:

- ✓ Teknologien er relevant for kommune og interkommunalt nivå
- ✓ Teknologien styrker samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten
- ✓ Teknologien er beskrevet som et teknologisk produkt eller et prosjekt som beskriver aktuell teknologi for et rehabiliteringsforløp
- ✓ Teknologien må være basert på kjente standarder og åpne grensesnitt

I rapporten fra følgeforskerne fra 2019, ble det kommentert at video-oppfølgning og rehabiliteringsteknologier fungerte og burde breddes ut. I rapporten ble det fremhevet at Askimprosjektet er i front på anvendelse av rehabiliteringsteknologi. Det ble henvist til at koronapandemien har framskyndet utformingen av rutiner og sikkerhetsvurderinger som gjør det enklere å ta videoløsninger i bruk. I intervju med kommuner og helseforetak er det en bred enighet om at koronapandemien kan ha bidratt til å framskynde bruken av denne type teknologi.

Det er forøvrig interessant at ifølge den siste statistikken publisert fra KPR, så var det en nedgang i brukere som tar imot tjenester gjennom velferdsteknologi i 2019, relativt to tidligere år. Vi er kjent med at det var problemer i kvaliteten i IPLOS dataene i 2019 (kilden til disse KPR dataene) grunnet kommunesammenslåing og endring i instruks, men det er likefullt verdt å bemerke at nedgangen denne kategorien brukere, er betraktelig større en antallet brukere generelt.

Tabell 20 Tjenestemottakere gjennom året, etter tjenestegruppe, 2017-2019

	Tjenestemottakere, antall		
	2017	2018	2019
Tjenester til hjemmeboende	300 533	305 927	302 394
Bolig kommunen disponerer til helse- og omsorgsformål	51 256	50 497	45 377
Institusjonstjenester	107 720	108 461	106 095
Bruk av tvang	2 978	2 623	3 036
Velferdsteknologi	95 718	99 612	82 541

Kilde: KPR

6.7 Kost-nytte vurderinger

Det har blitt gjort svært få kost-nytte vurderinger innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Dette gjør at det er lite oppmerksomhet på hvordan investeringer i ett felt kan gi større besparelser i ett annet felt. Kombinert med silotenking og generell dårlig tilgjengelig på data om tjenestelevering og kvalitetsindikatorer, gir dette dårlige forutsetninger for å finne og dokumentere løsninger som kan gi bedre tjenester til brukere og betydelige økonomiske besparelser for samfunnet på sikt.

I Stortingets melding om kommunereform argumenteres det at overføring av ansvaret for habilitering og rehabilitering vil legge til rette for mer effektive løsninger gjennom koblinger med andre kommunale tjenester (kapittel 2.1 og 6.4 ovenfor). Som diskutert, hviler dette på en antakelse om at den forebyggende effekten av gode tiltak vil gi insentiver i form av fremtidige besparelser, gjennom at god tidlig innsats vil føre til et mindre behov for lengre behandlingsløp og mer kostbare tjenester. En svakhet med denne antakelsen er at kostnadene forbundet med brukere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester er fordelt på forskjellige aktører og budsjetteiere, inkludert kommunen, spesialisthelsetjenesten og NAV. En kommune, for eksempel, vil ikke «tjene» noe på å kjøpe tjenester fra en privat institusjon, selv om dette kan føre til store besparelser i spesialisthelsetjenesten når dette fører til at de ikke får en utskrevet pasient i retur. Og om kommunens investering i en bruker fører til at hun kommer raskere tilbake i jobb, vil NAVs besparelser ikke bli registrert av kommunen. Poenget her er at vi mangler systemer for effektiv bruk av økonomiske insentiver som legger til rette for gode valg og bedre kost-nytte.

Status i case-kommuner

Få av casekommunene oppgir at de systematisk bruker kost-nytte vurderinger for å vurdere økonomiske effekter av rehabiliteringstilbudet i kommunene. En kommune bruker kostnadsanalyser i omstillingsprosesser og i enkeltsaker hvor kommunen skal tilby brukeren et annet tjenestetilbud. En annen kommune bruker kost-nytte vurderinger systematisk i tjenesteutviklingen av rehabiliteringstilbudet.

I en av case-kommunene etablerte man på 1990-tallet rehabiliteringssenger på sykehjemmet i et av omsorgsdistriktene i kommunen. Kost-nytte vurderinger her viste at betalningene for overliggerdøgn gikk ned i dette distriktet, mens distriktene uten rehabiliteringssengers overliggerdøgn økte. Disse effektene av rehabiliteringstilbudet var en medvirkende årsak til at kommunestyret vedtok å satse på rehabilitering. I dag fører kommunen systematisk data på rehabiliteringstilbudet som brukes blant annet til kost-nytte vurderinger.

I en av casekommunene, som har fått tilskudd til etablering av et hverdagsrehabiliteringstilbud, har de gjennomført en økonomisk analyse av prosjektet. Denne viste at man tilbød tjenester til mange hjemmeboende, og at brukerne som fikk tilbudet kunne klare seg lenger hjemme og hadde mindre hjelpebehov. Videre viste den økonomiske analysen at antall besøk hjemmetjenesten hadde hos brukerne ble redusert. Kommunen oppfatter at et slikt tilbud på sikt er besparende og kostnadseffektivt for kommunen, men likevel har tilbudet blitt lagt ned fordi man ikke hadde midler til å drive prosjektet videre i kommunal regi.

Inger Johansen har gjennom sitt doktorgradsstudie testet effekten av rehabilitering i eget kommunalt rehabiliteringssenter versus korttidsplasser i sykehjem i Larvik kommune. Studien viste at pasientene i kommunalt rehabiliteringssenter oppnådde bedre funksjon gjennom rehabiliteringsoppholdet og trengte færre helse- og omsorgstjenester i etterkant av oppholdet enn pasientene i korttidsavdelingen. Den bedre funksjonen vedvarte også et og et halvt år etter rehabiliteringsoppholdet. Videre viste kost-nytte vurderinger at kostnadene for rehabilitering og omsorgstjenester var vesentlig lavere i gruppen fra rehabiliteringssenteret⁵⁸.

Resultatene fra denne studien har blitt brukt aktivt i Askim-prosjektet. I prosjektrapporten forslag til handlingsplan 2017-2020 ble kostnadene for drift av henholdsvis rehabiliteringssenter og

⁵⁸ Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings – an open, prospective, comparative observational study (2013) – Inger Johansen <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/36085/dravhandling-johansen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

korttidsavdeling rehabilitering estimert. Her ble også kostnader knyttet til støttetjenester fra hjemmetjenesten estimert. I denne kost-nytte vurderingen ble beregningene og resultatene fra Larvik benyttet. Det vises blant annet til at etter behandling på rehabiliteringssenteret i Larvik ble årskostnaden til hjemmetjenester redusert med 60 000 kroner (47 %). Kost-nytte vurderingen gav følgende resultat:

Tabell 22 Kost-nytte vurdering Indre Østfold

Rehabiliteringsramme	Korttid rehabilitering	Rehabiliteringssenter
Antall senger	16	9
Kostnad avdeling	13 680 000	9 072 000
Kostnad hjemmetjeneste 1 år	17 176 000	9 120 000
Sum	30 856 000	18 192 000

Som vist i tabellen over estimerer kost-nytte vurderingen en besparelse på over 12 millioner kroner årlig knyttet til etablering av et eget rehabiliteringssenter. Dette inkluderer forventende besparelser gjennom redusert behov for støttetjenester fra hjemmetjenesten. Rapporten peker videre på at det i liten grad er gjort systematisk forskning på effekt av et tverrfaglig vurderingsteam i nyere tid som av rehabiliteringssenter, noe som gjør kost-nytte beregninger vanskelig for dette tiltaket^{59,60}

I rapporten *Senger for intensiv rehabilitering* fra mai 2017 blir det anslått at med 10 senger for intensiv rehabilitering og at man makter å ta ut halvparten av forventet effekt vil det utgjøre en kostnadsreduksjon på 4,2 millioner kroner årlig i Indre Østfold. Videre blir det anslått at intensiv rehabilitering vil redusere trykket på sykehjems plassene og dempe behovet for dette i et fremtidsperspektiv⁶¹.

Det kommer frem av rapport utprøving av senger for intensiv rehabilitering ved døgnenheten helsehuset IØMK IKS fra 2019 at rehabiliteringssenteret *Senger for intensiv rehabilitering (SIR)* ble satt i gang som et prosjekt fra høsten 2018 og som del av ordinær drift siden 2019. Resultater fra utprøvingen av rehabiliteringstilbud ved SIR for 5 brukere viser funksjonsbedring og bedre livskvalitet for brukerne⁶². Følgeevalueringen delrapport 4 av prosjektet viser til at målinger av funksjonsnivå og tilfredshet hos pasienter som har mottatt tjenester koordinert av tverrfaglig team (TVT) viser god forbedring på samtlige måleparameter. Visere viser retester at pasientene opprettholder funksjonsnivå etter 3 og 6 måneder⁶³. Rapportene viser ikke til realiserte økonomiske effekter av SIR og TVT.

Rapport samfunnsøkonomisk nytte Oslo Economics

Det er enighet blant forskere, tjenesteytere og brukerrepresentanter intervjuet i denne evalueringen at det har blitt gjennomført lite forskning og annet målrettet arbeid for å måle samfunnsøkonomisk nytte av rehabilitering. Et unntak er en rapport som Spekter har bestilt fra Oslo Economics som inneholder en del relevant tankegodt hva gjelder samfunnsøkonomisk nytte av rehabilitering.

I rapporten *samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering* fra Oslo Economics kommer det frem at det ikke finnes tilgjengelig informasjon som dokumenterer kommunenes kostnader til rehabilitering. Det er utfordringer med KOSTRA-statistikken, herunder at definisjonen av rehabilitering er så vidt at man ikke kan isolere ressursbruk knyttet til rehabilitering. Det fremgår av rapporten at KS opplyser om at det trolig

⁵⁹ Prosjektrapport – Forslag til handlingsplan 2017-2020 Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS.

⁶⁰ "Prosjekt Hjem-rehabilitering" Intensiv innsats i overgangen fra sykehus eller institusjon til hjemmesituasjon ble vurdert som særlig viktig. På bakgrunn av kostnadsanalyse av fire beskrevne eksempler er det beregnet et anslagsvis årlig effektiviseringspotensial i størrelsesorden 6,3 millioner kroner i en gruppe på 50 brukere.
<https://www.sintef.no/publikasjoner/publikasjon/?publd=1269203>

⁶¹ Prosjekt Innovativ Rehabilitering Indre Østfold - *Senger for intensiv rehabilitering* Arbeidsgruppens levering – 10.05.2017.

⁶² Prosjekt Innovativ rehabilitering Utprøving av senger for intensiv rehabilitering ved Døgnenheten, Helsehuset IØMK IKS 2019.

⁶³ Fuglerud, Lauritzen og Eide 2020 – *Innovativ rehabilitering i Indre Østfold*, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering. Følgeevaluering, delrapport 4.

foregår mer rehabilitering i kommunene enn det som kan måles i dag. Samtidig blir det brukt 7,2 milliarder kroner årlig på spesialisert rehabilitering⁶⁴.

I rapporten anslår Oslo Economics basert på en kost-nytte vurdering at rehabilitering etter traumatisk hjerneskade er samfunnsøkonomisk lønnsomt med en netto samfunnsnytte på 40 000 kroner per pasient. Her er helsegevinster, unngåtte helsetjenestekostnader og deltakelse i arbeidsliv inkludert i nytten av rehabilitering. Oslo Economics vurderer at rehabilitering trolig også er lønnsomt for andre rehabiliteringsområder. Samtidig vektlegges det at rehabilitering trolig er mer kostnadseffektivt enn andre tiltak i helsesektoren siden det ofte tilbys av spesialisert helsepersonell⁶⁵.

Rapporten vektlegger videre at i henhold til de helseøkonomiske veilederne skal helsetjenesteperspektivet og ikke samfunnsperspektivet vektlegges. Dette medfører at tiltak rettet mot økt funksjonsnivå og arbeidsdeltakelse ikke tar inn over seg verdien av reduserte trygdeutgifter og økt yrkesdeltakelse. Dermed diskriminerer rammeverket tiltak med samfunnsøkonomisk nytte utover helsesektoren. Norge skiller seg her fra land som Sverige som har et samfunnsperspektiv. Oslo Economics konkluderer med at det er behov for å synliggjøre samfunnsøkonomisk og helseøkonomisk verdi av rehabiliteringstjenester⁶⁶.

Rehabilitering lønner seg

Det fremkommer av intervjudata at det er en slående enighet blant de vi har snakket med, og særlig blant de som jobber i tjenestene, om at satsning på rehabilitering lønner seg og gir besparelser for både samfunnet og kommunene. Likevel opplever de fleste av casekommunene at rehabilitering er et felt som ikke blir prioritert i kommunebudsjettet. Bare 2 av casekommunene oppgir at rehabilitering er et prioritert område i kommunens budsjetter og strategier. Indre Østfold har vi holdt utenom her på bakgrunn av at de har mottatt store tilskudd fra statlige myndigheter at satsningen der ikke er sammenlignbar med de rammer kommune-Norge for øvrig har hatt i arbeidet med opptrappingsplanen.

Få av casekommunene oppgir at de systematisk bruker kost-nytte vurderinger for å vurdere økonomiske effekter av rehabiliteringstilbudet i kommunene. En kommune bruker kostnadsanalyser i omstillingsprosesser og i enkeltsaker hvor kommunen skal tilby brukeren et annet tjenestetilbud. En annen kommune bruker kost-nytte vurderinger systematisk i tjenesteutviklingen av rehabiliteringstilbudet.

Det er enda mindre data tilgjengelig om habiliteringsfeltet, og ikke mulig å gjøre faktabaserte kost-nytte vurderinger. En mer målrettet tilnærming til habilitering, hvor det er samlet inn data om effektiviteten av forskjellige tilnærminger kan ha et potensial for å bidra til bedre tjenestelevering og økt kostnadseffektivitet.

⁶⁴ Oslo Economics 2020 – Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering – utredning for Spekter.

⁶⁵ Oslo Economics 2020 – Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering – utredning for Spekter.

⁶⁶ Oslo Economics 2020 – Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering – utredning for Spekter.

7. Diskusjon og overordnede konklusjoner

Opptrappingsplanen har bidratt til økt oppmerksomhet på habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, som historisk har blitt sett som nedprioriterte områder. Planen har bidratt til en økning i andelen kommuner som har utformet og vedtatt en plan for rehabilitering. I følge fra 57% i 2017 til 70% i dag.⁶⁷

Som vi har sett mange eksempler på i denne rapporten, så har opptrappingsplanen gitt tilskudd til kompetanse- og kapasitetsheving, samt innovasjon og systemutvikling i kommuner over hele landet. Selv om vi mangler gode indikatorer på levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester, viser vår gjennomgang av tilgjengelig statistikk, samt intervjuer og spørreundersøkelse, at det har vært en viss styrking av levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester av kommuner i Norge:

- ✓ Årsverk for fysio- og ergoterapeuter i kommunene, har økt med henholdsvis 20% og 19% i perioden 2016 – 2019. Vi vet fra case kommuner hvor det har vært en økning at stillinger til dels har blitt finansiert under tilskudd. Det er også sannsynlig at økningen i frie rammer har dekket ansettelser av fysio- og ergoterapeuter, selv om det ikke er mulig å dokumentere dette utfra tilgjengelig data. Samtidig viser statistikk om antall brukere av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i kommunene ingen økning i denne perioden.
- ✓ 77% av kommunene i spørreundersøkelsen mener at kommunens kompetanse innen habilitering og rehabilitering har blitt merkbart bedre i perioden fra 2017. Nesten halvparten av respondenter fra spesialisthelsetjenesten er enige, mens de fleste respondenter fra brukerorganisasjoner er uenige.
- ✓ Fra case kommunene ser vi viktige eksempler på innovasjon. Dette gjelder spesielt styrking av en strukturert tverrfaglig tilnærming til rehabilitering. Eksempler på dette er etableringen av Tverrfaglig Vurderings Team (TVT) i Indre Østfold, videreutviklingen av Helhetlige Pasientforløp (HPF) i Trondheim, og opprettelse av innsatsteam i Bodø. Felles for disse er at de er redskaper for strukturert tverrfaglig utredning og oppfølging.
- ✓ Relatert til punktet ovenfor, ser vi at samlokalisering av relevant kompetanse er et viktig trekk for å bygge bedre og mer robuste fagmiljø, og legge til rette for den nødvendige tverrfaglige innretningen. Samlokalisering er et fellestrekk for de kommunene som har kommet lengst i utvikling av tverrfaglige tilnærminger for diagnose og behandling. Kommunesammenslåing hvor det har funnet plass, som for eksempel i Indre Østfold, har også bidratt til en styrking av rehabiliteringsfeltet gjennom opprettelse av større kompetansemiljøer.⁶⁸
- ✓ Av kommunene som har mottatt tilskudd, angir 33 % at det har bidratt til bedre måloppnåelse i noen grad og knapt 30% i stor eller veldig stor grad.

En samstemmig tilbakemelding fra alle case kommunene er at opptrappingsplanen har hatt en positiv virkning gjennom å ha satt fokus på et felt som tidligere ikke har vært tilstrekkelig prioritert. Det er imidlertid ikke tilsvarende samstemmighet når det gjelder spørsmålet om det er sannsynlig at de siste års positive trend er forventet å vedvare. Dette er grunnet at de ser støtten som for kortvarig og ikke nok til å oppnå et varig løft i tjenestene, samt at de ikke ser noen systematisk endringer de venter kan bidra til en tydeligere prioritering av tjenesten.

Som diskutert i kapittel 2, har evalueringer og policyer konsekvent påpekt de samme svakheter i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet:

- ✓ Manglende kunnskap om kapasitet og behov for habiliterings og rehabiliteringstjenester
- ✓ manglende avklaring av ansvarsforhold mellom primær- og spesialist-helsetjenesten

⁶⁷ Flere kommuner har ikke «habilitering» i navnet på sine planer. Den prosentvise andelen av kommuner med plan er fra spørreundersøkelsen fra 2017, og denne evalueringens undersøkelse.

⁶⁸ Samlokalisering av tjenester er også markert som en strategi i Primærhelsemeldingen (se kapittel 13.1 Samlokalisering av tjenester, s. 50).

- ✓ et behov for bedre kvalitetsindikatorer, som inkluderer registerdata som kan gi bedre kunnskap om innhold og virkning av tjenestene.

Som det fremgår av denne rapporten er disse svakhetene fremdeles til stede

Etter KPMGs vurdering er det lite som tyder på at disse svakhetene vil forsvinne i årene som kommer, med mindre det gjennomføres en mer fundamental endring i tilnærming til reform og/eller opptrapping.

Opptrappingsplanen har ikke bidratt med noen form for systematisk endring i hvordan sentrale aktører forholder seg til habilitering og rehabilitering. Det blir mer av det samme; fragmentert eksperimentering innenfor de samme institusjonelle rammene, med manglende samordning og koordinering for å legge til rette for mer systematisk og effektiv læring, og manglende lederforankring og ansvarliggjøring i forsøk på å finne bedre institusjonelle og operative rammer for bedre og mer effektiv tjenestelevering. Opptrappingsplanen i seg selv, har fungert som en tilskuddsordning og ikke som en plan.

Vi vil spesielt fremheve 6 faktorer som bidrar til at vi mener det er sannsynlig at disse problemene vil vedvare:

- ✓ Manglende tilrettelegging og insentiver for en mer enhetlig nasjonal tilnærming
- ✓ Lite hensiktsmessig og uklar fordeling av ansvar
- ✓ Dagens lovfestede ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig
- ✓ Budsjett- og ansvarsfordeling legger ikke til rette for kost-effektiv oppgave løsning
- ✓ Svak styring og manglende lederforankring på nasjonalt nivå
- ✓ Og svake systemer for erfaringsutveksling og læring

Nasjonal veileder for Bedre oppfølging av personer med store og sammensatte behov tilkjenner at kompleksiteten i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet gjør at «tjenesteytingen ofte ikke kan følge forutsigbare beslutningsprosesser langs en tidslinje som ved standardiserte behandlingsforløp med et start- og slutt punkt, og at det derfor kan være nyttig å se på habilitering og rehabilitering som et *gjenstridig problem*. Spesielt der brukerne har omfattende og sammensatte behov som krever samordning av tjenester fra flere virksomheter.⁶⁹

Et gjenstridig problem (*wicked problem* på engelsk) kjennetegnes ved høy grad av kompleksitet, utydelige grenseganger mellom forskjellige aspekter ved problemet og at de vanskelig lar seg løse med tradisjonelle tilnærminger (Head, 2008). I tillegg er det særdeles krevende å komme frem til universelt aksepterte definisjoner for slike problemer. Forskjellige aktører – i forskjellige sektorer eller på forskjellige nivåer – vil se problemet fra forskjellige perspektiver, og dermed oppleve forskjellige aspekter som sentrale. Samtidig er problemene uløselig knyttet til *andre* problemer og strukturer, så aktørene må i utgangspunktet leve med at et gjenstridig problem kontinuerlig vil være i en viss endring, og at en rekke grenseflater mot andre problemer eller politikkområder må hensyntas (Rittel og Webber, 1973). Tverrsektorielt samarbeid, og godt samarbeid på tvers av nivåene i hver sektor, er svært ofte nødvendig for å løse slike problemer. Samarbeid, samordning, koordinering og forskjellige typer *ledelse* av slike samarbeidskonstellasjoner er en nøkkel for å løse gjenstridige problemer, men hvordan løsningen bør se ut vil variere fra problem til problem (Head & Alford, 2015).

Denne teorien brukes blant annet aktivt i tilnærmingen til å finne bedre løsningen på hvordan utsatte barn og unge skal ivaretas, for eksempel i 0-24-samarbeidet der Helsedirektoratet er aktivt inne. Gjenstridige problemer har også vært gjenstand for generell interesse over tid, da svært mange utfordringer som skal løses i forvaltningen nå anses for å være nettopp gjenstridige. I KMDs rapport fra programmet for bedre styring og ledelse i staten fremheves det at «brukerfokus og gjenstridige problemer krever en helhetlig tilnærming på alle nivåer» (KMD, 2018), Sektorisering, byråkratiske arbeidsmetoder og manglende samordning oppfattes som sentrale hinder for å løse gjenstridige problemer, og det pekes i rapporten på at aktiv politisk ledelse, forankring på ledernivåer i forvaltningen

⁶⁹ Helsedirektoratet. «Nasjonal veileder for personer med store og sammensatte behov,» i avsnitt for «Ledelse og uregjerlige problemer – «wicked problems». I veilederen oversettes *wicked problems* med *uregjerlige* problemer. Vi bruker den mer konvensjonelle oversettelsen *gjenstridige problemer*.

og aktivt arbeid med felles kunnskapsgrunnlag og problemforståelse er nødvendig for å møte disse utfordringene. Tjenestedesign og brukerorientering fremmes også som mulige viktige virkemidler (KMD, 2018). Difi (2014) har også beskrevet hvordan forvaltningen kan arbeide for å fange opp og møte gjenstridige problemer på en mer effektiv måte. Også Difi ser på sektoriseringen som et sentralt problem, og fremhever at *vertikal* samordning i sektorene i mange tilfeller kan gå på bekostning av *horisontal* samordning mellom sektorer der dette er nødvendig.

7.1 356 måter å gjøre det på

Det kanskje mest slående funnet i undersøkelsen av case kommunene var hvor forskjellig habilitering og rehabilitering er innrettet. Koordinerende enhet, rutiner for tverrfaglige utredninger, bruk av Individuell Plan og Koordinator og samarbeidsrutiner med spesialisthelsetjenesten er kun noen av områdene som er forskjellig innrettet i den enkelte kommune.

Kommunalt selvstyre har vært et sentralt element av norsk forvaltning siden formannskapslovene i 1837. Norske kommuner er til dels svært ulike når det gjelder befolkning, geografi og økonomi, og kommunalt selvstyre er fundert på prinsippet om at beslutninger blir best tatt nærme av de som skal gjennomføre dem. Kommunene vet selv best hvilke strukturer og prosesser som passer for deres egne unike forutsetninger.

Evalueringen er ikke uenig i disse viktige prinsippene, men vi erfarer gjennom undersøkelsen en virkelighet hvor fragmentering og manglende samkjøring gir tapte muligheter for å utvikle mer effektive løsninger:

- ✓ Kommunene bruker betydelige ressurser for planlegging og valg av organisasjon, samt for utarbeidelse av systemer og rutiner for habilitering og rehabilitering.
- ✓ Det er utstrakt duplisering hvor kommuner parallelt utvikler rutiner, inkludert håndbøker for koordinatorene og andre roller. Det blir mange tilfeller av å finne opp hjulet på nytt
- ✓ Helseforetak, private institusjoner og brukerorganisasjoner bruker mye tid på å finne frem i kommunenes tjenestetilbud. Uten noen form for standardisert system er dette spesielt utfordrende for samarbeidspartnere som må forholde seg til et større antall kommuner.
- ✓ Mangelen på standardiserte tilnærminger gjør læring og kunnskapsoverføring mellom kommunene mye vanskeligere. Løsninger som viser seg å virke godt i en kommune kan være vanskelig å anvende i en annen, hvis organisering og innretning i tjenesten er vesentlig forskjellig.
- ✓ Det er også vanskeligere å sammenligne kvalitet og kvantitet av tjenester mellom kommuner, blant annet på grunn av at de tolker regler for rapportering forskjellig.⁷⁰

Habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er allerede et uhyre komplekst område med en svært sammensatt brukergruppe og et stort antall involverte aktører og etater. Når man i tillegg har en forskjellig tilnærming i hver av landets 356 kommuner, blir det desto vanskeligere å planlegge, gjennomføre og evaluere tjenestene.

Utfordringene forbundet med kommunalt selvstyre har vært oppfattet i lang tid. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) ble gjennomført for å styrke samhandlingen «samhandlingen mellom tjenester fra sykehus og kommune, innen kommunen, mellom kommuner, mellom sykehusavdelinger og mellom personellgrupper» (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 11). Knyttet til denne reformen var ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, vedtatt i 2011 og gjeldende fra 2012. Med denne loven ble kommunalt selvstyre innskrenket, siden dette ble ansett som et hinder for å nå målet om mer helhet og bedre samordning (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 11).

7.2 Lite hensiktsmessig og uklar fordeling av ansvar

Det er et bredt spekter tjenester og brukere som i dag er definert under en overskrift: habilitering og rehabilitering. Og som vi har sett, krever de flere typer kompetanse som blir levert av mange aktører.

⁷⁰ Se, for eksempel, diskusjon i kapittel 6.3.2 om ulik bruk av IPLOS mellom kommunene.

Ansvar for levering av de aller fleste tjenestene ligger hos primærhelsetjenesten i kommunene, og spesialisthelsetjenesten.

Spesialisttjenesten og primærhelsetjenesten leverer begge tjenester til omtrent 50,000 brukere. De to gruppene av mottakere er ikke gjensidig utelukkende, ettersom det er sannsynlig at flere brukere mottar tjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenestene, og det finnes ikke en oversikt hvordan ansvaret er fordelt mellom tjenestene. Spesialisthelsetjenesten har ansvaret for egne habiliterings- og rehabiliteringspasienter til de er skrevet ut og ansvaret er overført til kommunen.

Et overordnet formål i samhandlingsreformen og i opptrappingsplanen er at kommunene over tid skal overta ansvar for og levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester som tidligere har blitt levert av spesialisthelsetjenesten. Dette har av mange blitt tolket som et signal om at kommunene skal bygge opp en sterkere breddekompetanse for å ta over tjenesteområder som tidligere har blitt dekket av spesialisthelsetjenesten. Vi har sett fra våre undersøkelser i case kommunene at dette har blitt løst på mange forskjellige måter, og at det ofte ikke er klart for brukere, tjenestegivere eller ledere, hvilke tjenester som er tilgjengelige og hvem som er ansvarlig for dem. Den overordnede, men lite spesifiserte målsettingen om overføring av ansvar til kommunene er i seg selv er av liten hjelp når det gjelder å allokere ansvar og roller. Denne mangelen på klarhet er spesielt betydningsfull i en kontekst hvor fragmentering av roller og ansvar er regelen heller enn unntaket.

Flere informanter, spesielt tjenesteytere «på gulvet», og fagspesialister i spesialisthelsetjenesten og private institusjoner, har stilt spørsmålsteget ved en målsetting for kommunene å ta over ansvaret for hele habiliterings og rehabiliteringsfeltet. De peker på at de færreste kommunene har tilstrekkelig kompetanse (eller kapasitet) til å dekke behovene for brukere med store og sammensatte behov. Dette betyr at kommunen tildeles et overordnet ansvar for tjenester den har begrensede muligheter for selv å levere. I tillegg har de fleste kommunene også begrenset oversikt over hvilke typer kompetanse som kreves, og hvor slik kompetanse finnes.

Samtidig er det klart at kommunen har ansvar for og leverer et bredere spekter av tjenester enn spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer tjenesteområder og tiltak som fastlegetjenesten, hjemmetjenesten og frisklivssentra. En sentral del av motivasjonen for å overføre ansvaret for habilitering og rehabilitering til kommunen var at den er best plassert til å gi «bedre og mer helhetlige løsninger for pasientene ved at kommunene kan se rehabiliteringsfeltet i sammenheng».⁷¹

Veilederen sier at «[f]or at koordinerende enhet skal kunne fungere etter hensikten må ansvar og oppgaver avklares. Dette gjelder særlig forhold mellom enhetene og de utøvende tjenestene».⁷² Koordinerende enhet i de fleste av case kommunene har ikke denne type sentral rolle, med involvering i overordnet planlegging allokering av ressurser, og mandat til å koordinere relevante aktører, spesielt ikke de som ikke eies av kommunen. Det som savnes her er en klarere avgrensning av ansvar for å levere tjenester og for å koordinere og samordne tjenester. Dagens situasjon er at denne ansvarsfordelingen til en stor grad er flytende, og at mange kommuner i det å prøve å dekke hele spekteret av tjenestelevering og koordinering, kommer til kort på begge felt.

7.3 Dagens ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig

Det lovfestede kravet om individuell plan står sentralt i dagens system. Det er det fremste lovfestede kravet for bruker. Det eneste indikatoren i nasjonale kvalitetsindikatorer som spesifikt dekker habilitering og rehabilitering er antall og andel av brukere som har individuell plan og koordinator. Hensikten med individuell plan er at den skal bidra til at brukeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. Planen skal være et sentralt verktøy for samhandling og forutsigbarhet i oppfølgingen. Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fra 2012 viser i sin spørreundersøkelse at brukere var godt fornøyd med både individuell plan og koordinatorene.

Siden samhandlingsreformen har ansvaret for å opprette individuell plan blitt overført til koordinerende enhet i kommunene når pasienter har tjenester fra begge nivåer. I praksis, så er det få helseforetak som

⁷¹ Meld. St. 14, Kommunereformen. s. 43.

⁷² Nasjonal Veileder – Rehabilitering, habilitering. Individuell plan og koordinator, s. 95.

oppretter Individuell Plan for pasienter før de blir overført til kommunene, men helseforetak plikter å varsle koordinerende enhet i kommunen om de ser et behov for en individuell plan hos pasienter som skrives ut og overføres til kommunens primærhelsetjeneste. I våre intervjuer ser vi en veldig forskjellig situasjon fra den som var beskrevet av Riksrevisjonen i 2012, altså før samhandlingsreformen, hvor brukere meddelte gjennom en brukerundersøkelse at de var overveiende fornøyd med både individuell plan og koordinator.

- ✓ Brukerorganisasjoner sier i intervju at deres medlemmer svært ofte ikke ser nytten av individuell plan – den oppdateres ikke og/eller blir ikke brukt, og hvis den blir brukt kan den bli sett på som en belastning for brukeren. Særlig eldre brukere kan se på en plan som de skal forholde seg til som belastende og en stressfaktor, med for mye ansvar og lite mestring.
- ✓ Tjenesteytere i kommunen utarbeider ofte mer spissete rehabiliteringsplaner, og ser det nyttigere å bruke disse. De fleste respondentene fra godt fungerende tverrfaglige team sier at de svært sjelden har brukt individuell plan og vet av få pasienter som har de.
- ✓ Individuell plan er av flere kommuneansatte sett på som først og fremst et administrativt krav, med lite praktisk nytte for de som planlegger og leverer tjenestene. Videre, i flere kommuner er koordinatorstillingen først og fremst sett på som en administrative rolle som i liten grad er involvert i tjenestelevering.

Det er også klart at det er en liten andel av brukere som har individuell plan. Det er først og fremst brukere med store og sammensatte behov som trenger individuell plan. Dette er den delen av brukerne som i størst grad mottar tjenester fra spesialisthelsetjenesten, samtidig som de også mottar omfattende tjenester fra kommunene.

Vektlegging og bruk av individuell plan og koordinator varierer sterkt mellom kommunene. I en kommune, for eksempel, var ikke et av de aktive tverrfaglige teamene sikker på hvem som var i koordinerende enhet og hvor de var lokalisert. Flere tjenesteutøvere sa også at de sjelden eller aldri hadde benyttet en individuell plan. I flere kommuner ble koordinatorene sett på som administratorer, som ikke var direkte involvert i planlegging og levering av tjenester til brukere.

Dette er ikke nødvendigvis et argument mot viktigheten av å ha en individuell plan for brukere med store og sammensatte behov. Det er viktig for denne gruppen at helse – og omsorgstjenesten har et langsiktig perspektiv hvor flere aktører er og kan bli involvert, og at en plan er en viktig del av å gi brukeren kontroll over sin egen behandling. Poenget er heller at som det er praktisert i dag, feiler individuell plan i begge målsettinger – behovet for en langsiktig plan og at brukeren skal være i sentrum. Her er det også relevant å bemerke et innspill om dette evnet fra en workshop holdt for denne evalueringen: «Hvis det ikke virker for brukeren så virker det ikke.»⁷³

7.4 Budsjett- og ansvarsfordeling legger ikke til rette for kost-effektiv oppgaveløsning

En viktig del av den koordinerende rollen som kommunene har innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet er å finne de beste og mest kost-effektive løsningene. Dette gjelder på kort sikt, å finne tjenesteyterne som kan levere best og til best verdi. Og på lengre sikt, som for eksempel gjennom tidlig innsats og forebyggende tiltak. Som forklart i Kommunereformen: «Overføring av ansvar til kommunene vil ... gi kommunene sterkere insentiver til å satse mer på forebygging og (hverdags-)rehabilitering.»⁷⁴

Ideelt sett vil økonomiske hensyn medvirke til en utvikling av gode løsninger. Det er enklere å rettferdiggjøre en investering i, for eksempel, en styrking av egne tjenester eller innkjøp av eksterne tjenester, hvis dette fører til mindre helseutgifter i det lengre løp, eller mindre utgifter til uføretrygd eller andre kompenserende tiltak. Dette legger ikke det nåværende systemet opp til.

⁷³ Virtuell workshop med 50 deltakere fra kommuner, spesialisthelsetjeneste, private institusjoner og bruker- og interesseorganisasjoner, 12.10.2020.

⁷⁴ St. Meld. 14. Kommunereformen, s. 43.

Utgifter relatert til habilitering og rehabilitering er i dag fordelt på mange budsjetteiere, de viktigste er spesialisthelsetjenesten, kommunene og NAV. Denne delingen i seg selv er nødvendigvis ikke et problem, da utgifter for relaterte poster kan spores og aggregeres i en egen kost-nytte analyse. Dette blir ikke gjort innen habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

Hvis, for eksempel, en kommunes investering i et rehabiliteringssenter gir besparelser for spesialisthelsetjenesten, så registreres ikke det i kommunens regnskap. Eller hvis manglende oppfølging av en uføretrygdet fører til vedvarende utgifter for NAV, så blir denne avveiningen heller ikke registrert.

Som observert i denne evalueringen, er det en alvorlig mangel på kost-nytte analyser. Dette er forårsaket av blant annet mangel på god kvalitet registerdata og underprioritering av feltet i forskning. Spredningen av budsjett og manglende forsøk på å kompensere for dette fører i all sannsynlighet til at eksisterende løsninger hverken gir optimal effekt og verdi på kort eller lang sikt.

7.5 Manglende lederforankring og styring – nasjonalt

Utfordringene med koordinering og samhandling lokalt, er også reflektert på det nasjonale nivået. Det er en bred rekke aktører som har ansvar for forskjellige deler av habiliterings- og rehabiliteringstjenesten, og det mangler mekanismer for å oppnå en tilfredsstillende grad av rolle- og ansvarsfordeling. De mest relevante aktørene inkluderer:

- ✓ **Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)** har ansvar for overordnet policy og budsjett.
 - **Helsedirektoratet** er HODs fag- og **myndighetsorgan**. De er faglig rådgiver, iverksetter vedtatt politikk og forvalter lov og regelverk innen helsesektoren.
 - **Regionale Helseforetak (RHF)** har ansvar for gi befolkningen spesialisthelsetjenester, som de leverer gjennom spesialisthelsetjenesten: **regionale sykehus, lokalsykehus** og via avtaler med **private institusjoner**.
 - **Direktoratet for e-helse** skal sørge for nasjonal styring og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljø og interesseorganisasjoner, i arbeidet for å styrke digitalisering i helse- og omsorgssektoren.
- ✓ **Kommunal- og moderniseringsdepartementets** ansvarsområder inkluderer regional og distriktpolitikk og digitalisering av offentlig sektor.
 - **Fylkesmannen** er regjeringens representant i fylket og skal sørge for at Stortingets og regjeringens mål blir fulgt opp. Fylkesmannen forvaltet tilskuddene i opptrappingsplanen, og legger til rette for informasjonsutveksling mellom kommunene.
 - **Direktoratet for digitalisering** skal fremme raskere og mer samordnet digitalisering av offentlig sektor. Dette inkluderer løsning av utfordringer som krever felles innsats med, f.eks., KS og E-helse.
- ✓ **KS – Kommunesektorens organisasjon** er kommunenes organisasjon og oppgaver inkluderer utviklingsarbeid mot kommunesektorens behov gjennom innovasjon, kvalitetsutvikling i tjenestene og effektivisering. KS er ikke et myndighetsorgan, men spiller en viktig rolle som kommunenes representant på nasjonalt nivå i utredning av politikk.
- ✓ **Arbeids- og sosialdepartementet** har ansvar for politikken knyttet til arbeidsmarked, arbeidsmiljø, pensjoner og velferd.
 - **NAV** forvalter en tredel av statsbudsjettet, og har 5000 ansatte i kommunene som blant annet jobber med kommunene for å finne gode løsninger for brukerne.
- ✓ **Kunnskapsdepartementet** har ansvar som inkluderer forskningspolitikk, barnehager og skoler.
 - **Statped** dekker pedagogiske tjenester for personer med spesielle behov.
- ✓ **Kulturdepartementet** har blant annet ansvar for den statlige politikken og forvaltningen på områdene kultur, likestilling og diskriminering, idrett og frivillig virksomhet
- ✓ **Barne- og familiedepartementet** har blant annet ansvar for barn og unges oppvekst og levekår, samt ansvar for koordinering av politikken for personer med funksjonsnedsettelse.

- **Bufdir** har ansvar for likestilling og ikke-diskriminering, som inkluderer arbeid og ordninger for støtte til personer med funksjonsnedsettelse. Direktoratet får også oppgaver fra kulturdepartementet.

En systematisk forbedring av habilitering og rehabilitering vil kreve en innsats som inkluderer alle aktører listet ovenfor. I litteraturen om gjenstridige problemer pekes det på at det er avgjørende å involvere *bredt* og, ikke minst, *tidlig* (Difi, 2014). Dette er nødvendig for å skape nødvendige praktiske kontaktpunkter, men det er også avgjørende at denne involvering er reell og åpen, og at aktørene her diskuterer grunnleggende problemforståelse og deres forskjellige perspektiver både på problemet og ansvarsdeling. På spørsmål om hvilke etater som har overordnet ansvar for områder som, for eksempel, elektroniske løsninger, organisering av tjenesten, forskning og utvikling av løsninger, har evalueringen fått forskjellige svar eller som svar at man ikke kan allokere et absolutt overordnet ansvar til en stilling eller etat.

Vi har vist i kapittel 3 hvordan søknadsbehandling og rapportering for tilskudd går gjennom fylkesmennene. Kommunene søker på og får tilskudd fra fylkesmennene. Kommunene rapporterer på bruk og resultater av tilskuddene tilbake til fylkesmennene. Fylkesmennene på sin side aggregerer rapportene og rapporterer de til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet via KMD. Dette begrenser detaljeringsgraden i rapporteringen. Dette innebærer også at det blir ett års etterslep på rapportering fra Helsedirektoratet til HOD fordi rapporteringsfrist fra kommunene til FM på tilskudd er etter at FM har rapportert til nasjonale myndigheter. Den videre rapporteringen på Opptappingsplanen og tilskuddene fra Helsedirektoratet til HOD er svært summarisk og gir ikke en oversikt over måloppnåelse som samsvarer med regelverkets kriterier for tilskuddet. Når det gjelder informasjonsutveksling og læring, så er det tilrettelagt periodiske erfaringsutvekslingsmøter mellom kommuner og/eller helseforetak, arrangert av eksempelvis Fylkesmannen, og en årlig samling arrangert av Helsedirektoratet for representanter for fylkesmennene som jobber med opptappingsplanen.

Flere fylkesmenn rapporterer også at Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet gir ulike styringssignaler, som er en ytterligere utfordring for fylkesmennene i deres koordinerende rolle.

Å støtte 356 kommuner i utvikling, gjennomføring og monitorering av et komplekst sett av tjenester krever en grad av samordning som simpelthen ikke leveres av det nasjonale systemet slik det er satt opp og opererer i dag. En innsats for å systematisk forbedre tjenestene vil være avhengig av en klarere allokering av roller og ansvar, samt et system for oppfølging og rapportering.

I den grad det er mulig å allokere et overordnet ansvar for systemutvikling og monitorering i dagens system ligger det ved Helsedirektoratet. Samtidig er Helsedirektoratet til en stor grad styrt av prioriteringer i tildelingsbrevet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og har også et begrenset mandat for koordinering av de andre nasjonale aktørene.

7.6 Manglende forskning og svak erfaringsutveksling og læring

Som diskutert i kapittel 2, er et funn av alle evalueringer vi har gjennomgått av rehabilitering fra de siste 10-15 år at helsemyndighetene trenger mer kunnskap om kapasitet og behov for rehabiliteringstjenester. Behovet for bedre data og bedre kvalitetsindikatorer er også fremmet som en prioritet i de fleste, om ikke alle, stortingsmeldinger og planer på området, inkludert opptappingsplanen.

En lang rekke tiltak har blitt startet under opptappingsplanen for å fremme måloppnåelse på dette punktet:

- ✓ Opptappingsplanen finansierer prosjektet **Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering** («Askim Prosjektet»). Prosjektet har en komponent for følgeforskning som har som formål å dokumentere og evaluere tiltak som er iverksatt gjennom prosjektet.⁷⁵

⁷⁵ Prosjektet er bevilget prosjektet er bevilget over statsbudsjettet fra 2016 og til og med 2020.

- ✓ **Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)** for habilitering og rehabilitering i institusjon generelt, og resultatindikator for døgnopphold spesielt.
- ✓ **Generisk funksjonsvurderingsverktøy og Rehabiliteringsregisteret**
- ✓ **Beslutt** – forskningsprosjekt hvor blant annet SINTEF og Lørenskog kommune deltar. Prosjektet har fokus på indikatorer, og å skape en rød tråd mellom nivåer, fra overordnet politisk ledelse til utøvende virksomheter.

Et annet særskilt relevant tiltak som er finansiert utenom opptrappingsplanen er **Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam** - et prosjekt med tilskudd til seks kommuner for å etablere oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av tjenester, sektorer og nivå. Målgruppen er personer med store og sammensatte behov uavhengig av alder og diagnose.

Disse og andre tiltak fortsetter å gi ny og verdifull kunnskap om habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, som vi også har referert til flere plasser i denne evaluering. Likevel, når vi snakker med ledere og tjenesteytere i kommuner og spesialisthelsetjenesten er mangelen på forskning og den fortsatte mangelen på relevante indikatorer et tilbakevendende tema.

Det er en mangel på registerdata som kan brukes til å gi en situasjonsrapport som muliggjør sammenligning mellom aktører og over tid. En grunn til dette, er vansker med å samle god kvalitet data på de indikatorer som eksisterer og som kommuner og andre aktører er forventet å rapportere på:

- ✓ Ulike aktører tolker rapporteringskrav forskjellig
- ✓ Flere aktører rapporterer ikke i det hele tatt
- ✓ Aktører, særlig kommuner, får ikke tilbakemeldinger på rapporter hvilken undergraver incentiver for nøyaktig rapportering

Det er også en utfordring at rapportering ikke er prioritert. Dette kan sees i manglende trening i hva som skal rapporteres og bevissthet om viktigheten av rapportering. I en hverdag med press på tid og ressurser kommer rapportering fort langt ned på listen over hva prioriteres.

Det er også slående at i Helsedirektoratets system for nasjonale kvalitetsindikatorer er den eneste indikatoren som dekker rehabilitering i kommunene antall og andel av brukere som har individuell plan. Som diskutert flere plasser i denne rapporten, er dette et omstridt område hvor kvantitative indikatorer sannsynligvis er av liten verdi i dagens situasjon.

I en workshop hvor tidlige funn og anbefalinger ble presentert, ble det gjennom gruppearbeid samlet inn prioriterte anbefalinger for videre styrkning av rehabiliteringsfeltet. Av alle områder, var økt prioritering og finansiering av forskning og behov for bedre registerdata det området som var nevnt av flest (fulgt av behov for bedre IKT systemer). Det er et spesielt behov for kost-nytte analyser, som kan dokumentere samfunnsnytte av investeringer i rehabilitering, og også sammenligne kost-effektivitet mellom forskjellige løsninger.

Konsekvensen av utfordringene vi har skissert ovenfor er at vi har et system som er dårlig rigget for læring. Dette er et komplekst område, hvor det aldri vil være one-size-fits-all men hvor det er prinsipper og løsninger som er overførbare fra kontekst til kontekst. Men for å lære av hverandre og legge til rette for kontinuerlig justering og forbedring, fordrer det at man har på plass systemer for utveksling av erfaringer og data, som gjør at man kan se hva som virker og hva som ikke virker så godt.

8. Anbefalinger

Denne evalueringen legger fram en rekke anbefalinger som foreslår en endring i tilnærming som kan legge til rette for en mer enhetlig organisering av området som også er mer nyansert i hvordan habilitering og rehabilitering er behandlet. Vi mener at dette er nødvendig for å oppnå en klarere fordeling av roller og ansvar. Det vil også legge grunnlaget for bedre måling og rapportering av resultater, samt bedre læring.

8.1 Anbefaling 1 – Utarbeid og vedta en nasjonal plan for habilitering og rehabilitering

Det er et sterkt behov for en overordnet plan med konkrete målsettinger og satsningsområder, med en tydelig allokering av ansvarsområder, som omfatter de relevante aktørene. Hensikten med denne planen vil være å:

- ✓ Gi en felles policy ramme for habilitering og rehabilitering hvor alle relevante aktører og felt er sett på i sammenheng. Dette er nødvendig for å gjøre systematiske avveininger og vurderinger av samfunnsøkonomiske effekter av ulike tiltak.
- ✓ Sikre tilstrekkelig fokus på habilitering. Evalueringen viser at det har vært klart mest fokus på rehabilitering i Opptrappingsplanen, noe som har medført at habiliteringsfeltet har havnet i skyggen av rehabiliteringsfeltet. Med en klarere ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten kan det være mulig å være mer konkret på hvilke tiltak kan prioriteres av de forskjellige aktørene.
- ✓ Gi en tydelig ansvarsfordeling for ulike områder, inkludert utvikling av planer og rutiner, levering av tjenester til ulike brukergrupper, rapportering, og forskning på ulike felt.
- ✓ Identifisere satsningsområder prioritert for videre utvikling, men fordeling av ansvar for utførelse. Dette bør inkludere utvikling av elektroniske verktøy for rapportering, bruk av teknologi for tjenestelevering, og forskning (se nedenfor).

Planen bør utarbeides sammen med alle relevante aktører. Dette inkluderer Helse- og omsorgsdepartementet, Regionale helseforetak, sykehus, private institusjoner, Direktoratet for e-helse, Kommunal og moderniseringsdepartementet, Fylkesmennene, Digitaliseringsdirektoratet, KS, Arbeids- og sosialdepartementet, Kunnskapsdepartementet med Utdanningsdirektoratet og Statped, NAV og kommunene med opplæringssektor. Det er viktig at aktørene involveres tidlig i dette arbeidet, og det er også avgjørende at samarbeidet starter med etableringen av et felles grunnleggende kunnskapsgrunnlag og en felles problemforståelse (Difi, 2014). Dersom aktørene erkjenner at de står ovenfor et gjenstridig problem er dette et nødvendig utgangspunkt for et vellykket samarbeid, og det er også viktig at alle partene setter av både tid og ressurser nok til å gjennomføre dette arbeidet. Vellykket samordning er ressurskrevende (Bjørquist & Fineide, 2019). Samtidig er det verdt å peke på at involvering av bredere grupper med interessenter ofte anses som hensiktsmessig for å løse gjenstridige problemer, og aktørene kan vurdere om også andre interessenter som berøres av tematikken kan eller bør inviteres inn i samarbeidet om en nasjonal plan (Weber & Khademian, 2008).

I dagens system er det en mengde insentiver for fordeling av tjenester som ikke nødvendigvis maksimerer effektivitet eller brukerens helse og livskvalitet. Det er spesielt økonomiske insentiver for å fordele tjenester mellom de ulike aktørene (helsehus, sykehus, private institusjoner, NAV) som ikke alltid er optimale. Det kreves en overordnet nasjonal plan for å gjøre de nødvendige avveininger for å maksimere samfunnsøkonomisk nytte.

Ansvar for gjennomføring av nasjonal plan bør tillegges Helse- og omsorgsdepartementet. Om det skal tillegges Helsedirektoratet bør de få tilstrekkelig mandat til å prioritere og allokere ressurser som nødvendig for gjennomføring av planen.

8.2 Anbefaling 2 – Revider nasjonal veileder for å gi en mer enhetlig tilnærming i kommunene og spesialisthelsetjenesten

Det er også et behov for å revidere nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering for å gi mer konkrete og bindende veiledning og støtte for kommunen i hvordan habiliterings- og rehabiliteringstjenesten skal innrettes. Den eksisterende veilederen er en verdifull ressurs som sammenstiller lover, regler og overordnede målsettinger for området, men den har mer begrenset verdi som en guide for hvordan tjenesten bør innrettes.

Tydelige kriterier bør gis for de følgende elementer:

- ✓ Kommunal plan for habilitering og rehabilitering, med minimumskrav på hva den bør inneholde. Det kan være nyttig å utarbeide maler for planer som kan passe til kommuner av forskjellig størrelse
- ✓ Etablering av koordinerende enhet, med en liste av funksjoner den skal utføre. Det kan være nyttig å gi eksempler på organisatoriske modeller som fungerer godt. Et viktig krav her er at det skal være tydelig hvem som har ansvar for hva.
- ✓ Rutiner for samordning mellom kommune / koordinerende enhet, og helseforetak og private institusjoner
- ✓ Kriterier for brukerinvolvering i planlegging og gjennomføring av kommunale tjenester
- ✓ Kriterier og rutiner for publisering av tilgjengelige tjenester, samt kontaktinformasjon for koordinerende enhet og relevante aktører
- ✓ Kriterier for rapportering og måling av effekt av tjenester, dette bør inkludere systematisk bruk og rapportering av funksjonskartlegging med IPLOS for hvert punkt bør det utarbeides konkrete forslag, med alternativer for kommuner av forskjellige størrelser, geografi og økonomi.

Hensikten med denne anbefalte løsningen er å gi mer konkret veiledning til kommunene. Det er forventet at mer tydelige krav og konkrete eksempel på hvordan de kan løses vil føre til en mer enhetlig organisering av tjenester i kommunene, med bedre og et mer likt tilbud av tjenester til befolkningen i forskjellige deler av landet. Tydeligere krav og fordeling av ansvar kan gi mer effektiv styring og bedre lederforankring, og tydeligere kriterier for rapportering og måling vil gi bedre styrekriterier både kommunalt og nasjonalt.

8.3 Anbefaling 3 – Avklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste

Det er behov for en avklaring mellom to deler av kommunens ansvar i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet: ansvaret for koordinering av tjenester, og ansvaret for levering av tjenester. Under opptrappingsplanen er disse to sidestilt. Vi anbefaler at det gjøres et tydeligere skille mellom disse to ansvarsområdene. Både spesialisthelsetjenesten og kommunene har ansvar for å levere tjenester innen habilitering og rehabilitering. Kommunene har sørge-for-ansvaret for kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten har sørge-for-ansvaret for spesialisthelsetjenester, mens det er kommunen som har det overordnede ansvaret for å ha oversikt over behov og tilgjengelige tjenester for kommunens befolkning. Kommunen utreder behov og henviser til spesialisthelsetjenesten ved behov for mer spesialisert kompetanse enn det som finnes i kommunen.

- ✓ Kommunenes fortrinn i forhold til spesialisthelsetjenesten er at de har tilgang til langt flere virkemiddel, som hjemmetjeneste, frisklivssentraler, samarbeid med frivillige, osv. De er derfor i en god posisjon til å legge til rette for tilbud som kombinerer tilgang til spesialist- og breddekompetanse og til andre, kanskje ikke-medisinske, tiltak.
- ✓ Behovet for å bygge opp egen kompetanse for å gi somatiske tjenester til pasienter, bør i større grad avveies mot komparative kostnader av å fortsette å benytte spesialisthelsetjenesten. I noen tilfeller kan det være kostnadseffektivt å etablere habiliterings- eller rehabiliteringssenter, og i andre tilfeller kan det være mer hensiktsmessig å samarbeide med spesialisthelsetjenesten om utvikling av bedre ambulerende tjenester eller kjøp av tjenester fra private institusjoner.

Spesielt når det gjelder pasienter med store og sammensatte behov er det tilrådelig å gjøre en tydeligere avgrensning i målsettingen om overføring av tjenesteansvar til kommunene. Få kommuner har en realistisk mulighet til å dekke den nødvendige spesialistkompetansen. Dette gjelder særlig for sjeldne tilstander. Her kan det være mer hensiktsmessig å bygge videre på det kompetansemiljøet som allerede finnes ved sykehusene. For å løse problemet med mangler innenfor, for eksempel, habiliteringstilbudet i kommunene bør kommunene og spesialisthelsetjenesten fortsette sitt eksisterende samarbeide og videreutvikle ambulerende tjenester, veiledning og bruk av teknologi.

8.4 Anbefaling 4 – Revider tilnærmingen til individuell plan

Vi anbefaler utviklingen av et mer sammensatt krav om planer. Et lovfestet krav om individuell plan og koordinator er viktig for å sørge for fokus på en langsiktig tilnærming med brukeren i sentrum. Den nåværende ordningen med individuell plan fungerer imidlertid dårlig, både når det gjelder dekning, oppfølging og brukermedvirkning. For å finne en løsning som fremstår som mindre byråkratisk og mer operativ, er det tilrådelig å koble den rutinemessig til rehabiliteringsplaner.

Hvis det allerede er en individuell plan på plass når en rehabiliteringsplan utarbeides, bør disse kobles sammen. Ideelt sett vil dette gjøres elektronisk. Hvis elektroniske løsninger ikke eksisterer, eller ikke er mulig å koble sammen (hvis de er på ulike elektroniske plattformer som ikke snakker med hverandre), bør man i det minste tilkjennegi at begge planer er på plass og at de skal behandles sammen.

Og motsatt, hvis det allerede er en behandlingsplan på plass, som for eksempel når en pasient utskrives fra et sykehus med en plan og koordinerende enhet i kommunen får beskjed om at pasienten har behov for og vil ha en individuell plan, så bør denne individuelle planen ta utgangspunkt i behandlingsplanen. Også her er en ideelle løsningen at dette kan gjøres elektronisk på systemer som snakker sammen. Hensikten med dette er å unngå at det oppstår et skille mellom rehabiliteringsplaner og individuell plan, samt å hindre at et lovfestet krav fremtvinger en prosess som kan være mer administrativ enn praktisk og behandlingsorientert.⁷⁶

I et reformert system, kan det også stilles krav til spesialisthelsetjenesten om å inkludere plan elementer i pasientens epikrise når de skrives ut og ansvar overføres til kommunen. Dette gjøres allerede i dag av Sunnaas sykehus. Planene bør også alltid innarbeide et funksjonskartleggingsverktøy som dokumenterer effekt av rehabiliteringen. Det kan vurderes å bruke ADL i IPLOS som en nasjonal standard.

Dette vil gi grunnlag for en mer dynamisk plan. For at dette skal fungere optimalt er det ønskelig at den er basert på en elektronisk verktøy som kan brukes av både spesialisthelsetjenesten, private institusjoner og de relevante aktørene i kommunen, samt av pasienten selv. Det bør være mulig å legge det inn på Helsenorge hvor det vil være tilgjengelig for bruker, kommune og spesialisthelsetjeneste.

8.5 Anbefaling 5 – Utarbeid et system for å kartlegge total-kostnader og insentivere kost-effektive løsninger

Vi anbefaler å igangsette en pilot for å kartlegge kost-nytte av levering av habiliterings- og rehabiliteringstjenester i en gruppe kommuner under ett helseforetak. I tillegg til kartlegging, skal man teste løsninger for å dele kostnader og besparelser mellom de forskjellige budsjetteierne. Dette bør minst inkludere kommunene, helseforetaket og NAV. Dette bør også kombineres med gjennomført registrering og bruk av registerdata for å muliggjøre måling av effekt av behandlingsløp. Solid forankring i ledelsen blant de forskjellige aktørene vil være viktig.

Denne piloten kan gi viktig informasjon ikke bare om kost-nytte av habilitering og rehabilitering, og ikke minst om hvordan tjenestene kan finansieres på en måte som insentiviserer kost-effektive løsninger for pasienten. Ved å bygge videre på denne piloten kan man komme bort i fra det eksisterende systemet hvor hver aktør har insentiver for å velge løsningen som er mest kostnadsbesparende for seg selv, hvilket ikke alltid er det mest kostnadseffektive for samfunnet.

⁷⁶ Individuell plan gjelder for flere enn de som har behov for habilitering og rehabilitering, så denne vurderingene som ligger bak denne anbefalingen kan være relevant for flere områder.

8.6 Anbefaling 6 – Satsning på teknologi for tjenestelevering

Ta status på teknologiske nyvinninger og konsepter, legg til rette for deling av erfaringer og gi støtte til videre utvikling av teknologi for tjenestelevering. En bi-effekt av koronarelaterte restriksjoner på reising og fysiske besøk, er at det har vært akselerert adaptasjon og utvikling av teknologi for tjenestelevering.

Dette er også en viktig del av å sikre bærekraft. Den demografiske utviklingen bidrar til at det vil bli et økt behov for rehabiliteringstjenester i kommunene, som ikke alene kan løses gjennom varme hender. Her vil bruk av ny teknologi bli et viktig hjelpemiddel, noe som vil både gjøre tjenesten mer effektiv og samtidig kunne føre til økt mestring, selvstendighet og økt livskvalitet hos brukerne.

Bruk av velferdsteknologi kan bidra til å sikre et helhetlig tilbud på institusjon, i brukerens hjem og nærmiljø med mål om bedre mestring av dagliglivets gjøremål. Her vil brukere delvis kunne følges opp gjennom videokonsultasjoner, som for eksempel at en fysioterapeut gir tilbakemelding til brukeren om at øvelser utføres riktig. Videomøter med brukerne kan også være en ressurseffektiv måte for tverrfaglig oppfølging. Her står sensorteknologi kan spille en viktig rolle for å gjøre pasienters hverdag i eget hjem tryggere, med eksempelvis fallalarmer.

8.7 Anbefaling 7 – Styrk registerdata og forskning

Betydelig mer fokus bør rettes mot å styrke kunnskap om habilitering og rehabilitering, og hvordan det håndteres i landets kommuner og i spesialisthelsetjenesten. Dette bør gjøres gjennom to relaterte satsninger:

- 1) Det er et vedvarende behov for bedre registerdata for habilitering og rehabilitering som muliggjør en vurdering av omfang og kvalitet av tjenester. Dette krever identifisering av nøkkelindikatorer, og også tilrettelegging for et system som oppfordrer til og gir incentiver for en mye mer enhetlig rapportering fra kommuner og helseforetak og andre aktører. Det bør etableres klare minimumskriterier for rapportering, inkludert konsekvent bruk av IPLOS (inkludert funksjonskartlegging), som utløsende faktorer for utbetaling av midler. Det bør også skilles mellom habilitering og rehabilitering i statistikkene.
- 2) Forskningsmidler bør gjøres tilgjengelig som er øremerket habilitering og rehabilitering. Dette er et felt som ikke har blitt prioritert, og som ikke har blitt sett på som et attraktivt område for forskning. Dette bør inkludere doktorgradsstipend.

Et sterkere og mer oppdatert kunnskapsgrunnlag vil være en viktig del av å legge til rette for en mer effektiv og mer enhetlig levering av tjenester. Dette er spesielt viktig i sammenhenger der utfordringene kjennetegnes av et behov for at en rekke aktører samarbeider om å yte tjenesten, og der forskjellige sektorer – med forskjellige perspektiver på problemet og løsningene – må samordnes (Weber og Khademian, 2008). Det er videre viktig at arbeidet med et oppdatert og felles kunnskapsgrunnlag utføres i fellesskap, og at partene tilnærmer seg dette arbeidet på en åpen og dialogbasert måte. Det er ikke bare mangel på kommunikasjon som er utfordringen med gjenstridige problemer - det er mangelen på en grunnleggende felles forståelse av utfordringene (Weber og Khademian, 2008).

Det er flere områder som kan nevnes som spesielt interessante.

- ✓ Hvor effektive er ulike behandlingsmetoder. Hvilke variasjoner er det mellom ulike kommuner, helseforetak og private institusjoner
- ✓ Erfaringer med bruk av teknologi
- ✓ Kost-nytte analyser med vurderinger av samfunnsnytte av ulike pasientforløp
- ✓ Kost-nytte analyser av forskjellige løsninger for fordeling av ansvar og oppgaver mellom kommune, spesialisthelsetjenester og private institusjoner

Erfaringsutveksling med og mellom kommuner og foretak bør gjøres bevisst, og bli sett på som et prioritetsområde i seg selv. I dagens Det krever planlegging, budsjett og ansvarliggjøring.

En gjennomføring av disse anbefalingene kan bidra til å oppnå en kursendring i habiliterings- og rehabiliteringsfeltet, i stedet for mer av det samme. Resultatet kan bli bedre og mer enhetlige tjenestelevering, og en utvikling av bedre kvalitet og kostnadseffektivitet.

Vedlegg 1: Oversikt over dokumentasjon

- Aanonsen, J. & Paulsen, I.T (2019). Prosjekt innovativ rehabilitering. Ivaretagelse av ernærings situasjonen i et rehabiliteringsforløp. Rapport fra fokusgruppe ernæring
- Afasiforbundet (2019). Logopeddekningen i Norges kommuner – afasiforbundets statusrapport 2019. Tilgjengelig fra: https://afasi.no/wp-content/uploads/2019/03/2019_Juni_Afasiforbundet_Statusrapport-logoped-Norge-1.pdf
- Agenda Kaupang (2017). Rehabilitering først - plan for rehabilitering (9398)
- Akershus universitetssykehus (2019). Overordnet samarbeidsavtale mellom Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og kommunene Aurskog-Høland, Eidskog, Eidsvoll, Enebakk, Frogn, Gjerdrum, Grue, Hurdal, Kongsvinger, Lillestrøm, Lørenskog, Nannestad, Nes, Nesodden, Nittedal, Nord-Odal, Nordre Follo, Rælingen, Sør-Odal, Ullensaker og Ås
- Akershus universitetssykehus (u.å.) Overordnet samhandlingsplan for Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner – planperiode 2017-2019.
- Akershus universitetssykehus (u.å.) Samarbeidsavtale om helhetlige pasientforløp mellom Akershus universitetssykehus HF (Ahus) og kommunene Aurskog-Høland, Eidsvoll, Enebakk, Fet, Frogn, Gjerdrum, Hurdal, Lørenskog, Nannestad, Nes, Notodden, Nittedal, Oppegård, Rælingen, Rømskog, Skedsmo, Ski, Sørum, Ullensaker, Vestby og Ås.
- Akershus universitetssykehus (u.å.) Strategiplan 2016-2021 Voksenhabilitering
- Akershus universitetssykehus (u.å.) Utviklingsplan 2035 – Akershus universitetssykehus HF. Tilgjengelig fra: <https://www.ahus.no/om-oss/utviklingsplan-2035>
- Anthun, K. S., Anthun, K. S., & Lillefjell, M (2019) *Kvalitetsindikatorer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hva er kvalitet i Malvik kommune?*. Trondheim: SINTEF Digital.
- Arendal kommune (2018). Årsrapport 2017. Koordinerende enhet (1302)
- Arendal kommune (2019). Årsrapport 2018. Koordinerende enhet (1302)
- Arendal kommune (2020). Årsrapport 2019. Koordinerende enhet (1302)
- Authen, T (2019). Prosjekt Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold. *Ergoterapauten 62(1-2019). s. 26-35.*
- Bergen Kommune (2017) Handlingsplan for habilitering og rehabilitering i Bergen kommune, 2018-2021. Tilgjengelig fra: <https://www.bergen.kommune.no/politikere-utvalg/api/fil/257785/Mestring-og-medvirkning-2018-2021>
- Bjørkquist, C. & M. J. Fineide. (2019). Organisasjonsperspektiv på samordning av helse og velferdstjenester. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Bodø kommune (2015). Veien til individuelle plan. Håndbok for koordinatører.
- Bodø kommune (2019). Prosjektrapport Innsatsteam rehabilitering 2018-2020.
- Bodø kommune (2019). Årsrapport KEF i kommune stilling.
- Bodø kommune (2019) Årsrapport KEF i kommune stilling.
- Bouvet (2018) *Funksjonsvurderingsverktøy i spesialisthelsetjenesten. Vurdering av og forslag til felles, nasjonale verktøy.*
- Bystyret i Bodø & Nordlandssykehuset (2018). Overordnet samarbeidsavtale mellom Nordlandssykehuset og Bodø kommune.
- Dehli, K.A (2019) Prosjekt innovativ rehabilitering. Uprøving av senger for intensiv rehabilitering ved Døgnerheten, Helsehuset IØMK IKS 2019
- Demiri, A. S. & Gundersen, T (2016). Tjenestetilbudet til familier som har barn med funksjonsnedsettelse. NOVA Rapport 7/16. Oslo: NOVA, HiOA.
- Difi. (2014). Mot alle odds: Veier til samordning i norsk forvaltning. Difi-rapport 2014:07.
- Eida, H., Fuglerud, K. S., & Lauritzen, B. H (2017). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helseforetaket Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS.* (Følgeevaluering, delrapport 1). Tilgjengelig fra: <http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>
- Ergoterapeuten (2014). *Temanummer om rehabilitering 57(3-2014).*
- Evje & Hornnes kommune (2018) Plan for habilitering og rehabilitering 2018-2020. Tilgjengelig fra: <https://www.e-h.kommune.no/forbedringsteamet-i-kommunen-informerer.6107232-198973.html>
- Fellesorganisasjonen og Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemmede (2020) *Ingen tid å miste. En kartlegging av kompetansesituasjonen i tjenester til personer med utviklingshemming.* Oslo: Fellesorganisasjonen.
- FHI (2019). Helhetlig pasientforløp i hjemmet. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet-og-hva-er-viktig-for-deg/>
- Fjell kommune (2014) Kommunedelplan for bustadsutvikling 2013-2020.

Forebygging.no (2017). Bedre tverrfaglig innsats (BTI) – en lokal samhandlingsmodell. Tilgjengelig fra: <http://tidliginnsats.forebygging.no/Nyheter/Bedre-Tverrfaglig-Innsats-BTI-en-lokal-samhandlingsmodell/>

Forskrift om habilitering og rehabilitering. Forskrift 16. desember 2011 nr. 1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2018). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS*. (Følgeevaluering, delrapport 2). Tilgjengelig fra: <http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>

Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2019). *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helseforetaket Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS*. (Følgeevaluering, delrapport 3). Tilgjengelig fra: <http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>

Fuglerud, K. S., Lauritzen, B. H., & Eide, H. (2020) *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering* (Følgeevaluering, delrapport 4)

Fylkesmannen i Agder (2019). Arendal kommune – tilskudd 2019 til styrking av habilitering og rehabilitering

Fylkesmannen i Agder (2019). *Tilskudd til styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene*. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/agder/helse-omsorg-og-sosialtjenester/Tilskudd-helse-sosial-og-omsorg/tilskudd-til-styrking-av-habiliterings-og-rehabiliterings-i-kommunene/>

Fylkesmannen i Agder (2020) Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmag/>

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder (2017) Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-aust-og-vest-agder.pdf>

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder (2018) Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-aust-og-vest-agder.pdf>

Fylkesmannen i Aust- og Vest-Agder (2019) Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmav/>

Fylkesmannen i Buskerud (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-buskerud.pdf>

Fylkesmannen i Buskerud (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-buskerud.pdf>

Fylkesmannen i Buskerud (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmbu/>

Fylkesmannen i Finnmark (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-finnmark.pdf>

Fylkesmannen i Finnmark (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-finnmark.pdf>

Fylkesmannen i Finnmark (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmfi/>

Fylkesmannen i Hedmark (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-hedmark.pdf>

Fylkesmannen i Hedmark (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-hedmark.pdf>

Fylkesmannen i Hedmark (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmhe/>

Fylkesmannen i Hordaland (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-hordaland.pdf>

Fylkesmannen i Hordaland (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-hordaland.pdf>

Fylkesmannen i Hordaland (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmho/>

Fylkesmannen i Innlandet (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmin/>

Fylkesmannen i Møre og Romsdal (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra: <https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-more-og-romsdal.pdf>

Fylkesmannen i Møre og Romsdal (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-more-og-romsdal.pdf>

Fylkesmannen i Møre og Romsdal (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmmr/>

Fylkesmannen i Møre og Romsdal (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmmr/>

Fylkesmannen i Nordland (2017) Innvilgelse av tilskudd for 2017 – Styring av habilitering og rehabilitering i kommunene – Bodø

Fylkesmannen i Nordland (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-nordland.pdf>

Fylkesmannen i Nordland (2017) Tilsagn om tilskudd til styring av habilitering og rehabilitering – Prosjekt Treningsskompis – Bodø – 2017

Fylkesmannen i Nordland (2018). Tilskudd – Styrking av habilitering og rehabilitering – Bodø 2018

Fylkesmannen i Nordland (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-nordland.pdf>

Fylkesmannen i Nordland (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmno/>

Fylkesmannen i Nordland (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmno/>

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-nord-trondelag.pdf>

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-nord-trondelag.pdf>

Fylkesmannen i Oppland (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-oppland.pdf>

Fylkesmannen i Oppland (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-oppland.pdf>

Fylkesmannen i Oppland (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmop/>

Fylkesmannen i Oslo og Akershus (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-oslo-og-akershus.pdf>

Fylkesmannen i Oslo og Akershus (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-oslo-og-akershus.pdf>

Fylkesmannen i Oslo og Akershus (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmoa/>

Fylkesmannen i Oslo og Viken (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmov/>

Fylkesmannen i Rogaland (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-rogaland.pdf>

Fylkesmannen i Rogaland (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-rogaland.pdf>

Fylkesmannen i Rogaland (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmro/>

Fylkesmannen i Rogaland (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmro/>

Fylkesmennene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane (2015) Kommunane sitt tilbud for habilitering og rehabilitering. Resultat frå spørjeundersøking gjennomført i 2015. Tilgjengelig fra:
<https://www.fylkesmannen.no/globalassets/fm-rogaland/dokument-fmro/helse-og-sosial/tilsyn/samlerapport-habiliterings-og-rehabiliterings-290915.pdf>

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-sogn-og-fjordane.pdf>

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-sogn-og-fjordane.pdf>

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmsf/>

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-sor-trondelag.pdf>

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-sor-trondelag.pdf>

Fylkesmannen i Telemark (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-telemark.pdf>

Fylkesmannen i Telemark (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-telemark.pdf>

Fylkesmannen i Telemark (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmte/>

Fylkesmannen i Troms (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-troms.pdf>

Fylkesmannen i Troms (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-troms.pdf>

Fylkesmannen i Troms (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmtr/>

Fylkesmannen i Troms og Finnmark (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmtf/>

Fylkesmannen i Trøndelag (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmtl/>

Fylkesmannen i Trøndelag (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmtl/>

Fylkesmannen i Vestfold (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-vestfold.pdf>

Fylkesmannen i Vestfold (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-vestfold.pdf>

Fylkesmannen i Vestfold (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmve/>

Fylkesmannen i Vestland (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmvl/>

Fylkesmannen i Vestfold og Telemark (2020). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2019/arsrapporter/fmvt/>

Fylkesmannen i Østfold (2017). Årsrapport 2016. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2016/arsrapporter/arsrapport-for-ostfold.pdf>

Fylkesmannen i Østfold (2018). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/globalassets/arkiv/2017/arsrapporter/arsrapport-for-ostfold.pdf>

Fylkesmannen i Østfold (2019). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra:
<https://styringsportalen.fylkesmannen.no/2018/arsrapporter/fmos/>

Fyresdal kommune (2018). Årsmelding 2018. Tilgjengelig fra:
<https://www.fyresdal.kommune.no/arsmeldingar.485401.nn.html>

Fyresdal kommune (2019). Årsmelding 2019. Tilgjengelig fra:
<https://www.fyresdal.kommune.no/getfile.php/4705678.2640.mnitmtiikp7npj/%C3%85rsmelding+2019.pdf>

GRUK (2005). Planen skal være god for meg. Koordinering av psykososialt arbeid. Eksempel på en kvalitetsstrategi for individuell oppfølging på tvers av tjenester. Tilgjengelig fra:
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/nr-2.-2005-planen-skal-vare-god-for-meg-kpa-prosjektene.pdf>

Grut, L (2008). Erfaringer med bruk av individuell plan. En litteraturoversikt. Trondheim & Oslo: SINTEF.

Grut, L., Lippestad, J-W., Nesje, K., Aamodt, P.O., Olsen, D. S., Monkerud, L. C., & Zeiner, H. H (2020). Evaluering av kompetanseløft 2020 – delrapport 1, del 2. Tilgjengelig fra:
<https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/k2020-delrapport-1-del-ii-mars-2019-jan-lq.pdf/>

- Haggerty, A., Roberge, D., Freeman, G. K., & Baulieu, C (2013). *Experienced Continuity of Care When Patients See Multiple Clinicians: A Qualitative Metasummary*. The Annals of Family Medicine, 11(3), 262-271.
- Head, B. W. (2008). Wicked problems in public policy. *Public policy*, 3(2), 101.
- Head, B. W., & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for public policy and management. *Administration & society*, 47(6), 711-739.
- Helsedirektoratet (u.å.) Om helsedirektoratets normerende produkter. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsedirektoratet (2009). De som har oversikten – eksempler på nytten av koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i kommuner og helseforetak.
- Helsedirektoratet (2010). Koordinatorrollen – for deg som er eller skal bli koordinator.
- Helsedirektoratet (2014). Hvordan benytter kommunene seg av og vedlikeholder IPLOS-dataene? En undersøkelse til norske kommuner. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/hvordan-benytter-kommunene-seg-av-og-vedlikeholder-iplos-dataene/Hvordan%20benytter%20kommunene%20seg%20av%20og%20vedlikeholder%20IPLOS-dataene.pdf> /attachment/inline/c804ea7e-7ff1-49ca-8da7-4699f855c8d6:86055c889bb8676365dcfff1fb1921fb8c817b76/Hvordan%20benytter%20kommunene%20seg%20av%20og%20vedlikeholder%20IPLOS-dataene.pdf
- Helsedirektoratet (2015). Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabiliterings-habiliterings-individuell-plan-og-koordinator>
- Helsedirektoratet (2016). Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet – helhetlige og koordinerte tjenester. Avklaring rundt dagens lovvern om individuell plan, koordinator og koordinerende enhet.
- Helsedirektoratet (2016). Samdata spesialisthelsetjenesten 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202015.pdf> /attachment/inline/bc22db2a-93a8-4708-9c0e-4e8099857489:31756e546e21add76aa5873d3e5b577ab0c9b44b/Samdata%20Spesialisthelsetjenesten%202015.pdf
- Helsedirektoratet (2017). *Habilitering i spesialisthelsetjenesten 2016. Analysenotat 11/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet (2017). Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Status 2016 for Kompetanseløft 2020.
- Helsedirektoratet (2017). Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017. Årsrapport 2017 for Kompetanseløft 2020.
- Helsedirektoratet (2017). Regelverk for tilskuddsordning. Styring av habilitering og rehabilitering i kommunene.
- Helsedirektoratet (2018). Kommunale helse- og omsorgstjenester 2018. Statistikk fra Kommunalt pasient- og brukerregister. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2018/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20%C3%A5rsrapport%202018.pdf> /attachment/inline/18b5e5e3-16c5-4adc-b27d-0ba51a9fd207:d43c64d0f41be701e866ed1fe0615e7fad998608/Kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20%C3%A5rsrapport%202018.pdf
- Helsedirektoratet (2018). Kompetanseløft 2020. Personell og kompetanse i kommunale helse- og omsorgstjenester. Utviklingsrett og status 2018. Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.ressursportal.no/sites/default/files/2020-04/Kompetansel%C3%B8ft%202020.%20Personell%20og%20kompetanse%20i%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester.%20Utviklingstrekk%20og%20status%202018.pdf>
- Helsedirektoratet (2018). Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. En midtveis oppsummering pr okt 2018.
- Helsedirektoratet (2018). Regelverk for tilskuddsordning. Kommunalt kompetanse- og innovasjonstilskudd. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/kommunalt-kompetanse-og-innovasjonstilskudd/Kommunalt%20kompetanse-%20og%20innovasjonstilskudd%20-%20regelverk.pdf> /attachment/inline/d1b61b08-2cb8-4c64-859c-94cd909eb25b:76dff818859db30f2f6e6574a45c2532c393bfab/Kommunalt%20kompetanse-%20og%20innovasjonstilskudd%20-%20regelverk.pdf
- Helsedirektoratet (2018). Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabiliterings-i-spesialisthelsetjenesten/2018-08%20Analysenotat%20rehab%202017.pdf> /attachment/inline/f9046ecc-b0ee-4340-a275-b9867810bb49:2f669dc774140fc029f3494dbbe191bed0d98864/2018-08%20Analysenotat%20rehab%202017.pdf
- Helsedirektoratet (2018). Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. Kostnader, aktivitet og kvalitet. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2018. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/IS->

[2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf/attachment/inline/a7be058f-3f52-4f16-a98a-9c621b9a29ff:d16f126d7ca105b03bd34d541b41682d2ffba30b/IS-2851%20Status%20og%20utviklingstrekk%20for%20spesialisthelsetjenesten%20SAMDATA%202018.pdf](#)

Helsedirektoratet (2018). Tilskudd. Styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/styrking-av-habiliterings-og-rehabiliterings-i-kommunene#maalgruppe>

Helsedirektoratet (2018). Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunal døgnrehabilitering. Kartlegging av resultatindikator for funksjonsforbedring. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utvikling-av-nki-er-for-kommunal-dognrehabilitering/Utvikling%20av%20NKI-er%20for%20kommunal%20d%C3%B8gnrehabilitering.pdf/attachment/inline/8062d14e-465f-4a69-84bf-021f8adf2439:e0c91e72584d526fa92d69990078190846bde033/Utvikling%20av%20NKI-er%20for%20kommunal%20d%C3%B8gnrehabilitering.pdf>

Helsedirektoratet (2019). Helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende videre utvikling av ParkinsonNet i Norge. Tilgjengelig fra: <https://parkinson.no/assets/pdfs/2019-Helsedirektoratets-anbefaling-til-Helse-og-omsorgsdepartementet-vedr%C3%B8rende-videre-utvikling-av-ParkinsonNet-i-Norge.pdf>

Helsedirektoratet (2019). *Generisk funksjonsvurderingsverktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Implementerings- og innføringsstrategi.*

Helsedirektoratet (2019). *Generisk funksjonsvurderingsverktøy for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fase 2a – Valg av verktøy og løsningskonsept*

Helsedirektoratet (2019). *Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam – innhold og gjennomføring.*

Helsedirektoratet (2019). *Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2015-2019.*

Helsedirektoratet (2019). Status for nasjonal utvidelse av ParkinsonNet.

Helsedirektoratet (2019). ÅRSRAPPORT OPPTRAPINGSPLAN HABILITERING OG REHABILITERING - STATISTIKKÅR 2018 OG PROSJEKTÅR 2019

Helsetilsynet (2017). *Rapport fra tilsyn med rehabilitering og koordinerende enhet i Gjerstad kommune 2017.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/aust-og-vest-agder/2017/gjerstad-kommune-tilsyn-med-rehabiliterings-og-koordinerende-enhet-2017/>

Helsetilsynet (2018). *Rapport fra tilsyn med rehabilitering og koordinerende enhet i Risør kommune 2018.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/aust-og-vest-agder/2018/risor-kommune-tilsyn-med-rehabiliterings-og-koordinerende-enhet-2018/>

Helsetilsynet (2018). *Rapport fra tilsyn med rehabilitering og koordinerende enhet i Kristiansand kommune 2018.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/aust-og-vest-agder/2018/kristiansand-kommune-tilsyn-med-rehabiliterings-og-koordinerende-enhet-2018/>

Helsetilsynet (2019). *Rapport fra tilsyn med rehabilitering og koordinerende eining i Bykle kommune 2019.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/agder/2019/bykle-kommune-tilsyn-med-rehabiliterings-og-koordinerende-eining-2019/>

Helsetilsynet (2019). *Rapport fra tilsyn med rehabilitering og koordinerende enhet i Vegårshei kommune 2019.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/agder/2019/vegarshei-kommune-tilsyn-med-rehabiliterings-og-koordinerende-enhet-2019/>

Helsetilsynet (2019). *Rapport fra tilsyn med rehabilitering og koordinerende eining i Valle kommune 2019.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/agder/2019/valle-kommune-tilsyn-med-rehabiliterings-og-koordinerende-eining-2019/>

Helsetilsynet (2020). *Rapport fra tilsyn med rehabilitering og koordinerende enhet i Vennesla kommune 2020.*

Tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/agder/2020/vennesla-kommune-tilsyn-med-rehabiliterings-og-koordinerende-enhet-2020/>

Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (2016). *Prosjektrapport. Forslag til handlingsplan 2017-2020.* Tilgjengelig fra: <http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>

Helsehuset IØMK (2017). *Innovativ rehabilitering Indre Østfold. Prosjektrapport. Forslag til handlingsplan 2017-2018*

Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (2017) *Prosjekt Innovativ rehabilitering Indre Østfold tverrfaglig vurderingsteam* (Arbeidsgruppens levering). Tilgjengelig fra:

<http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>

Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (2018). *Evaluering av pilot for tverrfaglig vurderingsteam august – desember 2017.* Tilgjengelig fra:

<http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>

Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS (2018). *Prosjekt innovativ rehabilitering – personen som eier av egen rehabiliteringsprosess.* Tilgjengelig fra:

<http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>

- Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter IKS. (2019). *Helhetlig forløp – Lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp*. Tilgjengelig fra: <http://www.iomk.no/rapporter.460292.no.html>
- Helse Midt-Norge (2013) Regional plan for utvikling av habiliteringstjenestene i Helse Midt-Norge 2014-2020. Tilgjengelig fra: <https://helse-midt.no/Documents/2017/sak%2085-13%20vedlegg%20Regional%20plan%20for%20utvikling%20av%20habiliterings%20i%20Helse%20Midt-Norge.pdf>
- Helse Møre og Romsdal (u.å.) Felles retningslinjer for utarbeidelse av Individuell plan mellom Helseføretaket og kommunane i Møre og Romsdal. Tilgjengelig fra: <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Koordinerende%20enhet/Retningslinjer%20IP%20utg%C3%A5ve%2006.pdf>
- Helse Møre og Romsdal (u.å.) Koordinerende eininger, individuell plan og koordinator i Møre og Romsdal – handlingsplan 2017-2020 Tilgjengelig fra: <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Koordinerende%20enhet/Individuell%20plan%20koordinator%20og%20koordinerende%20enheter%20-%20Handlingsplan%202017-2020.pdf>
- Helse Møre og Romsdal (2017). *Koordinerende eininger, individuelle plan og koordinator i Møre og Romsdal. Handlingsplan 2017-2020*. Tilgjengelig fra: <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Koordinerende%20enhet/Individuell%20plan%20koordinator%20og%20koordinerende%20enheter%20-%20Handlingsplan%202017-2020.pdf>
- Helse Møre og Romsdal (2019) Rehabiliteringsprosjektet. Rapport til styremøte 27.03.2019. Tilgjengelig fra: <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/Sakslite%20og%20protokoll/Sak%2026-19%20Vedlegg%201%20-%20Rapport%20rehabilitering.pdf>
- Helse Møre og Romsdal (2020) Kompetanseplan 2020.
- Helse Møre og Romsdal (2020) Utvikling av rehabiliteringstjenestene i Møre og Romsdal – et samarbeidsprosjekt mellom kommunene i Møre og Romsdal, Helse Møre og Romsdal HF, og Helse Midt-Norge RHF. Tilgjengelig fra: <https://helse-mr.no/Documents/Samhandling/Rehabilitering/Endelig%20rapport%20Utvikling%20av%20rehabiliteringstjenestene%20i%20Møre%20og%20Romsdal2.pdf>
- Helse Nord (u.å.) Kompetanseplan VHAB 2018-2020
- Helse Nord (u.å.) Strategisk utviklingsplan – Nevro-, Ortopedi- og rehabiliteringsklinikken 2015-2025. Tilgjengelig fra: <https://unn.no/Documents/Om-oss/Strategiske%20utviklingsplaner/Nevro-,%20ortopedi-%20og%20rehabiliteringsklinikken.pdf>
- Helse Nord (2014). Regional handlingsplan for somatisk rehabilitering i Helse Nord 2014 – 2017. Tilgjengelig fra: <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202014/20140618/Styresak%2073-2014-1%20Regional%20handlingsplan%20for%20somatisk%20rehabilitering%20i%20Helse%20Nord%202014-2017,%20vedlegg.pdf>
- Helse Nord (2019). Rehabilitering i Nord-Norge – rapport fra et prosjektarbeid for et likeverdig og mer forutsigbart rehabiliteringstilbud i Nord-Norge Tilgjengelig fra: https://helse-nord.no/Documents/Fagr%C3%A5d,%20fagnettverk%20og%20kronikersatsningen/Rehabiliteringsprosjektet/Prosjektrapport_Rehabilitering%20i%20Nord-Norge.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/6f9070b1721d403db707c4ce26bc2f1b/kgl_res_forskrift_habilitering_rehab_plan_koordinator_1612111.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2016). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingplanrehabilitering.pdf>
- Helse Vest (2015) Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016-2020. Tilgjengelig fra: <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2016%20-%20Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf>
- Helse Vest (2016) Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016-2020. Tilgjengelig fra: <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2016%20-%20Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf>
- Høgskolen i Østfold (2017). Samarbeid om rehabilitering. Tilgjengelig fra: <https://hiiof.brage.unit.no/hiiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2427587/Hefte1-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Johansen, I. (2013). Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings – an open, prospective, comparative observational study. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Johansen, I., Klokkeud, M., Anke, A., Børke, J-B., Glott, T., Hauglie, U., Høyem, A., Klovning, A., Lande, K.A., Larsen, M., Nordvik, J. E., Wigers, S. H., Øyeflaten, I., Hagen, K. B., & Kjekken, I. (2019). A quality

- indicator set for use in rehabilitation team care of people with rheumatic and musculoskeletal diseases; development and pilot testing. BMC health services research, 19 (1), 265
- Karmøy kommune (2018). Plan for habilitering og rehabilitering 2018-2025. Tilgjengelig fra: <https://www.karmoy.kommune.no/content/uploads/2018/12/PLAN-FOR-HABILITERINGS-OG-REHABILITERINGS-2018-2025.pdf>
- Kaspersen, S.I., Melby, L., Ådnanes, M., Nakrem, S., Hilland G. H., & Kalseth, J. (2020). *Pilot for tverrfaglig strukturert oppfølgingsteam. Sammendrag av statusrapport 2*. Trondheim: SINTEF DIGITAL
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (KMD). (2018). Programfor bedre statlig styring 2014-2017: Erfaringsrapport. Hentet fra <https://nettsteder.regjeringen.no/bedrestyringogledelse/files/2018/04/Program-for-bedre-styring-og-ledelse-sluttrapport-endelig.pdf>
- Kreftforeningen (2018). *Å leve med og etter kreft. En undersøkelse blant kreftpasienter og pårørende i Kreftforeningens brukerpanel*.
- Lefevr, H. R (2019). Rehabilitering først som sist! Evaluering uttesting av internundervisning i generell rehabiliteringskompetanse.
- Lunde, S. A. E. (2017). Individuell plan i palliative fase – ei hjelp til meistring for pårørende. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2017/10/individuell-plan-i-palliativ-fase-ei-hjelp-til-meistring-parorande>
- Lørenskog kommune (2017). Strategisk kompetanseplan 2018-2021 for Lørenskog kommune. Helse- og omsorgssektoren
- Lørenskog kommune (2017) Årsrapport kvalitet 2017. Tilgjengelig fra: <https://innsyn.onacos.no/lorenskog/pluss/wfdocument.ashx?journalpostid=2018007026&dokid=1690699&version=3&variant=P&>
- Lørenskog kommune (2018). Årsrapport kvalitet 2018.
- Lørenskog kommune (2018) Årsrapport 2018.
- Lørenskog kommune (2019) Overordnet samhandlingsplan for Akershus universitetssykehus og tilhørende kommuner. Planperiode 2020-2022. Upublisert.
- Lørenskog kommune (2019). Årsrapport kvalitet 2019. Tilgjengelig fra: <https://innsyn.onacos.no/lorenskog/pluss/wfdocument.ashx?journalpostid=2020012550&dokid=2074147&version=1&variant=P&>
- Lørenskog kommune (2019) Årsrapport 2019.
- Molvik, S (u.å.) Organisering av koordinerende enhet i Nordlandssykehuset
- NHO (2015). Hvor mange har behov for spesialisert rehabilitering? Et forsøk på å tallfeste det nasjonale rehabiliteringsbehovet i spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.nhosh.no/contentassets/215e884cb3a040898212cd9bb8e44950/rehabiliterings-landsdekkende-behov-2015.pdf>
- Nes kommune (2019) *Kartlegging av kompetanse innen habilitering og rehabilitering i Nes kommune. Prosjekt 'Løft for habilitering og rehabilitering i Nes kommune 2018-2019'*
- Nordlandssykehuset (u.å.) Strategisk utviklingsplan 2018-2035. Tilgjengelig fra: https://nordlandssykehuset.no/Documents/Nordlandssykehuset%20for%20framtiden/Strategisk%20utviklingsplan%20for%20NLSH.%202017-2035/NS_StrategiskUtviklingsplan-Hoveddokument160518.pdf
- Nordlandssykehuset HF (2018). Overordnet samarbeidsavtale mellom Nordlandssykehuset og Bodø kommune.
- Norges Parkinsonforbund (2019). ParkinsonNet i Norge. Evaluering av pilotprosjekt i Rogaland og Oslo med anbefalinger vedrørende nasjonal implementering.
- Oppdal kommune (2019). Plan for habilitering og rehabilitering 2019-2021. Tilgjengelig fra: <https://www.oppdal.kommune.no/globalassets/pdfdokumenter/kommunale-planer/plan-for-habiliterings-og-rehabiliterings-2019-2023.pdf>
- Oppegård kommune (2018) Tilstandsrapport 2017 – prioriterte områder mot 2020. Helse, sosial, pleie og omsorg.
- Oslo Economics (2020). Samfunnsøkonomisk verdi av rehabilitering – utredning for Spekter. Upublisert
- Rambøll (2011). Helsedirektoratet: Undersøkelse om rehabilitering i kommunene. Oslo: Rambøll.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Akershus*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Aust- og Vest-Agder*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Buskerud*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Finnmark*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Hedmark*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Hordaland*. Upublisert.

- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Møre og Romsdal*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Nasjonal rapport*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Nordland*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Oppland*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Oslo*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Rogaland*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Sogn og Fjordane*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Troms*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Vestfold*. Upublisert.
- Rambøll (2018). *Oppsummering av undersøkelse om habilitering og rehabilitering i kommunene 2018 i forbindelse med opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019. Østfold*. Upublisert.
- Rehabiliteringstjenesten (2017). Årsmelding 2017 – Rehabiliteringstjenesten. Hovedprioriteringer 2017
- Rehabiliteringstjenesten (2018). Årsmelding 2018 – Rehabiliteringstjenesten. Hovedprioriteringer 2018.
- Rehabiliteringstjenesten (2019). Årsmelding 2019 – Rehabiliteringstjenesten. Hovedprioriteringer 2019.
- Rehabiliteringstjenesten & Bodø kommune (2017). Rapport. Kommunal rehabilitering i institusjon 2017.
- Rehabiliteringstjenesten & Bodø kommune (2019). Tur- og treningskompis.
- Riksrevisjonen (2012). Dokument 3:11 (2011–2012). *Riksrevisjonens undersøkelse om rehabilitering innen helsetjenesten*.
- Riksrevisjonen (2016). Dokument 3:5 (2015-2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*.
- Rittel, H. W., & Webber, M. M. (1973). Dilemmas in a general theory of planning. *Policy sciences*, 4(2), 155-169.
- Saman (2019). Tenesteavtale 2. Tilgjengelig fra: <https://saman.no/samarbeidsavtaler/tenesteavtaler/tenesteavtale-2>
- Saman (2020) Handlingsplan. Tilgjengelig fra: <https://saman.no/handlingsplan>
- Sjusstjerna helse og omsorg & Høgskulen i Volda (2017). Samarbeidsavtale
- Skjåk kommune (2012). Helse- og omsorgsplan for Skjåk kommune 2013-2025. Fremlegg frå plangruppa.
- Skjåk kommune (2013). Samhandlingsrutine for bruk av individuell plan.
- Skjåk kommune (2018). Skjåk kommunes årsrekneskap og årsmelding for 2017.
- Skjåk kommune (2019). Forprosjekt. Bærekraftig bofellesskap og avlastning i Skjåk 2020-2025.
- Skjåk kommune (2019). Koordinatorhandboka. Eit arbeidsverktøy for koordinator av ansvarsgruppe og Individuell Plan (IP).
- Skjåk kommune (2019). Skjåk kommunes årsrekneskap og årsmelding for 2018.
- Skjåk kommune (2019) Årsmelding 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.skjaak.kommune.no/tenester/okonomi-og-skatt/okonomi/arsmelding-2019-last-ned-pdf/>
- Skjåk kommune (2020) Forebels rapport forprosjekt bærekraftig bofellesskap og avlastning i Skjåk kommune.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008) Individuelle plan – en rettighet for deg og et verktøy for samarbeid.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008) Synlig, kompetent og brukerrettet
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- St.meld. nr. 14 (2014-1015). *Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner*.
- St.meld. nr. 26 (2014-1015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.
- St. prp. nr 1 (2007-2008). Særtrykk av St.prp.nr 1 (2007-2008) kapittel 9. *Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011*.
- St. prp. nr 1 (2016-2017). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2017*.
- St. prp. Nr 1 (2019-2020). *Proposisjon til Stortinget for budsjettåret 2020*.
- Stortinget (2020). *Skriftlig spørsmål fra Nicholas Wilkinson (SV) til helse- og omsorgsministeren*. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=80796>
- Stryn kommune (2019). Plan for habilitering og rehabilitering 2019-2023. Tilgjengelig fra: <https://stryn.kommune.no/f/p1/i587a8319-0757-4b99-9f09-3b50e30f4182/plan-for-habiliterings-og-rehabiliterings-2019-2023-l181188.pdf>
- Støylen, L.L (2019). Spesialiserte rehabiliteringstjenester i St. Olavs hospital – hvor er vi og hvor skal vi?

St. Olavs hospital (u.å.). Samarbeidsavtale og underliggende retningslinjer inngått mellom St. Olavs Hospital og følgende kommuner i Trøndelag, samt samarbeidende kommuner for perioden 2018-2019. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/PublishingImages/fag-og-forskning/samhandling/Samahandlingsavtale.pdf>

Sunnaas sykehus (u.å.). Langtidsmål 2019-2022.

Sunnaas sykehus (u.å.). Strategisk plan 2019 – 2035. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/Documents/Mål%20og%20strategier/Sunnaas%20sykehus%20HF%20strategisk%20plan%202035.pdf>

Sunnaas sykehus (u.å.). Strategi 2030 – grunnlagsdokument. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/Documents/Mål%20og%20strategier/Sunnaas%20sykehus%20HF%20strategisk%20plan%202035.pdf>

Sunnaas sykehus (u.å.). Utviklingsplan 2035. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/Documents/Utviklingsplan%20Sunnaas%20sykehus%20HF%202035.pdf>

Sunnaas sykehus (2016). Idéfraserapport for Sunnaas sykehus HF – fremtidens rehabiliteringssykehus – innovativt og miljøvennlig. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/Documents/M%20C3%A5I%20og%20strategier/Id%C3%A9fraserapport%20-%20Sunnaas%20sykehus%20HF%20byggetrinn%203%20-%20-%20fremtidens%20rehabiliteringssykehus.pdf>

Sunnaas sykehus (2017). Kommunikasjonsplan 2017.

Sunnaas sykehus (2017) Mål for Sunnaas sykehus HF.

Sunnaas sykehus (2017). Årsrapport 2017 – regional koordinerende enhet (RKE) Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/seksjon/Regional-koordinerende-enhet/Documents/RKE%20c3%85rsrapport%202017.pdf>

Sørlandet sykehus (2018) Delprosjekt rehabilitering SSHR 2035. Tilgjengelig fra: <https://sshf.no/om-oss/utviklingsplan-2035/utviklingsplan-med-strategi>

Sunnaas sykehus (2018) Mål 2018 – 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/Documents/Styredokumenter/2018/Sak%201418%202018-03-20%20M%20C3%A5I%202018%202018-21%20Vedlegg%20M%20C3%A5Idokument.pdf>

Sørlandet sykehus (2018). Utviklingsplan 2035 med strategi 2018-2020. Tilgjengelig fra: <https://sshf.no/Documents/Utviklingsplan%202030/2018.04.27%20ENDELIG%20SSHF%20Utviklingsplan%202035%20med%20strategi%202018%202020.pdf>

Sunnaas sykehus (2018). Årsrapport 2018 – regional koordinerende enhet (RKE). Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/seksjon/Regional-koordinerende-enhet/Documents/%c3%85rsrapport%20Regional%20koordinerende%20enhet%202018.pdf>

Sunnaas sykehus (2019). Arbeid med individuell plan og koordinatorkfunksjonen per 31.12.2019.

Sørlandet sykehus (2019). Habilitering og rehabilitering – koordinerende enhet. Tilgjengelig fra: <https://sshf.no/behandlinger/habiliterings-og-rehabilitering>

Sunnaas sykehus (2019). Områdeplan IKT 2020-2024. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/Documents/M%20C3%A5I%20og%20strategier/Omr%20C3%A5deplan%20IKT%20Sunnaas%20sykehus%20HF%202020-2024.pdf>

Sunnaas sykehus (2019). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/seksjon/Regional-koordinerende-enhet/Documents/%c3%85rsrapport%20Regional%20koordinerende%20enhet%202019.pdf>

Sykehuset Østfold (2015). Strategi for brukermedvirkning 2016-2020. Tilgjengelig fra: <https://sykehuset-ostfold.no/Documents/Strategi%20for%20brukermedvirkning%202016-2020.pdf>

Sykehuset Østfold (2018). Sluttrapport. Virtuell samhandling i et rehabiliteringsforløp

Sømna kommune (2020). Habilitering og rehabilitering – temaplan for Sømna kommune 2019-2023. Tilgjengelig fra: <http://www.somna.kommune.no/f/p1/i395611be-9e2b-42bd-b097-b5ac5bb2ed21/habiliterings-og-rehabiliteringsplan-2019-2022.pdf>

Trondheim kommune (2015). Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2015-2018. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/11-politikk-og-planer/planer/temaplaner/teamaplan-rehab.pdf>

Trondheim kommune (2017). Årsrapport 2017. Tilgjengelig fra: <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/arsrapport-2017>

Trondheim kommune (2018). Årsrapport 2018. Tilgjengelig fra: <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/arsrapport-2018>

Trysil kommune (2019). Rehabiliteringsplan for Trysil kommune 2019-2021. Tilgjengelig fra: <https://www.trysil.kommune.no/tema/helse-og-omsorg/rehab/Documents/Rehabiliteringsplan%202019-2023.pdf>

Trondheim kommune (2019). Temaplan for habiliterings- og rehabiliteringstjenester for voksne 2019-2026. Tilgjengelig fra: <https://www.trondheim.kommune.no/globalassets/10-bilder-og-filer/11-politikk-og-planer/planer/temaplan-for-habiliterings-og-rehabiliterings-for-voksne-2019-2026.pdf>

Trondheim kommune (2019). Årsrapport 2019. Tilgjengelig fra: <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/arsrapport2019>

Trysil kommune (1999). Rehabiliteringsplan for Trysil kommune.

- Trysil kommune (2019) Koordinatorhåndboka. Informasjon og veiledning til koordinatorene for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.
- Universitetet i Oslo (2019). Pasienter og pårørendes erfaringer med pilotprosjektet ParkinsonNet – en kvalitativ evaluering. Tilgjengelig fra: <https://parkinson.no/assets/pdfs/UiO-rapport-fra-brukerintervjuer-ParkinsonNet-PDF-003.pdf>
- UNN (2018). Samarbeid, ansvars- og arbeidsfordeling mellom UNN og kommunene – Koordinator og Individuell plan (IP). Tilgjengelig fra: <https://unn.no/Documents/Samhandling/Ressurser%20og%20prosedyrer/rl3675%20koordinator%20og%20individuell%20plan.pdf>
- Vefsn kommune (2018). Plan for habiliterings- og rehabilitering 2018-2022. Tilgjengelig fra: <https://www.vefsn.kommune.no/planerrapporterforskrifter.419531.no.html>
- Weber, E. P., & Khademian, A. M. (2008). Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings. Public administration review, 68(2), 334-349.

Diverse dokumentasjon fra kommunene

- Delavtaler mellom Sørlandet sykehus HF og Arendal kommune
- Rapportering på tilskudd 2018 – Arendal kommune
- Søknader om tilskudd for styrking av habilitering og rehabilitering – Arendal kommune
- Dokumenter om rapportering på tilskudd – Indre Østfold kommune
- Regnskapsrapporter – Indre Østfold kommune
- Dokumenter over formidlings- og besøksversikt – Indre Østfold kommune
- Tjenesteavtaler mellom Nordlandssykehuset og Bodø kommune
- Søknader fra kommuner om tilskudd for styrking av habilitering og rehabilitering – Bodø
- Regnskapsrapporter 2018, 2019 – Bodø kommune
- Prosedyrer for rehabilitering – Bodø kommune
- Delavtaler mellom Sykehuset Telemark Helseforetak og kommunene i Telemark
- Dokumenter om vedtak og tildeling for individuelle plan og koordinerende enhet – Fyresdal kommune
- Dokumenter om søknad og avslag på søknad om tilskudd til styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene – 2019 – Fyresdal kommune
- Dokumenter om rutiner for rehabilitering og mestring – Lørenskog kommune
- Dokumenter om søknad om tilskudd – Lørenskog kommune
- Dokumenter om innvilgelse av tilskudd til kompetanseutvikling – Lørenskog kommune
- Dokument over metodebeskrivelse for koordinator, ansvarsgrupper med og uten individuell plan – Lørenskog kommune
- Diverse dokument om rutine for saksbehandling av helse- og omsorgstjenester – Lørenskog kommune
- Diverse dokument om revisorberetning 2017, 2018, 2019 – Skjåk kommune
- Dokumenter om søknad på rehabiliteringsmidler – Skjåk kommune.
- Dokumenter om rapportering på tilskudd, 2017, 2018, 2019 – Trondheim kommune
- Dokumenter om søknad om tilskudd til kompetansehevede tiltak i tjenestene til personer med utviklingshemning og styrking av habilitering og rehabilitering i kommunene – Trondheim kommune
- Dokumenter om rutiner og rollebeskrivelse i koordinerende enhet – Trondheim kommune
- Samarbeidsavtaler og underliggende retningslinjer inngått mellom St. Olavs HOSPITAL og kommunene i Sør-Trøndelag – Trondheim kommune
- Dokumenter om søknad og rapportering på «Knutepunktmodellen» - Trondheim kommune
- Dokumenter om årsrapport for fysio, enhet for rehabilitering i Trysil kommune 2017, 2018 og 2019
- Prosedyrer, retningslinjer og beskrivelser for helhetlige pasientforløp døgnhabilitering – Trondheim kommune
- Samarbeidsavtale 2019-2021 mellom Sykehuset Innlandet HF og kommunene i sykehusområdet – Trysil kommune

- Dokumenter om søknad om tilskudd for styring av habilitering og rehabilitering - Trysil kommune
- Dokumentasjon om hospitering i fagfeltet rehabilitering for fastansatte i HOS – Trysil kommune
- Oversikt over lærings- og mestringstilbud i Trysil kommune
- Dokumenter om styrking av habilitering og rehabilitering – Fjell kommune
- Dokumenter om budsjett for styrking av habilitering og rehabilitering – Fjell, Sund og Øygarden kommune
- Dokumenter om tilskudd til prosjekt for styrking av rehabilitering i 2017 – Øygarden kommune
- Kvitteringer på rapportering og søknad om tilskudd til rehabilitering – Fylkesmannen i Hordaland
- Dokumenter om rapportering på tilskudd – Øygarden kommune
- Dokument om regnskap knytt til pilot innen habilitering og rehabilitering – Øygarden kommune

Diverse dokumentasjon fra fylkene:

- Dokumenter om tilskudd for rehabilitering 2017-2019 – Agder
- Dokumenter om tilskudd for rehabilitering 2017-2019 – Hedmark
- Dokumenter om tilskudd for rehabilitering 2017-2019 – Rogaland
- Oversikt over tilskudd om styring av habilitering og rehabilitering 2017-2019 – Hordaland
- Søknader fra kommuner om tilskudd for styrking av habilitering og rehabilitering – Finnmark
- Svar på søknader fra kommuner om tilskudd til styring av habilitering og rehabilitering – Finnmark
- Dokumenter om rapportering på tilskudd 2018 – Møre og Romsdal
- Dokumenter fra kurs og samlinger – Møre og Romsdal
- Oversikt over tilskuddsprosessen om styring av habilitering og rehabilitering – Møre og Romsdal
- Dokumenter om tilskudd til kommuner for styring av habilitering og rehabilitering – Møre og Romsdal
- Oversikt over tilskudd om styring av habilitering og rehabilitering 2017 – Nordland
- Oversikt over tilskudd om styring av habilitering og rehabilitering 2018 – Nordland
- Oversikt over tilskudd om styring av habilitering og rehabilitering 2019 – Nordland
- Rapportering på tilskudd til styring av habilitering og rehabilitering i kommunene – Sogn og Fjordane
- Søknader fra kommuner om tilskudd for styrking av habilitering og rehabilitering – Sogn og Fjordane
- Svar på søknader fra kommuner om tilskudd til styring av habilitering og rehabilitering – Sogn og Fjordane
- Oversikt over søknad og tildeling – Trøndelag
- Oversikt over behandling av søknader om habilitering og rehabilitering 2018 – Vestfold
- Oversikt over behandling av søknader om habilitering og rehabilitering 2019 – Vestfold
- Dokumenter over tilskudd for habilitering og rehabilitering tildelt i 2017 – Viken
- Dokumenter over tilskudd tildelt for habilitering og rehabilitering 2018 – Viken
- Dokumenter over tilskudd tildelt for habilitering og rehabilitering 2019 – Viken
- Tildelingsbrev til fylkesmannen 2017-2020
- Dokumenter om søknad og rapportering 2016, 2017, 2018, 2019, 2020 – Indre Østfold

Diverse dokumentasjon fra helseforetakene

- Dokumenter om retningslinjer for individuell plan – Helse Bergen HF

- Dokumenter om retningslinjer for koordinator for samordning av tjenester – Helse Bergen HF
- Dokumenter om retningslinjer om individuell plan – St. Olavs Hospital
- Dokumenter om retningslinjer om individuell plan – Helse Nord-Trøndelag HF
- Dokumenter om prosedyrer for koordinerende enhet – Helse Nord-Trøndelag
- Avtaler – Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF
- Årsrapporter 2017, 2018 og 2019 – Helse Midt-Norge
- Årsrapporter – RKE Helse Nord
- Program for samlinger og brosjyrer – Sunnaas sykehus
- Dokument om mandat for nasjonalt nettverk for regionale koordinerende enheter for habilitering og rehabilitering – Sunnaas sykehus
- Dokumenter om rutiner og prosedyrer – Akershus universitetssykehus
- Årlige meldinger om voksenhabilitering 2017,2018 og 2019 – Akershus universitetssykehus
- Årsrapporter om samhandlingsutvalgene mellom kommunene på Romerike, Follo og Rømskog og Akershus universitetssykehus – Akershus universitetssykehus
- Delavtaler – Akershus universitetssykehus
- Handlingsplaner for avdeling voksenhabilitering – Akershus universitetssykehus
- Årsmeldinger for avdeling voksenhabilitering – Akershus universitetssykehus
- Rutiner, prosedyrer og retningslinjer – Nordlandssykehuset
- Stillings- og oppgavebeskrivelser – Nordlandssykehuset
- Samarbeidsavtaler mellom Nordlandssykehus, NAV, Universitetet i Tromsø og Universitetet i Nordland
- Dokumenter om ledelsens gjennomgang av foretaket – Nordlandssykehuset
- Svar vedrørende evaluering av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering – St. Olavs Hospital
- Virksomhetsplaner HABU og BUA - Sørlandet sykehus
- Årsrapporter HABU – Sørlandet sykehus
- Instruks, retningslinjer og prosedyrer – Sørlandet sykehus
- Fagutviklingsplaner BUA og HABU – Sørlandet sykehus
- Virksomhetsplaner AFR – Sørlandet sykehus
- Årsrapporter klinikk for somatikk SSK – Sørlandet sykehus
- Prosedyrer og retningslinjer for vurdering av IP og utnevning av koordinerende enhet - UNN
- Tjenesteavtaler - UNN
- Prosedyrer for brukervedvirkning – Sykehuset Østfold
- Svar på forslag om utvidelse av ParkinsonNet nasjonalt – Universitetet i Oslo, NKB og Radboud

Vedlegg 2: Oversikt over intervjuer

Kategori	Virksomhet/enhet	Navn på informant (er)	Type intervju	Antall informanter
Fylkesmann	FM Agder	Irene Vestøl Stødle	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Finnmark	Gry Bogetun	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Hedmark	Irene Imingen	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Hordaland	Anne Grete Robøle	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Møre og Romsdal	Eli Mette Finnøy	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Nordland	Solveig Hovet og Marita Bjerke og Jorunn Stabell	Semistrukturert	2
Fylkesmann	FM Oppland	Helene Dypdal	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Oslo	Torill Tuft	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Rogaland	Linn Hageland og Bjørg Odland	Semistrukturert	2
Fylkesmann	FM Sogn og Fjordane	Anne Eli Wangen	Semistrukturert	
Fylkesmann	FM Troms	Anders Aasheim	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Trøndelag	Thea Kveinå	Semistrukturert	1
Fylkesmann	FM Vestfold og Telemark	Randi Askjer og Ingun Fitje Selim	Semistrukturert	2
Helsedirektoratet	Helsedirektoratet	Bjørn Alexander Andreassen og Sigrunn Gjønnes	Semistrukturert	2
Helsedirektoratet	Helsedirektoratet	Sigrunn Gjønnes	Semistrukturert	1
Helsedirektoratet	Helsedirektoratet	Mette Odden Grimeland, Eirik Jønsberg og Iryna Antonova	Semistrukturert	3
Helseforetak	KE Helse Møre og Romsdal	Anne Hollingen	Semistrukturert	1
Helseforetak	HelseMidt RKE	Anne Kristine og Nancy Haugen	Semistrukturert	2
Helseforetak	KE Nordlandssykehuset	Stian Molvik	Semistrukturert	1
Helseforetak	RKE Helse Nord	Audhild Høyem	Semistrukturert	1
Helseforetak	KE UNN	Hanne Winther og Tove Løvli	Semistrukturert	2
Helseforetak	Ahus	Bente og Linda	Semistrukturert	2
Helseforetak	Helse Sørøst	Jon Ivar Sørland og Mari Klokkeud	Semistrukturert	2
Helseforetak	Sunnaas sykehus	Kirsten Sætre	Semistrukturert	1
Helseforetak	Sykehuset Østfold	Odd Petter Nilsen	Semistrukturert	1
Helseforetak	Sørlandet sykehus	Miriam Smedsrød	Semistrukturert	1
Helseforetak	RKE Helse Vest	Edith Lunde og Cathrine Nøttingnes	Semistrukturert	2

Brukerorganisasjon	Norsk Ravmatikerforbund, LHL, Pasientforbundet, LPP Bergen, Landsforening polioskade og Kreftforeningen	Christian, Bente Iren, Tove, Christine, Geir og Jorunn	Gruppeintervju	6
Brukerorganisasjon	FFO, Mental Helse og Unge funksjonshemmede	Arnfinn Aarnes, Grethe Bygland og Ingrid Thunem	Gruppeintervju	3
Brukerorganisasjon	Norsk fysioterapiforbund, Norsk forening for fysialisk i legeforeningen, Norsk ergoterapeut forbund og Tillitsvalgt region øst for fysioterapauter	Christine, Tor, Marianne, Tonje og Sissel	Gruppeintervju	5
Brukerorganisasjon	Parkinsonforbundet	Magne Wang Fredriksen	Semistrukturert	1
Kommune	Arendal	Nina Evensen Smith og Torill Skår	Semistrukturert	2
Kommune	Arendal	Else og Ina	Semistrukturert	1
Kommune	Arendal	Vibeke, Katrin og Ina	Gruppeintervju	3
Kommune	Arendal	Nina og Torill	Semistrukturert	2
Kommune	Askim-prosjektet	Kari Anne Dehli, Carina Kolnes og Bent- Håkon Lauritzen	Gruppeintervju	3
Kommune	Askim-prosjektet	Tone, Marianne, Lars og Tone	Gruppeintervju	4
Kommune	Askim-prosjektet	Reidum Heskem	Semistrukturert	1
Kommune	Bodø		Semistrukturert	2
Kommune	Bodø	Sverre Rasch	Semistrukturert	1
Kommune	Bodø	Live Bente Sælbo	Semistrukturert	1
Kommune	Bodø	Marit Larsen	Semistrukturert	1
Kommune	Bodø	Anita Steinvik, Liv Sundset og Hanne	Gruppeintervju	3
Kommune	Fyresdal	Anne Veum	Semistrukturert	1
Kommune	Fyresdal	Siv Seltveit	Semistrukturert	1
Kommune	Lørenskog	Eirik Leren	Semistrukturert	1
Kommune	Lørenskog	Janne Lind	Semistrukturert	1
Kommune	Nordreisa	Angela Sodegjed	Semistrukturert	1
Kommune	Sjustjerna	Renate Rossi-Kaldhol, Mona Kile og Svein Berg-Rusten	Gruppeintervju	3
Kommune	Sjustjerna	Gro-Annette Frøystad Vold	Semistrukturert	1

Kommune	Skjåk	Elisabeth Lunde, Ann Kristin og Kjersti	Gruppeintervju	3
Kommune	Skjåk	Inger Helene Brandsår	Semistrukturert	1
Kommune	Skjåk	Anette Bersu, Elisabeth Lunde, Kristine og Kjersti Hvelve	Gruppeintervju	4
Kommune	Trondheim	Ida Granås, Siri Løvås, Astrid, Tharsini	Gruppeintervju	4
Kommune	Trondheim	Marit Ringseth Berg, Elin Simonsen og Anne Karin Ehlie	Gruppeintervju	3
Kommune	Trysil	Marianne, Stian, Eva Thanem og Ine	Gruppeintervju	4
Kommune	Trysil	Ingunn Tremoen	Semistrukturert	1
Kommune	Trysil	Jorunn Løken og Barbara	Semistrukturert	2
Kommune	Øygarden	Line Barmen	Semistrukturert	1
Kommune	Øygarden	Liv Møen	Semistrukturert	1
Private institusjoner		Hege Aatangen, Hege, Hanne, Astrid Nyquist og Torbjørn Furuland	Gruppeintervju	5
Tjenesteytere		Christine, Tor, Marianne, Tonje, Sissel	Gruppeintervju	4
Private institusjoner	Spekter	Kim Hannisdal	Semistrukturert	1
Helse- og omsorgsdepartementet		Kristin Gjennestad og Odd Bakken	Semistrukturert	2
Forsker	Oslo Economics	Eric Sæthre	Semistrukturer	1

Vedlegg 3: Oversikt over tilskuddsordninger

I rapporten har vi hatt et særskilt fokus på tilskuddsordningene styrking av habilitering og rehabilitering og kompetanse og innovasjon, som er særlig relevante for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet.

For tilskuddsordningen styrking av habilitering og rehabilitering har Helsedirektoratet utviklet et regelverk for tildeling av stimuleringsmidlene i ordningen i 2017 og 2018. For 2019 er regelverket fra 2018 videreført. Det kommer frem av dette regelverket at målet med tilskuddsordningen er å styrke habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i kommunene i tråd med opptrappingsplanen og i samsvar med krav og anbefalinger i veilederen. Det er satt ned tildelingskriterier, og kommunene som mottar tilskudd skal rapportere på måloppnåelse for kalenderåret tilskuddet ble tildelt. Fylkesmannen er tilskuddsforvalter, og tildeler tilskudd i tråd med gitt ramme fra Helsedirektoratet.

Videre er tilskuddsordningen kompetanse og innovasjon svært relevant for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i kommunene. Det kommer frem av Helsedirektoratet sine nettsider at målet er å styrke kommunenes evne og mulighet til å utvikle bærekraftige og gode helse- og omsorgstjenester. Tilskuddet skal bidra til at kommunene setter i gang kompetansehevende tiltak og nybrotts- og utviklingsarbeid ut fra lokale forutsetninger og behov.

I tillegg er andre tilskuddsordninger relevante for habiliterings- og rehabiliteringstjenestene i kommunene, herunder:

- Frisklivs-, lærings- og mestringstilbud
- Folkehelse
- Psykisk helse og rus
- Velferdsteknologi
- Psykolog

Disse tilskuddsordningene vil ikke diskuteres nærmere i denne evalueringen.

Fylke	Kommune	2017	Formål	2018	Formål	2019	Formål
Agder	Arendal					205 000	Hjelpemiddel
	Arendal					100 000	Annet
	Arendal	500 000	Habilitering barn	790 000	Habilitering barn	380 000	Ernæring
	Arendal					250 000	Kognitivsvikt
	Audnedal	450 000	Hverdagsrehabilitering	450 000	Hverdagsrehabilitering		
	Audnedal og Lyngdal			600000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Evje og Hornes					110000	Koordinerende enhet
	Evje og Hornes					230000	Aktivitetstilbud rehabilitering
	Farsund			600000	Brukermedvirkning, pasientforløp	354615	Brukermedvirkning, pasientforløp
	Farsund					180000	Sterk og Stødig
	Flekkefjord	300000	Ergoterapeut barn	300000	Ergoterapeut barn	300000	Ergoterapeut barn
	Froland			470000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Gjerstad	310000	Hverdagsmestring	340000	Hverdagsmestring	240000	Hverdagsmestring
	Gjerstad					120000	Kols
	Iveland			100000	Plan for habilitering og rehabilitering	350000	Plan for habilitering og rehabilitering
	Kristiansand	1175000	Fremtidsrettet rehabilitering	1896147	Fremtidsrettet rehabilitering	200000	Fremtidsrettet rehabilitering
	Kristiansand					1000000	Koordinerende enhet
	Kvinesdal					600000	Tverrfaglig team
	Lillesand			700000	Plan for habilitering og rehabilitering	600000	Ergoterapeut barn
	Lyngdal	800000	Habilitering og rehabilitering	800000	Habilitering og rehabilitering		
	Mandal	650000	Rehabilitering	1150000	Rehabilitering	300000	Rehabilitering
	Risør					500000	Handlingsplan
	Søgne	150000	Koordinerende enhet	66427	Koordinerende enhet		
	Tvedestrand					180385	

	Valle	381000	Ikke spesifisert	246698	IP	
	Vennesla			140000	Plan for habilitering og rehabilitering	
	Åmli	500000	Rehabilitering og koordinerende enhet	589788	Rehabilitering og koordinerende enhet	
Finnmark	Alta	855000	Ikke spesifisert	1225000	Ikke spesifisert	2530000 Ikke spesifisert
	Berlevåg	100000	Ikke spesifisert			
	Hasvik	244 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
	karasjok	200 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
	Loppa	280 000	Brukermedvirkning	335 000	Interkommunalt samarbeid	
	Nordkap	127 000	Ernæring			
	Sør-Varanger	400 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
	Vadsø	450 000	Hverdagsrehabilitering	1 065 000	Rehabilitering	
	Vardø	100 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
Hedemark	Kongsvinger	500 000	Rehabilitering	170 000	Rehabilitering	413 364 Rehabilitering
	Hamar	200 000	Habilitering	700 000	Rehabilitering	500 000 Dagrehabilitering
	Ringsaker	660 000	Habiliteringsteam	345 000	Rehabiliteringsplan	
	Stange	700 000	Tidlig innsats barn	245 000	Tidlig innsats barn	1 150 000 Vurderingsteam
	Sør-Odal	735 000	Rehabilitering	321 350	Rehabilitering og habilitering	945 508 Innovasjon
	Åsnes			241 000	Hverdagsrehabiliteirng	
	Våler			428 000	Plan for habilitering og rehabilitering	99 630 Plan for habilitering og rehabilitering
	Elverum					670 000 Handlingsplan
	Trysil			271 859	Velferdsteknologi	270 600 Rehabilitering og habilitering

	Stor-Elvdal				295 500	Plan for habilitering og rehabilitering
	Tolga			190 000	Hverdagsmestring	
	Tynset	ikke spesifisert	Hverdagsrehabilitering	423 855	Hverdagsrehabiliteirng	296 583 Hverdagsmestring
Nordland	Andøy	100 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
	Bindal	150 000	Plan for helhetlig pasientforløp			
	Bodø	1 400 000	Innsatsteam	860 000	Ernæringsfysiolog, treningskompis	1 000 000 Innsatsteam, plan, ernæringsfysiolog
	Brønnøy	400 000	Rehabilitering	300 000	Rehabilitering	
	Hemnes	330 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
	Narvik	350 000	Habilitering og rehabilitering	88 400	Ikke spesifisert	677 000 Plan for habilitering og rehabilitering
	Rana	450 000	Plan for habilitering og rehabilitering	415 000	Plan for habilitering og rehabilitering, og rusavhengighet	179 000 Plan for habilitering og rehabilitering
	Sortland	750 000	Plan for habilitering og rehabilitering, samlokalisering	204 500	Ikke spesifisert	200 000 Hverdagsmestring
	Vefsn	670 000	Habilitering barn	920 000	Hverdagsmestring	800 000 Hverdagsmestring
	Vågan	40 000	Erfaringsdeling			
	Øksnes	500 000	Hjelpemidler			
	Hattfjelldal			300 000	Plan for habilitering og rehabilitering	450 000 Forebyggende arbeid
	Alstahaug					300 000 Hverdagsmestring
	Fauske					350 000 Plan for habilitering og rehabilitering
	Hadsel					400 000 Plan for habilitering og rehabilitering
	Hamarøy					500 000 Rehabilitering

	Leirfjord					420 000	Plan for habilitering og rehabilitering
Rogaland	Karmøy	600 000	Hjelpemidler	1 000 000	Habilitering og rehabilitering	1 700 000	Dagrehabilitering og hjelpemiddel
	Finnøy	300 000	Koordinerende enhet	300 000	Koordinerende enhet		
	Eigersund	350 000	Koordinerende enhet			213 693	Koordinerende enhet
	Stavanger	1 240 000	Hverdagsmestring	500 000	Koordinerende enhet	259 270	Koordinerende enhet
	Stavanger	720 000	Innsatsteam	300 000	Innsatsteam		
	Stavanger	250 000	Logoped	1 340 000	IKART	1 092 400	IKART
	Stavanger	250 000	Behandlingsforløp hofteoperasjon				
	Randaberg	237 000	Koordinerende enhet				
	Rennesøy			600 000	Ergoterapi		
	Strand			800 000	Hverdagsrehabilitering		
	Tysvær			300 000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Sandnes			900 000	Koordinerende enhet	1 070 637	Koordinerende enhet
	Bokn					201 000	Hverdagsrehabilitering
	Sauda					480 000	Hverdagsrehabilitering
	Sola					1 000 000	Dagrehabilitering
	Vindafjord					500 000	Plan for habilitering og rehabilitering
Vestfold og Telemark	Bamble	400 000	Plan for rehabilitering	300 000	Koordinerende enhet	500 000	Rehabiliteringsteam
	Bamble	200 000	Helhetlig rehabiliteringsforløp				
	Bø			300 000	Plan for habilitering og rehabilitering	300 000	Hverdagsrehabilitering
	Dragedal	200 000	Plan for habilitering og rehabilitering	200 000	Kompetanse, IP og koordinator	300 000	Koordinerende enhet
	Fyresdal					43 892	Kompetanse

	Hjartdal	100 000	Hverdagsrehabilitering, Koordinerende enhet			
	Kragerø	140 000	Habilitering og rehabilitering	100 000	Habilitering og rehabilitering	
	Nissedal			400 000	Barn og unge	
	Nome	200 000	Brukermedvirkning	300 000	Brukermedvirkning	300 000 Habilitering og rehabilitering
	Notodden	400 000	Plan for rehabilitering, IP			
	Porsgrunn	540 000	Koordinerende enhet	200 000	Hverdagsmestring	500 000 Koordinerende enhet
	Porsgrunn	394 900	Innsatsteam	400 000	Tverrfaglig team	
	Seljord	39 000	Plan for rehabilitering			250 000 Rehabiliteringsteam
	Skien	475 000	Hverdagsrehabilitering	800 000	Hverdagsrehabilitering	500 000 Koordinerende enhet
	Tokke	160 000	Hverdagsmestring	100 000	Hverdagsmestring	150 000 Hverdagsmestring
	Tinn			300 000	Koordinerende enhet	
	Vinje	200 000	Rehabilitering			300 000 Koordinerende enhet
	Færder	317 300	Plan for habilitering og rehabilitering	440 000	Koordinerende enhet	200 000 Koordinerende enhet
	Holmestrand	600 000	Forebyggende	300 000	Forebyggende	500 000 Koordinerende enhet
	Horten	450 000	Kompetanse barn og unge	450 000	Kompetanse barn og unge	400 000 Koordinator
	Larvik			600 000	Hverdagsrehabilitering	300 000 Koordinerende enhet
	Re			300 000	Koordinerende enhet, og ergoterapeut	200 000 Habilitering og rehabilitering
	Sande	450 000	Ikke spesifisert	300 000	Koordinator	200 000 Koordinator
	Sandefjord	800 000	IP-verktøy	540 000	Habilitering og rehabilitering	600 000 Ambulant veiledningstjeneste
	Svelvik	450 000	IP	200 000	Koordinator og IP	100 000 Koordinator IP
	Tønsberg	600 000	Plan for habilitering og rehabilitering	540 000	Hverdagsrehabilitering	800 000 IP
Troms	Lyngen	500 000	IP	361 093	Hverdagsrehabilitering	
	Skjervøy	500 000	Tverrfaglig team			
	Storfjord	500 000	Rehabilitering	147 497	Hverdagsrehabilitering	470 000 Hverdagsrehabilitering

	Sørreisa	500 000	Plan for habilitering og rehabilitering				
	Kvænangen	500 000	Tverrfaglig team	355 943	Brukermedvirkning	305 000	Habilitering og rehabilitering
	Gratangen	500 000	Koordinerende enhet				
	Lenvik	500 000	Tverrfaglig team			500 000	Plan for habilitering og rehabilitering
	Harstad	500 000	Tverrfaglig team	250 000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Karlsøy	500 000	Tverrfaglig team	500 000	Tverrfaglig innsatsteam	590 000	Tverrfaglig team
	Karlsøy					400 000	Fritidstilbud
	Tromsø	596 000	Plan for habilitering og rehabilitering				
	Nordreisa			500 000	Hverdagsrehabilitering	900 000	Hverdagsrehabilitering
	Kåfjord			230 000	Hverdagsrehabilitering		
	Løkta IKS			1 016 094	Habilitering og rehabilitering		
	Salangen					500 000	Plan for habilitering og rehabilitering
	Ibestad					950 000	Hverdagsrehabilitering
Møre og Romsdal	Averøy			360 000	Rehabiliteringsteam		
	Fræna/Hustadvika	450 000	Hverdagsrehabilitering	600 000	Hverdagsrehabilitering	600 000	Hverdagsrehabilitering
	Giske					700 000	Habilitering og rehabilitering
	Herøy			660 000	Hverdagsrehabilitering	140 000	Hverdagsrehabilitering
	Kristiansund			660 000	Hverdagsmestring	400 868	Hverdagsmestring
	Molde	1 900 000	Habilitering og rehabilitering	560 000	Habilitering og rehabilitering	1 500 000	Habilitering og rehabilitering
	Rauma	542 400	Plan for habilitering og rehabilitering	660 000	Rehabilitering		
	Sande	140 000	Habilitering og rehabilitering				

Stordal		400 000	Koordinerende enhet	270 000	Rehabilitering og habiliteringsteam
Smøla	100 000	Plan for habilitering og rehabilitering	100 000	Plan for habilitering og rehabilitering	
Sykkylven				323 000	Tildelingskontor
Ulstein	500 000	Habilitering og rehabilitering	400 000	Habilitering og rehabilitering	299 132
Vestnes				500 000	Ikke spesifisert
Volda				500 000	Tverrfaglig rehabilitering
Ørskog	200 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
Ørsta				100 000	ikke spesifisert
Ålesund	1 300 000	Habilitering og rehabilitering	660 000	Habilitering og rehabilitering	
Hordaland * ikke spesifisert år til år	Øygarden	750 000	180 927	375 971	Rehabilitering
	Bømlo	560 000	565 828	500 000	Dagrehabilitering
	Os	335 915	536 391	600 000	IP og koordinator
	Bergen	1 000 000	2 917 519	909 000	Koordinerende enhet
	Austevoll	750 000	374 305	Plan for habilitering og rehabilitering	
Vaksdal	600 000		597 745	600 000	Plan for habilitering og rehabilitering
Askøy	1 020 000		75 000	1 000 000	Koordinator
Sund	200 000		550 004	Tverrfaglig vurderingsteam	
Ullensvang	96 000		368 488	184 189	Koordinator
Ulvik			274 000	600 000	Rehabilitering
Osterøy			162 000	Plan for habilitering og rehabilitering	

	Fitjar			500 000		200 000	Plan for habilitering og rehabilitering
	Austerheim			220 000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Fusa			250 000	Koordinerende enhet		
	Kvam	500 000		500 000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Fjell			400 000		400 000	Habilitering
	Masfjorden					150 000	Koordinerende enhet
	Etne					122 500	Plan for habilitering og rehabilitering
	Stord	200 000		410 000		600 000	Koordinator
	Voss	750 000				600 000	IP og koordinator
	Samnanger	336 500	Plan for habilitering og rehabilitering				
	Kvinnherad	192 956	Plan for habilitering og rehabilitering				
Sogn og Fjordane	Hyllestad	81 700	Plan for habilitering og rehabilitering	100 000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Luster	500 000	Plan for habilitering og rehabilitering, habiliteringstilbud	300 000	Plan for habilitering og rehabilitering, habiliteringstilbud	330 000	Rehabilitering
	Vågsøy	600 000	Habilitering og rehabilitering	300 000	Hverdagsrehabilitering	300 000	Hverdagsrehabilitering
	Eid	300 000	Fysio- og ergoterapeut	300 000	Fysio- og ergoterapeut	300 000	Habilitering og rehabilitering
	Fjaler	367 000	Plan for habilitering og rehabilitering	300 000	Plan for habilitering og rehabilitering		
	Flora	300 000	Rehabilitering	100 000	Kartlegging av tilbud		
	Naustdal	300 000	Ergoterapeut	300 000	Tverrfaglig samarbeid	330 000	Habilitering og rehabilitering
	Årdal	200 000	Tverrfaglig team			600 000	Koordinerende enhet og hverdagsrehabilitering

	Selje	300 000	Ergoterapeut	200 000	Ergoterapeut	300 000	Habilitering og rehabilitering
	Aurland	300 000	Hverdagsrehabilitering				
	Stryn			300 000	Plan for habilitering og rehabilitering	300 000	Hverdagsrehabilitering
	Lærdal			300 000	Ikke spesifisert		
	Gloppen			300 000	Overganger		
	Sogndal			143 000	Brukermedvirkning	143 000	Habilitering og rehabilitering
	Solund			262 000	Ikke spesifisert	350 000	Plan for habilitering og rehabilitering
	Gaular					300 000	Habilitering og rehabilitering
Akershus	Frogn	600 000	Koordinerende enhet	675 000	Koordinerende enhet	600 000	Koordinerende enhet
	Nes	700 000	Habilitering og rehabilitering	540 716	Habilitering og rehabilitering	400 000	Habilitering og rehabilitering
	Asker			1 300 000	Habilitering og rehabilitering	1 300 000	Habilitering og rehabilitering
	Enebakk			500 000	Plan for rehabilitering	700 000	Hverdagsmestring
	Oppegård			2 410 000	Habilitering og rehabilitering	1 860 400	Habilitering og rehabilitering
	Rælingen			600 000	Psykisk helse og avhenighet		
	Ski			700 000	Hverdagsrehabilitering		
	Sørum			450 000	Habilitering og rehabilitering	250 000	Plan for rehabilitering
	Aurskog-Høland					650 000	Habilitering
	Eidsvoll					300 000	Hverdagsmestring
	Lørenskog					500 000	Habilitering og rehabilitering
	Ås					300 000	Rehabilitering
Østfold	Våler	332 917	Plan for habilitering og rehabilitering	500 000	Plan for habilitering og rehabilitering	100 200	Plan for habilitering og rehabilitering
	Halden	1 180 383	Ambulant rehabilitering	430 000	Habilitering og rehabilitering	1 037 000	Ambulant rehabilitering
	Fredrikstad	1 300 000	Habilitering og rehabilitering	430 000	Habilitering og rehabilitering	500 000	Habilitering og rehabilitering
	Sarpsborg	1 400 000	Rehabilitering			300 000	Rehabilitering
	Eidsberg			1 200 000	Rehabilitering		
	Marker			500 000	Rehabilitering	300 000	Rehabilitering

	Rakkestad		500 000	Barn og unge		150 000	Barn og unge
	Rygge		600 000	Plan for habilitering og rehabilitering			
	Askim					700 000	Rehabilitering
	Hvaler					600 000	Ambulant rehabilitering
	Råde					400 000	Tverrfaglig ambulant team
Buskerud	Ål	790 000	Rehabilitering	660 000	Rehabilitering	800 000	Rehabilitering
	Hurum	430 000	Friskliv og mestring	430 000	Friskliv og mestring		
	Lier	1 050 000	Hverdagsrehabilitering				
	Røyken	530 000	Habiliteringsteam	700 000	Habilitering og rehabilitering	500 000	Habilitering
	Øvre Eiker	710 000	Hverdagsmestring	700 000	Hverdagsmestring		
	Kongsberg	123 800	Kompetanse	100 000	Kompetanse	100 000	Kompetanse
	Flesberg	745 000	Hverdagsmestring				
	Hemsedal			110 00	Hverdagsrehabilitering		
	Hole			500 000	Habilitering og rehabilitering	400 000	Rehabilitering
	Nes			400 000	Brukermedvirkning		
	Nedre Eiker 1					230 000	Ergoterapi
	Nedre Eiker 2					580 000	Habilitering
	Ringerike					500 000	Habilitering og rehabilitering
	Røyken og Hurum					550 000	Friskliv og mestring
	Røyken, Hurum og Asker					466 000	Habilitering og rehabilitering
Oppland	Gjøvrik og Sel	1 000 000	Psykisk helse				
	Vestre Slidre	350 000	Ikke sepsifisert				
	Lom	100 000	Hverdagsrehabilitering				
	Vågå	200 000	Hverdagsrehabilitering	340 000	Rehabilitering		
	Søndre Land	200 000	Hverdagsrehabilitering	200 000	Habilitering og rehabilitering		
	N-Aurdal	700 000	Ikke spesifisert				

	Vestre Toten	1 000 000	Hverdagsrehabilitering og hjernehelse		
	Ringebu	ikke spesifisert	Fagnettverk		
	Skjåk			500 000	Hverdagsrehabilitering
	Jevnaker	500 000	Ergoterapeut		
	N-Aurdal			450 000	Rehabiliteringsplan
	Østre Slidre			300 000	Hverdagsrehabilitering
	Gausdal			400 000	Hverdagsrehabilitering
	Vang			400 000	Rehabiliteringsplan
	Lillehammer			200 000	Psykisk helse og rehabilitering
	S-Aurdal			200 000	Rehabilitering
Trøndelag	Bjugn				600 000 Tverrfaglighet og tidlig innsats
	Fosen			600 000	Rehabilitering
	Grong	85 000	Muskel og skjelett	120 033	Muskel og skjelett
	Inderøy	500000		212084	400000
	Verdal	299700			380000
	Klæbu	570000		570000	500000
	Levanger	450000		700000	150000
	Malvik	474000		750000	585601
	Meldal	200000	Tverrfaglig innsats		
	Melhus			900000	500000
	Midtre Gauldal	400000			250000
	Midtre Gauldal				100000
	Midtre Gauldal			270000	Hverdagsmestring
	Namsos	275000		566823	500000
	Oppdal			504688	45000
	Orkdal			900000	Ikke spesifisert
	Skaun	750000		524418	350000

	Snåsa	700000				500000	Ernæring
	Steinkjer	650000		430000	Ergoterapeut	650000	Habilitering
	Stjørdal	350000	Ikke spesifisert	633384	Ikke spesifisert	590546	ikke spesifisert
	Hitra					400000	Plan for rehabilitering
	Trondheim	2910000	Fagnettverk	1093570	Fagnettverk	900000	Knutepunktmodellen
	Trondheim			300000	Ikke spesifisert		
	Trondheim					110000	ikke spesifisert
	Selbu					140000	Plan for habilitering og rehabilitering
	Ørland	650000	Tverrfaglighet og tidlig innsats	800000	Tverrfaglighet og tidlig innsats	600000	Tverrfaglighet og tidlig innsats
Oslo	Grünerløkka	270 000	Trening, kols og velferdsteknologi	422 198	Trening, kols og velferdsteknologi	740 000	Trening, kols og velferdsteknologi
	S. Nordstrand Hverdagsmestring	1 300 000	Posisjonering 24/7	305 000	Posisjonering 24/7	410 000	Posisjonering 24/7
	S. Nordstrand Koordinerende enhet	700 000	Koordinerende enhet	790 016	Koordinerende enhet		
	V. Aker	3 000 000	Hverdagsmestring og rehabilitering	695 400	Hverdagsmestring og rehabilitering	750 000	Hverdagsmestring og rehabilitering
	Østensjø	800 000	Rehabilitering				
	Helseetaten	1 000 000	Slagpasienter	682 509	Rehabilitering	200 000	Hjerneslag
	Helseetaten	3 399 200	Habilitering og rehabilitering	373 107	Hjerneslag	1 200 000	Habilitering og rehabilitering
	Sykehjemsetaten /Lilleborg Helsehus	2 000 000	Vedtak	950 000	Vedtak		
	Sykehjemsetaten/ Solvang helsehus	900 000	Rutiner og arbeidsmetodikk	2 000 000	Samhandling bydeler	300 000	Dagsenter
	Gamle Oslo			671 054	Virtuell trening	1 800 000	Virtuell trening
	Nordstrand			500 000	Velferdsteknologi		
	Sagene			400 000	Koordinerende enhet	200 000	Koordinerende enhet
	Frogner					630 000	Koordinerende enhet

Ullern

630 000 Koordinerende enhet



Kontakt oss

Kine Kjærnet

Partner

T +47 90 56 91 24

E kine.kjaernet@kpmg.no

kpmg.no

2021 KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

This proposal is made by KPMG AS, a Norwegian limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent firms affiliated with KPMG International, a Swiss cooperative, and is in all respects subject to the negotiation, agreement, and signing of a specific engagement letter or contract. KPMG International provides no client services. No member firm has any authority to obligate or bind KPMG International or any other member firm vis-à-vis third parties, nor does KPMG International have any such authority to obligate or bind any member firm.

Utarbeidet på oppdrag fra
Helsedirektoratet
Publikasjon IS-2975

