



Fylkesmannen i Sogn og Fjordane
Fylkesmannen i Hordaland
Fylkesmannen i Rogaland

Kommunane sitt tilbud for habilitering og rehabilitering

Resultat frå spørjeundersøking gjennomført i 2015

Innhald

Samandrag.....	3
Innleiing	3
Rehabilitering	3
Habilitering	4
Individuell plan og koordinator	4
Rammer for tenesta	5
Fylkesmannen sitt oppdrag	6
Tilsynserfaringar	6
Metode.....	7
Resultat.....	8
Diskusjon	20
Koordinerende eining.....	20
Oversikt over behov	20
Tilgang på kompetanse.....	21
Individuelt tilpassa tilbod	21
Tilbod til ulike grupper med behov for habilitering og rehabilitering.....	21
Samhandlingsreforma sin innverknad på rehabiliteringstilbod i kommunane	23
Vurdering av tilbakemeldingar	24
Konklusjon	24
Vedlegg.....	26
Vedlegg 1: Spørjeskjema	26
Vedlegg 2: Følgjebrev til kommunane i Hordaland.....	29

Samandrag

Fylkesmennene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane har sendt ut elektronisk spørreskjema til koordinerande eining i alle kommunane i regionen om habiliterings- og rehabiliteringstenestene, koordinerande eining og individuell plan. 70 av 85 kommunar i regionen har svara på undersøkinga.

Tilbakemeldingane viser at det er skilnader i:

- Kva tilbod pasientar og brukarar med ulike diagnoser får.
- Om kommunane har bestemt kva funksjon (mandat) koordinerande eining (KE) skal ha.
- Om interne og eksterne samarbeidspartnarar kjenner til og samarbeider med KE.
- Om kommunane har oversikt over behovet for habiliterings- og rehabiliteringstenester og som følgje av dette, behovet for kapasitet og kompetanse i tenestene.

Det er framleis ein veg å gå før alle kommunane har nødvendig kompetanse og kapasitet til å kunne gje tilbod om habilitering og rehabilitering til alle brukargrupper. koordinerande eining koordinerande eining .

Fylkesmannen oppmodar kommunane om å skaffe seg oversikt over behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester. Ei slik oversikt gjev grunnlag for analyse og evaluering av tenestene og for å vurdere behov for kapasitet og kompetanse. Kvar kommune bør avklare kva rolle og funksjon koordinerande eining skal ha i samarbeidet med spesialisthelsetenesta om pasientar som treng habiliterings- eller rehabiliteringstenester etter sjukehusopphald.

Innleiing

Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) legg følgjande definisjon til grunn for rehabilitering: «*Tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet*». Habilitering kan tydst på same vis, men dreier seg om *tiltak rettet mot barn eller voksne med medfødte eller tidlig ervervede helse- eller funksjonsproblemer* (jf. forskrift om habilitering og rehabilitering, juni 2001). Føremålet med prosessane knytt til habilitering og rehabilitering er å gjere det mogleg for personar med nedsett funksjonsevne å delta i samfunnet på eigne premisser.

Fylkesmennene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane har samarbeidd om utforming, datainnsamling, analyse og oppsummering av denne rapporten. Rapporten gir saman med fylkesmannen sine erfaringar frå tilsynsverksemd, områdeovervaking og kontakt med kommunane eit bilete av habiliterings- og rehabiliteringstenestene i dei tre vestlandsfylka.

Rehabilitering

Rehabiliteringsområdet har eit vidt spenn som femner om både somatisk og psykisk helse, arbeidsretta rehabilitering, rehabilitering av rusavhengige og sosialt liv. Rehabilitering er eit felt som i stor grad føreset samhandling mellom brukaren og tenesteutøvarar frå fleire ulike fagfelt.

Det er kjent at tidleg igangsetjing av rehabiliteringstiltak kan betre funksjon, mestring og deltaking.

Overordna politiske føringar dei siste åra peikar mot innsetting av tiltak så tidleg som mogleg i eit sjukdomsforløp, overføring av fleire oppgåver til kommunane og styrkt tverrfagleg samarbeid

I Stortingsmelding 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma kap 6.4.3, står det mellom anna:
«En stor andel pasienter som utskrives tidlig fra sykehus, har behov for et rehabiliteringstilbud parallelt med at de har et pleiebehov. En del kommuner tilbyr disse pasientene hjemmesykepleie eller plass i institusjon, men uten samtidig å gi tilbud om fysioterapi og ergoterapi. Flere kommuner har rehabiliteringsplasser i sykehjem. For at dette skal være reelle rehabiliteringstilbud slik det er definert i forskriften, bør behovet for tverrfaglighet gjenspeiles i personalets kompetanse. For mange pasienter er målet å bedre fysisk funksjonsnivå for fortsatt å kunne bo i eget hjem. For å kunne bo i eget hjem, er opptrening og trening på daglige gjøremål, det viktigste tiltaket. Fysioterapi og ergoterapi er sentrale tilbud for pasienter som skal trene opp funksjon og mestre dagliglivets aktiviteter. Tett oppfølging og intensiv trening er ofte nødvendig for at treningen skal ha optimal effekt. Dersom pasienten samtidig trenger pleie, må dette være en integrert del av treningen. Det må settes inn ressurser på et tidlig tidspunkt, for å unngå at pasienten blir innlagt eller reinnlagt i sykehus».

I Stortingsmelding 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet målber regjeringa at tenesta i større grad må nå brukarar som i for liten grad etterspør tenester. Vidare må dei målrette ressursane mot dei som har størst behov og mot grupper der førebygging, strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering kan hindre utvikling av sjukdom og sjukehusinnlegging. Meldinga peikar òg på at fleire kommunar rapporterer om problem med å justere innhaldet i tenestene i takt med endringane i tilbodet frå spesialisthelsetenesta. Regjeringa har varsla ein opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet der plikt til opplæring av pasientar og pårørande, betre styring av innhald i fysioterapitenesta og auka merksemd om brukarane sitt behov for mestring av daglege oppgåver er viktige element.

I Stortingsmelding 14 (2014-2015) Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner er rehabilitering tatt med som eitt av områda der kommunane bør få større ansvar.

Ei arbeidsgruppe nedsett av Helsedirektoratet og samansett av representantar frå kommunane, spesialisthelsetenesta og private rehabiliteringsinstitusjonar leverte i 2012 ei utgreiing om fordeling av ansvar og oppgåver mellom kommunane og spesialisthelsetenesta på rehabiliteringsfeltet (IS-1947). Deling av arbeidsoppgåver mellom kommune- og spesialisthelsetenesta er eit felt som har vore oppfatta som uklårt. Lokale behandlingstradisjonar og ulik tilgang på behandlingstilbod i private rehabiliteringsinstitusjonar og i kommune- og spesialisthelsetenesta har bidrege til at det har vore og framleis er skilnader i tilbod mellom kommunane.

Habilitering

Habilitering handlar om tiltak som er retta mot barn eller vaksne med helse- eller funksjonsproblem som er medfødde eller erverva i tidleg livsfase. Innhald i omgrepa habilitering og rehabilitering når det gjeld tverrfagleg samarbeid, oppgåvedeling mellom kommune- og spesialisthelsetenesta og overordna politiske føringar er elles nokså lik.

Individuell plan og koordinator

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester (kap.7) avgrensar og utleier kva rettar pasientar og brukarar med behov for langvarige og koordinerte tenester sine rettar har til å få utarbeida

individuell plan¹. §7.3 slår fast at koordinerende eining skal ha overordna ansvar for arbeid med individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinator. Plikta til å ha koordinerende eining er avgrensa til å gjelde habilitering og rehabiliteringsverksemd etter helse- og omsorgstenestelova². Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator seier at koordinerende eining skal bidra til å sikre eit heilskapleg tilbod til pasientar og brukarar med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Koordinerende eining har eit overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnemning, opplæring og rettleiing av koordinatorar. Overordna ansvar inneber at koordinerende eining skal:

- a) Ta i mot melding om behov for individuell plan.
- b) Sørge for at det blir utarbeidd rutinar og prosedyrar for arbeid med individuell plan.

Helse- og omsorgstenesta i kommunen og helseføretaket har plikt til å sørge for at individuell plan blir utarbeidd for pasientar og brukarar med eit slikt behov. Kommunen er ansvarleg for å koordinere arbeidet viss det er behov for tilbod både etter helse- og omsorgstenestelova, spesialisthelsetenestelova og lov om psykisk helsevern, eller eventuelt ved behov for samarbeid med andre tenesteytarar, jamfør §18 i forskrifta.

§21 i forskrifta omhandlar kommunen si plikt til å tilby koordinator til pasientar og brukarar som treng langvarige og koordinerte tenester etter §7.2 i helse- og omsorgstenestelova. Rett til koordinator gjeld uavhengig av om pasienten eller brukaren vil ha individuell plan. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av kvar pasient eller brukar, og sikre samordning av tenestetilbod og framdrift i arbeidet med individuell plan. Same føresegn gjeld for rett til koordinator i spesialisthelsetenesta, jamfør §22 i forskrifta.

Rammer for tenesta

Kommunane sitt ansvar for habilitering og rehabilitering er nedfelt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator:

«Kommunen skal planlegge sin habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet og ha en generell oversikt over behov for habilitering og rehabilitering i kommunen. Tjenester som inngår i kommunens helse- og omsorgstjenestetilbud, skal integreres i et samlet tverrfaglig re-/habiliteringstilbud».

Spesialisthelsetenesta sitt ansvar går fram av lov om spesialisthelsetenester og forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Helseføretaka skal ha ei koordinerende eining som skal ha oversyn over tilbod om habilitering og rehabilitering i helseregionen. Eininga skal ha oversyn over, og naudsynt kontakt med habiliterings- og rehabiliteringsverksemda i kommunane sine. Eininga skal òg ha overordna ansvar for arbeidet med individuell plan og for å utnemne, lære opp og rettleie koordinatorar.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §6.3, 2.ledd, legg føringar for kva samarbeidsavtalar mellom kommune- og spesialisthelsetenesta skal omfatte:

«retningslinjer for samarbeid i tilknytning til innleggelse, utskrivning, habilitering, rehabilitering og lærings- og mestringstilbud for å sikre helhetlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester til

¹ Lov om sosiale tenester i NAV og lov om barneverntenester har tilsvarande tilplikting.

² Brev av 31. januar 2012 frå Helse- og omsorgsdepartementet

pasienter med behov for koordinerte tjenester.» Det er inngått slike avtalar mellom kommunane og helseføretaka i alle fire helseføretaksområda i Helse Vest.

Fylkesmannen sitt oppdrag

Fylkesmannen har regionalt ansvar for at den nasjonale politikken på ulike område blir følgd opp. I dette inngår også tilsyn med kommunar, helseføretak, private tenesteytarar og personell.

Fylkesmannen er og klageinstans på ei rekkje område, mellom anna enkeltvedtak etter pasient- og brukarrettslova.

I embetsoppdraget 2015 frå Helsedirektoratet har fylkesmannen fått oppgåver knytt til oppfølging av fagområda habilitering og rehabilitering:

- Ha oversikt over etablerte koordinerande einingar for habilitering og rehabilitering i kommunar og helseføretak og stø opp om utviklingsarbeidet.
- Ha støtta kommunane i å utvikle differensierte tilbod innan habilitering og rehabilitering og koordinering.

Fylkesmannen har og oppgåver knytt til innføring av samhandlingsreforma og samarbeid mellom kommunar og helseføretak, mellom anna:

- Følgje med på og ha oversikt over viktige samarbeidsstrukturar og utviklingsarbeid i samhandlingsreforma, irekna utvikling av øyeblikkeleg hjelp døgntilbod i kommunane, habilitering og rehabilitering, og vidare utvikling av samhandlingsmodellar på rus- og psykisk helsefeltet.

Tilsynserfaringar

I løpet av dei siste åra er det ført tilsyn med ulike deler av tenestane som blir omtalt i denne rapporten. Nokre av tilsyna har vore del av det [landsomfattande tilsynet med kommunale sosial- og helsetenester til eldre i 2010](#), (eldretilsynssatsinga), der rehabiliteringstilbod i sjukeheimar var eitt av fleire tema. I samlerrapporten «Krevende oppgaver med svak styring», nr. 5/2011 oppmodar Helsetilsynet kommunane til å sjølv å vurdere rehabiliteringstilbodet til eldre i sjukeheim, spesielt korleis tenestene er planlagt, organisert og styrt og om det er i tråd med gjeldande regelverk. I avdelingane som var inkludert i tilsynet blei det mellom anna avdekt

- mangelfull kartlegging og utgreiing av pasientane sine behov for rehabilitering
- at det ikkje var breitt nok tverrfagleg samarbeid.

Rogaland: I perioden 2011 – 2012 førte Fylkesmannen i Rogaland tilsyn med rehabilitering i sjukeheim i sju kommunar, medan åtte kommunar var med i eit spreingsprosjekt.

Tema for tilsynet var ulike steg i rehabiliteringsprosessen:

- utgreiing av behov for rehabilitering
- målsetting for og planlegging av rehabiliteringa
- gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltak
- utskrivning / avslutning

Tilsyna avdekk store skilnader i rehabiliteringstilbod i sjukeheimane og fleire sårbare felt:

- mangel på personell med rett kompetanse.
- rehabiliteringsprosessen

- tverrfagleg samarbeid
- dokumentasjon
- internkontroll

Hordaland: I perioden 2009-2014 har Fylkesmannen i Hordaland ført tilsyn med rehabiliteringstilbod i sjukeheim i ti kommunar. I halvparten av dei hadde ikkje kommunen lagt til rette for at pasientar som trong rehabilitering, fekk eit forsvarleg tilbod.

Fylkesmannen i Hordaland frå sjeldan klager på habiliterings- og rehabiliteringstenester.

Sogn og Fjordane: I perioden 2013-15 har Fylkesmannen i Sogn og Fjordane ført tilsyn med rehabiliteringstenester i sjukeheim i fem kommunar. I same periode er det gjennomført «sjølvmeldingstilsyn» om rehabilitering i sjukeheim i fem kommunar kvart år. Tema for desse tilsyna var:

- innhenting og handtering av nødvendig og relevant informasjon ved innlegging i sjukeheim
- kartlegging av behov for rehabilitering,
- målsetting og planlegging av rehabilitering,
- Gjennomføring og evaluering av rehabiliteringstiltak,
- utskriving/avslutting av rehabilitering.

Dei viktigaste var:

- involvering av sjukeheimslege i rehabiliteringsarbeidet sviktar.
- ikkje fast tverrfagleg samarbeid mellom fysioterapeut, lege, sjukepleiar og leiing i kartlegging, vurdering, gjennomføring og evaluering
- utydeleg målsettingsformulering tidleg i rehabiliteringsfase.
- ikkje faste rutinar for å involvere brukar.
- lite intern undervisning
- utilfredsstillande skriftleg plan for rehabilitering

Fylkesmannen i Sogn og Fjordane får sjeldan klager på habiliterings- og rehabiliteringstenester.

Metode

Med bakgrunn i tilsynserfaring og kunnskap om kommunale habiliterings- og rehabiliteringstenester laga tre fylkesmennene i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland eit spørjeskjema med 23 spørsmål. Spørsmåla gjeld koordinerande eining, tilbod om habilitering og rehabilitering til utvalde pasientgrupper og kva innverknad samhandlingsreforma har hatt på rehabiliteringstilbodet i kommunen.

Skjemaet blei sendt elektronisk til kontaktpersonar for koordinerande eining i alle kommunane i regionen (til sjef for etat for forvaltning i Bergen kommune). Adresser blei henta frå nettsida til [Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering](#). Kommunane svara på undersøkinga gjennom dataløysinga Questback.

Kartlegginga blei sendt ut av fylkesmannen i kvart fylke i slutten av mars med svarfrist i midten av april. Dei kommunane som ikkje svarte blei purra på e-post opp til to gonger. Nokre blei og kontakta på telefon.

Denne rapporten har med tilbakemeldingar frå 70 kommunar. Nokre av kommunane har av ulike grunnar ikkje svara på alle spørsmåla i undersøkinga. Det er til saman 85 kommunar i dei tre fylka; 26 i Sogn og Fjordane, 33 i Hordaland og 26 i Rogaland.

Spørsmålsstilling og svaralternativ i spørjeundersøkinga ligg i vedlegg 1, medan døme på følgjebrev frå fylkesmannen ligg i vedlegg 2.

Resultat

Tilbakemeldingar frå kommunane blir presentert samla for heile regionen. Spørsmåla blir behandla kronologisk med ein samla analyse under overskrifta diskusjon.

Svara på undersøkinga er skrivne av:

Sogn og Fjordane: Leiar i koordinerande eining i 18 kommunar. I 16 av kommunane er svar gitt i samarbeid med anna helsepersonell og/eller kommunalsjef.

Hordaland: Leiar i koordinerande eining i 27 kommunar. I 20 av kommunane er svar gitt i samarbeid med andre, mellom anna leiar av tenestekontor, leiar i pleie- og omsorgstenesta, helseleiar eller etatssjef.

Rogaland: Leiar i koordinerande eining i 26 kommunar. I 15 av kommunane er svar gitt i samarbeid med andre.

Spørsmål 1: Har koordinerande eining fått eit klart mandat frå kommuneleiinga?

Bakgrunn for spørsmålet : Undersøke i kva grad kommuneleiinga har teke stilling til kva oppgåver koordinerande eining skal ha.

Tabell 1: Oppsummering av svar på spørsmål 1

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	16	2	8
Hordaland	21	6	6
Rogaland	19	6	1
SUM	56	14	15

Kommunane som har svara nei er:

Sogn og Fjordane: Leikanger og Solund.

Hordaland: Modalen, Samnanger, Meland, Odda, Fjell og Bergen

Rogaland: Bjerkreim, Finnøy, Strand, Eigersund, Sokndal, Kvitsøy

Spørsmål 2: Er koordinerande eining kontaktinstans for spesialisthelsetenesta ved utskriving av pasientar som treng habilitering/rehabilitering ? (H)

Bakgrunn for spørsmålet: Undersøke kva rolle koordinerande eining har i samarbeidet mellom kommune og sjukehus om pasientar som treng habilitering/rehabilitering etter sjukehusopphald.

Tabell 2: Oppsummering av svar på spørsmål 2

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	9	9	8
Hordaland	21	6	6
Rogaland	18	7	1
SUM	48	22	15

For kommunar der koordinerende eining ikkje er kontaktinstans går meldingar oftast til direkte til pleie- og omsorgstenesta. Både områdeleiarar, heimeteneste, sjukeheim, forvaltningsteneste, bakvakt og rehabiliteringsavdeling er nemnd som mottakarar. Nokre av kommunane, t.d. Jølster og Askøy, skriv at sjølv om koordinerende eining er kommunen sin kontaktinstans mot spesialisthelsetenesta, «vert [denne] lite nytta av spesialisthelsetenesta». E-melding vert i staden sendt til pleie- og omsorgstenesta. Andre kontaktinstansar er kommunal inntaksnemnd og pasientkoordinator i eldreomsorga

Spørsmål 3: Har kommunen system for å ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering?**Tabell 3: Oppsummering av svar på spørsmål 3**

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	12	6	8
Hordaland	17	10	6
Rogaland	18	7	1
SUM	47	23	15

Nokre av kommunane har svara ulikt på om dei har system for å ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering;

Askøy kommune: Habilitering: ja, rehabilitering: nei.

Bergen kommune: Habilitering: ja, rehabilitering: nei.

Spørsmål 4: Har kommunen tilsett eller tilgang til nødvendig fagleg kompetanse for å tilby nødvendig habilitering og rehabilitering?**Tabell 4: Oppsummering av svar på spørsmål 4**

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	5	12	8
Hordaland	15	11	6
Rogaland	13	8	1
SUM	33	31	15

Nokre av kommunane har svara ulikt på om dei har naudsynt kompetanse til habilitering og rehabilitering;

Vik kommune: Habilitering: ja, rehabilitering: nei.

Askøy kommune: Habilitering: ja, rehabilitering: nei; manglar syns- og hørselspedagog.

Strand kommune: Habilitering: ja, rehabilitering: nei.

Kommunane som svara nei, blei óg spurde om å svare på kva kompetanse dei manglar. Resultata er vist i tabell 5.

Tabell 5: Fagleg kompetanse som manglar for at kommunane skal kunne tilby nødvendig habilitering og rehabilitering

Fylke	Ergoterapeut	Fysioterapeut	Lege	Logoped	Psykolog	Syns- og hørselspedagog
Sogn og Fjordane	3	0	0	7	10	9
Hordaland	2	0	0	6	8	10
Rogaland	3	0	0	3	8	9
SUM	8	0	0	16	26	28

Spørsmål 5: Gir kommunen tilbod om individuell plan til alle som treng langvarige og koordinerte tenester?

Tabell 6: Oppsummering av svar på spørsmål 5

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	14	4	8
Hordaland	24	3	6
Rogaland	25	0	1
SUM	63	7	15

Nokre av kommentarane frå kommunane som har svara nei:

- «Vi gir individuell plan til dei som ønskjer det, men kunne ha vore pådrivar for fleire».
- «Førespurnad kjem av ulike grunner ikkje til KE. Manglande informasjon og forståing for individuell plan. Mottakar av tenester og/eller føresette ønskjer ikkje individuell plan» (Askøy)
- «Gir til dei som har langvarige og koordinerte tenester og som ønskjer og har behov for individuell plan» (Bømlo)
- «Dei som søker, får tildelt individuell plan og koordinator» (Sauda)

Spørsmål 6: Gir kommunen tilbod om koordinator til alle som treng langvarige og koordinerte tenester?

Tabell 7: Oppsummering av svar på spørsmål 6

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	14	4	8
Hordaland	24	3	6
Rogaland	24	1	1
SUM	62	8	15

Kommentar frå ein av kommunane som har svara ja:

- «Vi har vansker med å skaffe [koordinator] i overganger mellom ungdomskole-videregående skole.» (Os)

Kommentarar frå kommunar som har svara nei om kva som manglar:

- «Ikkje alle brukarar blir kartlagt tverrfagleg, men nokre brukarar som har individuell plan har koordinator som samordnar tenesta brukaren får». (Balestrand).
- «Vi tilstrebar det, men er også eit spørsmål om ressursar til å klare det» (Årdal)
- «Avhengig av avdeling». (Hornindal)
- «Nokre tenesteytarar gløymer å informere pasientar/brukarar. Gjev tilbodet til tenestemottakarane». (Askøy)
- «Vi skal frå hausten opprette eit nytt teneste- og koordineringskontor. Vi har i dag ikkje god nok kapasitet og system for oppretting av koordinator i sakene der det ikkje er individuell plan». (Gjesdal)

Spørsmål 7: Har kommunen sitt habiliterings- og rehabiliteringstilbod nødvendig kapasitet til å gje individuelt tilpassa habiliterings- og rehabiliteringsforløp?

Tabell 8: Oppsummering av svar på spørsmål 7

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	9	9	8
Hordaland	15	12	6
Rogaland	15	10	1
SUM	39	31	15

Ein av kommunane har svara ulikt på om dei har naudsynt kapasitet til å gje individuelt tilpassa habiliterings- og rehabiliteringsforløp; Sauda kommune: Habilitering: ja, Rehabilitering: nei.

Kommunane som har svara nei peikar på manglande ressursar, dårleg økonomi, for låg kapasitet og manglande kompetanse som sentrale utfordringar. I tillegg peikar nokre små kommunar på at dei små tilhøva gjev utfordringar med å tilby tilpassa tiltak til dei som treng det.

Spørsmål 8: Får barn eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt habiliteringstilbod? (omfattar alle tilstandar, somatisk sjukdom, psykisk sjukdom, nedsett funksjonsevne, kognitive utfall/skadar, syn, hørsel m.v.)

Tabell 9: Oppsummering av svar på spørsmål 8

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	16	2	8
Hordaland	24	3	6
Rogaland	23	2	1
SUM	63	7	15

Kommunane som har svara nei peikar først og fremst på manglande fagpersonell (sjå spm x), men og på utfordringar med å nytte tverrfagleg kompetanse, kapasitet og samarbeid med spesialisthelsetenesta.

Spørsmål 9: Får unge vaksne eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt hab-/rehabiliteringstilbod? (omfattar alle tilstandar, somatisk sjukdom, psykisk sjukdom, nedsett funksjonsevne, kognitive utfall/skadar, syn, hørsel m.v.)

Tabell 10: Oppsummering av svar på spørsmål 9

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	14	4	8
Hordaland	21 (20)	6 (7)	6
Rogaland	21	4	1
SUM	56	14	15

Fleire av kommunane som har svara nei skriv at dei manglar ressursar og fagpersonell, men beskriv òg utfordringar med å ha system som fangar opp brukarane og mangel på koordinatorar. Andre kommentarar er:

- «Manglar arbeids/aktivitetstilbod». (Granvin)
- «Til tider uavklard ansvar, buoppfølging, dagaktivitet/arbeid (Fjell)
- «Kognitive utfall, skadar, syn, hørsel». (Lindås)
- «Mange får eit tilpassa tilbod men utfordring med rett kompetanse, kapasitet og betre utnytting av den tverrfaglege kompetansen og samarbeid med spesialisthelsetenesta». (Gjesdal)
- «For lite ressursar til psykisk helse for unge vaksne». (Suldal)

Spørsmål 10: Får personar med utviklingshemming eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt habiliteringstilbod?

Tabell 11: Oppsummering av svar på spørsmål 10

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	15	3	8
Hordaland	21 (20)	6 (7)	6
Rogaland	23	2	1
SUM	59	11	15

Kommentar frå fylkesmannen

Kommunane som svarar nei, kommenterer at dei har for lite ressursar, fagfolk og koordinatorar og at system for å fange opp brukarane manglar.

Nokre andre kommentarar er:

- «Brukarane sine behov blir ikkje fanga opp i koordinerande eining, og ikkje tverrfagleg kartlagt. Derfor får dei ikkje tilpassa tilbod ut frå individuelle behov». (Stryn)
- «Tverrfagleg kartlegging, individuelle behov belyst frå ulike faggrupper og helsefagleg perspektiv». (Balestrand)
- «Manglar arbeids/aktivitetstilbod». (Granvin)
- «Til tider uavklart ansvar, buoppfølging, dagaktivitet/arbeid» (Fjell)
- «Dei med lettare psykisk utviklingshemming utfordringar får ikkje eit godt nok tilbod» (Suldal).

Spørsmål 11: Får personar med nevrologiske sjukdommar/skadar eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Tabell 12: Oppsummering av svar på spørsmål 11

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	13	5	8
Hordaland	20	7	6
Rogaland	19	6	1
SUM	52	18	15

Nokre av kommunane har svara både ja og nei:

- «Dei får kanskje ikkje 100% det dei ber om, men dei får individuelt tilpassa hjelp». (Stord)
- «Her og manglar det ressursar og kompetanse for eit fullverdig habiliterings- og/eller rehabiliteringstilbod for nokre av tenestemottakarane». (Askøy)
- Stavanger kommune kommenterer spesielt at «Tilbod til brukarar under 65 år er ikkje like godt som til den eldre aldersgruppa. Dette er ein stor gruppe som ofte får auka ressursar frå heimesjukepleie i staden for eit rehabiliteringstilbod».

Kommentarar frå kommunane som har svara nei om kva som manglar:

- «Har svikta i nokre tilfelle» (Leikanger).
- «Behova kjem ikkje til koordinerande eining, ingen tverrfagleg kartlegging, ikkje tilpassa tilbod». (Balestrand)
- «Mangler logoped, psykolog, syns- og hørselspedagog». (Stryn)
- «Manglar eigen rehabiliteringsavdeling som kan vareta heilskap, særleg i komplekse saker». (Fjell)
- «Samhandlar men kunne vore betre individuelt lagt til rette». (Sola)
- «Dei får eit fleirfagleg tilbod, men jobbar ikkje saman som team. Vi får likevel med heile mennesket. Har ofte ansvarsgrupper kring desse». (Vindafjord)

Spørsmål 12: Får personar med kreftsjukdom eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Tabell 13: Oppsummering av svar på spørsmål 12

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	15	3	8
Hordaland	25	2	6
Rogaland	24	1	1
SUM	64	6	15

Fleire kommunar melder om manglande ressursar og kompetanse som årsak til at dei ikkje har eit godt nok tilbod til denne gruppa.

Nokre av kommunane har svara både ja og nei:

- «Dei fleste får eit godt tilbod. Kommunen planlegg eit kreftrehabiliteringsprosjekt, både for å kartlegge behov og for å utvikle eit slikt tilbod» (Askøy)

Kommentarar frå kommunane som har svara nei om kva som manglar:

- «Har starta på arbeidet, har tilsett kreftkoordinator og ressursjukepleiarar i heimetenesta og sjukeheimen». (Førde)
- «Ja i stor grad, men slit med kapasitet og samordning med enkelte legar, spesielt utanfor kommunen. Dei med langtkomen kreftsjukdom blir prioritert i kommunen». (Gjesdal)
- «Kreftpasientar er ei gruppe med behov for rehabilitering som aukar i kommunen. Tilbakemelding frå brukarane i denne gruppa er [behov for] kompetanse om rehabilitering og informasjon om viktighet av fysisk aktivitet». (Stavanger)

Spørsmål 13: Får personar med sansetap (blinde, svaksynte og hørselshemma) eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Tabell 14: Oppsummering av svar på spørsmål 13

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	10	8	8
Hordaland	14	13	6
Rogaland	19	6	1
SUM	43	27	15

Kommunane som har svara nei, peikar først og fremst på for lite ressursar, kompetanse, men og på behov for meir tverrsektorielt samarbeid. Fleire peikar på at dei er avhengig av å kjøpe ekstern kompetanse. Fleire melder òg at dei er usikker på om brukargruppa får dei tenestene dei skal ha.

Kommentarar frå nokre av kommunane som har svara nei, om kva som manglar:

- «Har for lite ressursar og kompetanse til tett oppfølging av personar med sansetap». (Årdal)
- «Delvis, prøver så godt vi kan i samarbeid med fastlege og spesialisthelsetenesta». (Os)
- «Me har hørselskontaktar, fysioterapautar og ergoterapautar, men er usikker på om alle får det dei skulle hatt». (Stord)
- «Har som oftast eit godt tilbod frå spesialisthelsetenesta». (Voss)
- «Får tildelt BPA». (Austevoll)
- «Ikkje godt nok dagtilbod». (Suldal).
- «Oppfølging [på områda] hørsel og syn er ikkje god nok». (Sauda).
- «Tilvisast til verksemd fysio/ergo. Dersom behov for fleire tenester blir det koordinert via bestillerkontoret». (Sola)

Spørsmål 14: Får personar med psykisk sjukdom eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Tabell 15: Oppsummering av svar på spørsmål 14

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	17	1	8
Hordaland	23	4	6
Rogaland	24	1	1
SUM	64	6	15

Kommentarar frå kommunar som har svara nei om kva som manglar:

- «Betre tverrsektorielt samarbeid». (Vaksdal)
- «Psykiatrisk sjukepleiar». (Granvin)
- «Har ikkje avdeling i kommunen». (Austevoll)
- «Manglar kommunepsykolog». (Strand).

Spørsmål 15: Får personar med ROP-lidingar eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Tabell 16: Oppsummering av svar på spørsmål 15

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	13	5	8
Hordaland	20	7	6
Rogaland	21	4	1
SUM	54	16	15

Kommunane som har svara nei, peikar mellom anna på manglande arbeids- og aktivitetstilbod, behov for betre tverrsektorielt samarbeid, manglande kompetanse og butilbod som viktige faktorar.

Nokre kommentarar frå kommunane som har svara nei, om kva som manglar:

- «Har eit godt system, men pasientgruppa er vanskeleg å fylgje opp». (Førde)
- «Kan ikkje svare sikkert på dette spørsmålet». (Årdal)
- «Det er for få personar, små forhold». (Samnanger)
- «Kjøper teneste hos andre kommunar mellom anna avrusingstilbod elles er det behandling i heimen». (Austevoll)
- «Kjenner ikkje til korleis tilbodet er». (Eigersund).

Spørsmål 16: Får eldre som bur i eigen bustad eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Tabell 17: Oppsummering av svar på spørsmål 16

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	10	8	8
Hordaland	22	5	6
Rogaland	21	4	1
SUM	53	17	15

Fleire av kommunane melder tilbake at dei manglar kompetanse og ressursar, og at dei har for låg kapasitet til å kunne gje tilbod til denne brukargruppa i heimen. Fleire melder at dei har planar om å starte med heimerehabilitering.

Kommentarar frå kommunane som har svara nei, om kva som manglar:

- «Rehabilitering på sjukeheim, i mindre grad heime. Ressursar?». (Eid)
- «Vi har i liten grad tverrfaglig, tilpassa rehabilitering i eigen heim. Blir enkelt tiltak». (Årdal)
- «Vi gir eit godt tilbod, men jobbar meir fleirfagleg enn tverrfagleg». (Førde)
- «Vi har for få rehabiliteringsplassar». (Kvam)

- «Vi manglar tilstrekkeleg tal heimlar innan fysio-/ergo tenesta for å gje eit godt nok tilbod. Kompetanse og ressursar manglar her og men en del får tilbod og kommunen har lagt planer og tiltak for å betre tenestene». (Askøy)
- «Får tilbod, men ikkje satt i system.» (Bjerkreim).

Spørsmål 17: Får eldre som treng korttidsopphald for rehabilitering tilbod om plass?

Tabell 18: Oppsummering av svar på spørsmål 17

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	16	2	8
Hordaland	23	4	6
Rogaland	24	1	1
SUM	63	7	15

Kommentarar frå kommunane som har svara nei:

- «Det er ikkje alltid nok plassar. Varierer». (Fjaler)
- «Om ein har ledige rom på sjukeheimen» (Vik)
- «Ein gjev tilbod så langt det lar seg gjere i høve til kapasitet» (Etne)
- «Dei som treng det mest får plass. Nokon må vente grunna for liten kapasitet» (Voss)
- «Til ein viss grad, avhenger av kapasitet» (Sandnes)
- «Ikkje alltid, [for få] korttids plassar». (Sauda)

Radøy kommune har svara nei, men har ikkje kommentert på spørsmålet.

Meland har svara ja – så langt råd er.

Askøy har svara Ja, Nei – «Ikkje alltid at kapasiteten samsvarar med behov, men her har kommunen lagt planer og tiltak for å betre situasjonen og målet er at alle som har behov skal få tilbod».

Spørsmål 18: Er det andre pasientgrupper i kommunen som ikkje får eit tilfredsstillande rehabiliteringstilbod?

Tabell 19: Oppsummering av svar på spørsmål 18

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	2	16	8
Hordaland	9	18	6
Rogaland	5	20	1
SUM	16	54	15

Ein gjennomgang av svar frå kommunane som svara ja på spørsmål 18, syner at det mellom anna er pasientar med langvarige kroniske lidningar, rusavhengige, pasientar med psykisk sjukdom, utviklingshemma, demente og dei mellom 20-60 år som ikkje får eit tilfredsstillande rehabiliteringstilbod.

Kommentarar frå nokre av kommunane som har svara ja:

- «Utfordringar særskilt innan rus og psykiatri. Arbeids og aktivitetstilbod. Tilbakeføring til ein "normal" kvardag». (Flora)

- «Ein del av kronikarane kjenner vi lite til då dei har enten nok med spesialistoppfølging eller har tilbod hos LMS i Odda eller frisklivsenteret Ullensvang /Odda». (Ullensvang)
- «Helt sikkert uten at vi kan si hvem her. Det kommer inn henvendelser i ny og ne om personer som skulle hatt et rehabiliteringstilbud men som ikke har fått dette pga av manglende henvendelser». (Askøy)
- «Vi har ei utfordring i høve til tilpassa og eigna bustad til brukarar med rus / psykiatriske lidingar». (Sund)
- «Kommunen har knapt med plassar til pasientgrupper med behov for rehabiliterande kortidsopphald i institusjon». (Radøy)
- «Personar med kroniske sjukdommar. Brukarar med kognitiv svikt blir ikkje alltid oppdaga, hverken i spesialisthelsetenesta eller kommunen». (Stavanger)
- «De som slit med rusavhengighet og som ikkje sjølv ønskjer behandling / redusere bruk av rusmiddel». (Rennesøy)
- «Dei mellom 20 -60 fell ofte mellom to stolar, vanskeleg å finne rett butilhøve i forhold til diagnose og funksjonsnivå» (Vindafjord)

Spørsmål 19: Har samhandlingsreforma hatt noko innverknad på kommunens rehabiliteringstilbod?

Tabell 20: Oppsummering av svar på spørsmål 19

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svarta
Sogn og Fjordane	16	2	8
Hordaland	24	3	6
Rogaland	20	5	1
SUM	60	10	15

Sjå vedlegg 3 for utfyllande kommentarar frå kommunane.

Kommunane svarar at pasientane kjem tidlegare heim til kommunen enn før, er dårlegare og har eit meir komplekst sjukdomsbilete. Dei treng såleis meir spesialisert rehabilitering. Auka tal på utskrivingsklare pasientar har trekt ressursar frå rehabilitering. Fleire kommunar skriv at dei har tilpassa organisering og oppretta fleire korttids- og rehabiliteringsplassar. Nokre trekk fram auka interkommunalt samarbeid om betre bruk av rehabiliteringsavdelingar og fagpersonell, kompetanseoppbygging og betre samarbeid med spesialisthelsetenesta.

Utvalde tilbakemeldingar frå nokre av kommunane

Sogn og Fjordane

- «Pasientane er dårlegare og har meir komplekse sjukdomsbilde, er i tidlegare fase og treng meir spesialisert rehabilitering». (Gloppen)
- «Auka tal utskrivingsklare pasientar har ført til at kapasiteten i større grad har vorte brukt til å handtere desse framfor å å drive aktiv rehabilitering der dette burde vore prioritert». (Leikanger)
- «Oppbygging av korttidsavdeling med rehabilitering» (Luster)
- «Fleire pasientar får rehabiliteringsopphald på institusjonane. Det er no meir fokus på rehabilitering innafor pleie og omsorg. Utarbeida rehabiliteringsprosedyrer i Kvalitetslosen». (Stryn)

- «Erfaring syner at vi får pasientane tidlegare tilbake til kommunen , og mange krev eit meir spesialisert tilbod som kan vere krevjande for ein liten kommune å skaffe fram». (Gulen)

Hordaland

- «Oppretta kols-, diabetes- og kreftteam, frisklivssentral og ØH-sengar». (Os)
- «Heimebuande pasientar vert nedprioritert, innlagte pasientar i sjukehus vert prioritert først». (Kvam)
- «Auka fokus på tverrprofesjonelt samarbeid samt målstyrt rehabilitering/brukarstyring». (Bømlo)
- «Heimebuande pasientar må vente lenger. Pasientar frå spesialisthelsetenesta vert prioritert». (Voss)
- «Kommunen sitt ansvar er tydeleggjort. Fokus på målretta og individuelt tilpassa tiltak, brukarmedverknad og tidleg innsats, støttar opp under rehabiliteringsarbeidet». (Kvinnherad)
- «Kommunen forpliktar seg gjennom tenesteavtalane å ha eit forsvarleg tilbod til pasientane ved utskrivning». (Radøy)
- «Pasienter kommer raskere ut fra sykehus. Pasient må noen ganger stabiliseres på et vanlig korttidsopphold før rehabilitering kan begynne». (Bergen)

Rogaland

- «Struktur og pasientflyt i samarbeid med spesialisthelsetenesta, nye måtar å jobbe på». (Time)
- «Svakere grupper med mer omfattende problematikk er kommet til. Døgnrehabiliteringstilbud er forbedret og styrket faglig» (Sandnes)
- «Fått etablert rehabiliteringsavdeling, økt fokus». (Haugesund)
- «Kommunen er blitt bedre til å ta imot nye pasienter raskt, bedre samarbeid på tvers». (Strand)
- «Det er utfordringer å ivareta de oppgaver som overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Innfrir lovkrav». (Randaberg)
- «Systematisk arbeid for tidlig innsats, hverdagsrehabilitering og fokus på kronikergruppene som har behov for å endre levevaner i en rehabiliteringsprosess». (Stavanger)
- «Det er blitt bedre tjenestetilbud» (Kvitsøy)

Spørsmål 20: Har kommunen tilbod om heimerehabilitering?

Tabell 21: Oppsummering av svar på spørsmål 20

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	12	6	8
Hordaland	23	4	6
Rogaland	16	9	1
SUM	51	19	15

Dei kommunane som har svara at dei ikkje har tilbod om heimerehabilitering er:

Eid, Jølster, Hornindal, Gulen, Årdal og Sogndal (Sogn og Fjordane).

Modalen, Ulvik, Meland og Tysnes (Hordaland).

Bjerkreim, Bokn, Haugesund, Strand, Gjesdal, Suldal, Hå, Vindafjord og Sauda (Rogaland).

Spørsmål 21: Har kommunen ambulant rehabiliteringsteam?

Tabell 22: Oppsummering av svar på spørsmål 21

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	2	16	8
Hordaland	7	20	6
Rogaland	5	20	1
SUM	14	56	15

Dei kommunane som har svara at dei har ambulant rehabiliteringsteam er:

Flora og Luster (Sogn og Fjordane).

Modalen, Ullensvang, Stord, Kvam, Voss, Fitjar og Bergen (Hordaland).

Time, Utsira, Hjelmeland, Klepp og Randaberg (Rogaland).

Spørsmål 22: Har kommunen tilbod om lærings- og meistringstiltak som del av habilitering-/rehabiliteringstilbod?

Tabell 23 Oppsummering av svar på spørsmål 22

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	6	12	8
Hordaland	14	13	6
Rogaland	14	11	1
SUM	34	36	15

Dei kommunane som har svara at dei har tilbod om lærings- og meistringstiltak som del av habilitering-/rehabiliteringstilbod er:

Lærdal, Luster, Fjaler, Sogndal, Leikanger og Førde (Sogn og Fjordane).

Os, Ullensvang, Stord, Kvam, Sund, Bømlo, Etne, Vaksdal, Odda, Fitjar, Tysnes, Kvinnherad, Radøy og Lindås (Hordaland).

Stavanger, Time, Haugesund, Utsira, Strand, Klepp, Gjesdal, Eigersund, Suldal, Forsand, Randaberg, Sola, Sauda og Vindafjord (Rogaland).

Spørsmål 23: Har kommunen konkrete planar for å endre (styrkje/reducere, interkommunalt samarbeid om) habilitering- og rehabiliteringstenester til innbyggjarane?

Tabell 24: Oppsummering av svar på spørsmål 23

Fylke	Ja	Nei	Ikkje svara
Sogn og Fjordane	10	8	8
Hordaland	18	9	6
Rogaland	9	17	1
SUM	37	34	15

Det er stor variasjon i tilbakemeldingane. Fleire kommunar viser til oppretting av nye rehabiliteringsplassar, tilbod om kvardagsrehabilitering, oppretting av nye stillingar, ulike interkommunale tiltak (samarbeid om tenester, lokalmedisinske senter osv.), vurderingar knytt til kommunesamanslåing, bruk av velferdsteknologi og behov for betra samarbeid med helseføretak.

Diskusjon

Lov om kommunale helse- og omsorgstenester pålegg kommunane å sørge for helse og omsorgstenester til personar som oppheld seg i kommunen. Det er kommunestyret og kommunen sin toppleing som sit med dette ansvaret.

Undersøkinga er sendt til koordinerande eining i kommunen og gjennomført ved sjølvrapportering. Det varierer kven som har svara på undersøkinga. Fagbakgrunn, funksjon og kjennskap til tenestene kan ha verka inn på svara som er gitt. Det kan og vere variasjon mellom kommunar i kva oversikt koordinerande eining har over behov og kapasitet. Svaralternativa var avgrensa til ja eller nei og eit felt for kommentarar. I spørsmålsstillinga er berre eit utval større pasientgrupper tatt med. Det er såleis risiko for at nyansar i kommunane sine tenestetilbod ikkje kjem godt nok fram.

Koordinerande eining

Eit klart mynde er ein føresetnad for at eininga skal kunne forvalte sitt ansvar og ha eit godt samvirke med andre kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Tilbakemeldingar frå kommunane syner at ein av fem har svara at koordinerande eining ikkje har fått eit klart mandat frå kommuneleiinga.

Dette kjem og til uttrykk ved at om lag tre av ti kommunar svarar at koordinerande eining ikkje er første kontaktinstans ved utskrivning frå spesialisthelsetenesta for pasientar som treng habilitering eller rehabilitering.

Kommentarane frå nokre av kommunane som svarar nei på spørsmålet syner at meldingar oftast går rett til pleie- og omsorgstenesta, andre (til dømes Jølster og Askøy) skriv at sjølv om koordinerande eining er kommunen sin kontaktinstans mot spesialisthelsetenesta, «vert [denne] lite nytta av spesialisthelsetenesta». I desse tilfella er det gode grunner til å stille spørsmål om korleis og kven som koordinerer tenestetilbod.

Svara, til dømes frå Balestrand, tyder på at heller ikkje spesialisthelsetenesta alltid nyttar koordinerande eining ved utskrivning av aktuelle pasientar. Kommunen skriv at: «Brukarane sine behov blir ikkje fanga opp i koordinerande eining, og ikkje tverrfagleg kartlagt og får derfor ikkje tilpassa tilbod ut frå individuelle behov».

Uklart eller manglande mandat for koordinerande eining, varierende kontakt og samarbeid mellom koordinerande eining og andre tenester kan innebere at fleire av kommunane ikkje har god nok oversikt over behov for oppfølging hos pasientar som treng habilitering eller rehabilitering. Nokre kommunar har valt todeling av koordinerande eining i habilitering og rehabilitering. Det er mogeleg at desse faktorane kvar for seg kan verke inn på samarbeidet mellom dei ulike tenestene.

Samarbeidsavtalene mellom kommunane og helseføretaka omtalar på ulik måtar kommunane og helseføretaka sitt ansvar for habilitering og rehabilitering, rutinar for samhandling og under dette spesielt informasjonsutveksling ved inn- og utskrivning av pasientar og koordinerande eining sin funksjon.

Oversikt over behov

Tre av ti kommunar svarar at dei ikkje har ordningar for å ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering. Dette gjev grunn til å spørje kva desse kommunane legg til grunn når dei planlegg tenestene. Oversikt over behov er ein føresetnad for planlegging, dimensjonering av tenestene, noko som og verkar inn på tilgjenge og tildeling av tenester til pasientar.

Tilgang på kompetanse

Tilgang på nok og rett kompetanse er avgjerande for å kunne gje tenester av god kvalitet. Tilbakemeldinga syner at om lag halvparten av kommunane meiner at dei ikkje har tilgang på naudsynt fagleg kompetanse. Det er litt fleire kommunar i Sogn og Fjordane som har svara at dei manglar rett kompetanse enn i dei to andre fylka. Tilbakemeldinga syner også at kommunane særleg har låg tilgang på psykolog, logoped og syns- og hørselspedagog. Ingen kommunar har meldt at dei manglar lege eller fysioterapeut.

Kvar tredje kommune svarar at dei manglar system for å ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering. Det varierer om dei kommunane som svara at dei har nok kompetanse, også har svara at dei har ordningar for å ha oversikt over behov for habiliterings- og rehabiliteringstenester. Vi kjenner ikkje til kva vurderingar som ligg til grunn for svara. Når det manglar oversikt over behov, må det vere problematisk å vite om kommunen har nok personell med rett kompetanse til å gje forsvarlege habiliterings- og rehabiliteringstenester.

Fylkesmannen i Hordaland gjorde i 2014 [ei undersøking om sjukeheimsdekning og legetid i sjukeheim](#) hos kommunane i Hordaland. Denne kartlegginga syner at det er stor variasjon mellom kommunane både med omsyn til legetenester og dekningsgrad av sjukeheims plassar. Organisatoriske tilhøve eller variasjonar i befolkninga si helsetilstand kunne ikkje forklare den store skilnaden

Individuelt tilpassa tilbod

Nær halvparten av kommunane svarar at dei ikkje har kapasitet til å gje individuelt tilpassa habiliterings og rehabiliteringstilbod. Forklaringa på dette er truleg samansett, men det er først og fremst naturleg å peike på prioritering av ressursar, tilgang på fagfolk, men òg på kommunestorleik og samarbeid med nabokommunar. Fleire svarar at dei manglar ressursar og kapasitet til å handtere pasientar som kjem frå spesialisthelsetenesta, men og at det i små kommunar manglar fagfolk med nødvendig spesialkompetanse. For å gje pasientane eit godt tilbod og for best mogleg utnytting av spesialiserte ressursar er samarbeid med spesialisthelsetenesta og mellom kommunar viktig.

Dei fleste kommunane svara at dei gjev tilbod om individuell plan og koordinator til alle som treng langvarige og koordinerte tenester. Kommentrane frå nokre av dei indikerer samstundes at dette ved fleire høve krev at pasienten sjølv ber om slik plan, at kommunane ikkje sjølv tek initiativ til å tilby slik plan, at kunnskapen hos tenesteytarar ikkje er god nok og at det ved nokre høve er eit spørsmål om ressursar. Slik praksis er ikkje i tråd med intensjon i lov og forskrift.

Tilbod til ulike grupper med behov for habilitering og rehabilitering

Spørsmåla i kartlegginga gjeld store pasientgrupper der det ut i frå fylkesmannen sine erfaringar ofte er manglar i habiliterings og rehabiliteringstilbodet. Føremålet med å spørje om tilbod til grupper har vore å få eit bilete på om det er enkelte område der behovet ikkje vert dekkja. For pasientar, brukarar og tenestene er det ikkje diagnosen, men korleis dei kan samarbeide og støtte kvar pasient til å mestre og delta på eigne premisser som er viktig.

Dei fleste kommunane svarar at pasientane i dei ulike gruppene får eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt tilbod om habilitering/rehabilitering. Svara seier elles lite om innhaldet i og kvaliteten på tilboda som blir gitt.

Tilbod til barn

Ein av ti kommunar svarar at dei ikkje har eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt habiliteringstilbod til barn. Tilgang på kompetanse synest å vere ei viktig årsak til manglande tilbod. Habilitering krev høg grad av individuell tilpassing og ofte særskilt kompetanse. Dette kan vere ei utfordring for små kommunar. Kommunen har eit sjølvstendig ansvar for å ha tilstrekkeleg fagkompetanse, jf. helse- og omsorgstenestelova §4-1d. Rettleiing frå og samarbeid med spesialisthelsetenesta om kompetanseutveksling er viktig for at kommunane skal kunne gje eit godt tilbod til pasientar som vert skrivne ut frå sjukehus. På bakgrunn av funn i [landsomfattande tilsyn i 2006](#) konkluderte Helsetilsynet med at barn som hadde behov for habilitering ikkje fekk likeverdige tenester, og at tenestetilbodet varierte etter kva fagkompetanse som var tilgjengeleg i spesialist- og kommunehelsetenesta. Denne spørjeundersøkinga tilseier at det framleis er skilnader i kva tilbod som blir gitt.

Tilbod til unge vaksne

Ein av fem kommunar svarar at dei ikkje har eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt habiliterings- og rehabiliteringstilbod til unge vaksne. Tilgang på kompetanse synest også her å vere ei viktig årsak til manglande tilbod. Nokre av kommunane skriv også at dei ikkje har system for å fange opp aktuelle personar.

Tilbod til personar med utviklingshemming

Om lag ein av sju kommunar svarar at dei ikkje har eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt habiliterings- og rehabiliteringstilbod til personar med utviklingshemming. Mangel på kompetanse og ressursar blir også her av nokre peika på som årsak til manglande tilbod.

Tilbod til vaksne med ulike somatiske lidingar

Kommunane fekk spørsmål om personar med ulike diagnoser får eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt habiliterings- og rehabiliteringstilbod. Svara er som følgjer:

Nevrologiske sjukdommar/skadar; om lag ein av fire svarar at pasientane ikkje får slikt tilbod.

Når det gjeld denne pasientgruppa er det relevant å peike på satsingsområda knytt til [Nevroplan 2015](#) som tek utgangspunkt i HelseDirektoratet sin fagrapport frå 2011: «[Fleksible tjenester - for et aktivt liv](#)». Ut i frå svara i vår undersøking får 25 prosent av brukarane i denne store pasientgruppa ikkje gode nok tenester slik situasjonen er i dag.

Kreftsjukdom; I underkant av ein av ti svarar at pasientane ikkje får slikt tilbod.

Sansetap (blinde, svaksynte og hørslehemma); Om lag to av fem svarar at pasientane ikkje får eit slikt tilbod.

Tilbakemeldingane frå kommunane viser at tilgang på rett kompetanse er ein kritisk faktor, men og at koordinering av innsats mellom ulike tenesteytarar er avgjerande. Stavanger kommune skriv i sin tilbakemelding om personar med kreftsjukdom at «Kreftpasientar er ei gruppe med behov for rehabilitering som aukar i kommunen. Tilbakemelding frå brukarane i denne gruppa er [behov for] kompetanse om rehabilitering og informasjon om viktighet av fysisk aktivitet».

Nokre av kommunane svarar og at dei må kjøpe tenester eksternt. Svara frå kommunane må her og sjåast i samanheng med svar som er gitt under spørsmål 4 om kompetanse.

Tilbod til vaksne med ulike psykiske lidingar og rusavhengige

Nær ein av ti kommunar svarar at dei ikkje gir eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod til personar med psykisk sjukdom. Tilsvarande tal for personar med ROP-lidingar³ er at nær ein av fire kommunar ikkje gir eit slikt tilbod. Tilbakemeldingane frå kommunane viser elles at nokre manglar kompetanse, tilbod om bustad, sosialhjelp, gjeldssanering og arbeid/aktivitet, medan andre peiker på behov for betre samarbeid på tvers av sektorar og faggrenser. For at samarbeid om individa skal fungere er det viktig for fylkesmannen å peike særskilt på at dette krev forankring på systemnivå hos leiarar. For denne pasientgruppa er behovet for samarbeid både på leiar, verksemds- og individnivå stort fordi det ofte er mange instansar som er involvert i behandling og oppfølging. Individuell plan er ein god måte å ivareta både brukarmedverknad, ansvarsavklaring og koordinering av tiltak. Det må vere klart kven som er koordinator og at brukaren får tilbod om individuell plan. Sett i lys av behov for bistand og støtte som personar med ROP-lidingar har, er det viktig å minne om at Nav òg er ein viktig samarbeidspartnar for koordinerande eining.

Tilbod til eldre som bur i eigen bustad

Om lag ein av fire kommunar svarar at dei ikkje har tilstrekkeleg tilbod om individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod til eldre som bur i eigen bustad.

Eit trekk ved tilbakemeldingane er at press på tenestene og manglande ressursar gjer at brukargruppa ikkje alltid får det tilbodet dei skal ha. Berre ein av ti kommunar svarar at eldre som treng korttidsopphald til rehabilitering, ikkje får dette. Meir enn halvparten av kommunane som svarar dei ikkje kan tilby korttidsopphald for rehabilitering ligg i Hordaland. Manglande kapasitet er vanlegaste årsak. Fleire andre rapportar⁴ frå dei siste åra omhandlar kva påverknad mellom anna endringar i betalingsordning for utskrivingsklare pasientar har hatt for denne pasientgruppa.

Samhandlingsreforma sin innverknad på rehabiliteringstilbod i kommunane

Nær ni av ti kommunar svarar at samhandlingsreforma har hatt innverknad på kommunen sitt rehabiliteringstilbod. Tilbakemeldingane går i hovudsak på at pasientane kjem tidlegare tilbake til kommunane og treng meir oppfølging og behandling enn før, at heimebuande pasientar må vente lenger enn før i tillegg til utfordringar med å ivareta oppgåver som tidlegare låg til spesialisthelsetenesta. Denne problemstillinga er òg omtalt under avsnittet over «Tilbod til eldre som bur i eigen bustad». Tilbakemeldingane tyder òg på auka merksemd om tidleg innsats, etablering av fleire rehabiliteringsplasser, tilpassa organisering og auka kompetanse i kommunane.

Ei rekkje kommunar (nær ein av fire) har oppretta tilbod om heimerehabilitering, medan færre (ein av fem) har tilbod om ambulante rehabiliteringsteam. Om lag halvparten av kommunane svarar at dei har tilbod om lærings- og meistringstiltak som del av sitt habiliterings- og rehabiliteringstilbod. Desse tiltaka er i tråd med dei politiske føringane som mellom anna ligg i samhandlingsreforma: Tidleg innsats, førebygging og behandling i heimen eller nær der folk bur. Halvparten av kommunane svarar òg at dei har konkrete planar for å gjere endringar i habiliterings- og rehabiliteringstilbodet.

³ ROP-lidingar: ROP blir brukt som ei felles nemning for samtidig rusliding og psykisk lidning.

⁴ Sjø Helsedirektoratet si oppsummering av forskning, artiklar og rapportar frå omsorgsfeltet fram til 2013 (IS 2161) (kapittel 4).

Vurdering av tilbakemeldingar

Svara frå nokre av kommunane er ikkje konsistente og det er i nokre tilfelle vanskeleg å lese ut av svara kva som faktisk er status i tenestene.

Til dømes svarar nokre kommunar at dei ikkje har system for å skaffe (ha) oversikt over behov for habilitering/rehabilitering og ikkje har tilstrekkeleg kompetanse på området, men at alle som treng det får tenester.

Utfordringar knytt til oppgåvefordeling og kapasitet i habiliterings- og rehabiliteringstenestene er truleg ein grunn til at det så langt i samhandlingsreforma er langt fram før dei som treng habiliterings- og rehabiliteringstenester får koordinerte og heilskaplege tilbod på tvers av nivå og sektorar. Tal frå Kostra-databasen⁵ syner at det på landsbasis har vore ei auke i årsverk for fysioterapeutar i kurative tenester i perioden 2010-13 (+ 9 prosent). I dei tre vestlandsfylka har utviklinga i perioden 2010-14 for fysioterapeutar (alle avtaleformer) i kommunane vore: Sogn og Fjordane +3,8 prosent, Hordaland -1,4 prosent og Rogaland +1,8 prosent. Samstundes har utviklinga i fysioterapitimar per veke for bebuarar i sjukeheim i perioden 2010-14 vore positiv i alle dei tre fylka (Rogaland +130 prosent, Hordaland +25 prosent og Sogn og Fjordane +85 prosent), men det er her viktig å peike på at utgangspunktet har vore frå eit lågt nivå.

Denne spørjeundersøkinga, observasjonar frå tilsyn, tilbakemeldingar frå kommunar og helseføretak gjev grunn til å spørje om kommunane etter iverksetting av samhandlingsreforma har vurdert om organisering og kapasitet i habiliterings- og rehabiliteringstenestene er tilpassa behov.

Tre av fire kommunar svarar ja på spørsmål om det er andre pasientgrupper som ikkje får eit tilfredsstillande rehabiliteringstilbod. Fleire av dei som svarar ja, seier at dette gjeld pasientar med psykisk sjukdom og/eller ROP-lidingar. Andre seier at pasientar med langvarige kroniske lidingar ikkje får det tilbodet dei skal ha.

Ein kommune skriv at: «Vi har nokre få større og komplekse saker [som] kan være svært ressurskrevjande, både økonomisk og i høve det å ha tilsette med naudsynt kompetanse».

Konklusjon

- Undersøkinga tyder på at ikkje alle pasientar får eit individuelt tilpassa habiliterings- eller rehabiliteringstilbod.
- Ein ikkje uvesentlig del av kommunane har ikkje god nok oversikt over behov, og såleis heller ikkje eit godt nok grunnlag for å vurdere om tenestene har rett kompetanse og kapasitet. Ein av fem kommunar har ikkje definert kva oppgåver koordinerande eining skal ha. Fylkesmannen vil peike på at det skal vere klart kva mynde og oppgåver koordinerande eining skal ha. Det må òg kome tydeleg fram for dei ulike samarbeidspartarar i og utanfor kommunen kvar behov for tenester skal meldast
- Fylkesmannen oppmodar kommunane til å skaffe seg oversikt over behov for rehabilitering- og habilitering for alle pasientgrupper. Ein slik gjennomgang og oppsummeringa av den kan

Fylkesmennene i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane

nyttast som grunnlag for analyse og evaluering av tenestene og som grunnlag for å vurdere behov for kapasitet og kompetanse.

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørjeskjema

Kommune

Spørsmåla er svara på av:

Leiar koordinerande eining (KE) Leiar koordinerande eining i samarbeid med (oppgje kven)

.....

1. Har koordinerande eining fått eit klart mandat frå kommuneleiinga

Ja Nei

2. Er koordinerande eining kontaktinstans for spesialisthelsetenesta ved utskriving av pasientar som treng habilitering/rehabilitering ?

Ja Nei Dersom nei, oppgje kven

3. Har kommunen system for å ha oversikt over behov for habilitering og rehabilitering?

Ja Nei

4. Har kommunen tilsett eller tilgang til nødvendig fagleg kompetanse for å tilby nødvendig habilitering og rehabilitering?

Ja Nei

Dersom nei, kva kompetanse manglar (kryss av): Ergoterapeut Fysioterapeut

Lege

Logoped

Psykolog

Syns- og hørselspedagog

5. Gir kommunen tilbod om individuell plan til alle som treng langvarige og koordinerte tenester?

Ja Nei Dersom nei, kvifor ikkje

6. Gir kommunen tilbod om koordinator til alle som treng langvarige og koordinerte tenester?

Ja Nei Dersom nei, kvifor ikkje

7. Har kommunens habiliterings- og rehabiliteringstilbod nødvendig kapasitet til å gje individuelt tilpassa

habiliterings- og rehabiliteringsforløp?

Ja Nei Dersom nei, kva er årsak til dette

Vi ber særskilt om opplysningar om habiliterings-/rehabiliteringstilbod til følgjande pasientgrupper

8. Får barn eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt habiliteringstilbod? (omfattar alle tilstandar, somatisk sjukdom, psykisk sjukdom, nedsett funksjonsevne, kognitive utfall/skadar, syn, hørsel m.v.)

Ja Nei Dersom nei, kva manglar

9. Får unge vaksne eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt hab-/rehabiliteringstilbod? (omfattar alle tilstandar, somatisk sjukdom, psykisk sjukdom, nedsett funksjonsevne, kognitive utfall/skadar, syn, hørsel m.v.)

Ja Nei Dersom nei, kva manglar

10. Får personar med utviklingshemming eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt, habiliteringstilbod

Ja Nei Dersom nei, kva manglar

11. Får personar med neurologisk sjukdommar/skadar eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod? Ja Nei Dersom nei, kva manglar

12. Får personar med kreftsjukdom eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Ja Nei Dersom nei, kva manglar

13. Får personar med sansetap (blinde, svaksynte og hørselshemma) eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod? Ja Nei Dersom nei, kva manglar

14. Får personar med psykisk sjukdom eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod? Ja Nei Dersom nei, kva manglar

15. Får personar med ROP-lidingar eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod? Ja

Nei Dersom nei, kva manglar

16. Får eldre som bur i eigen bustad eit individuelt tilpassa, tverrfagleg og tverrsektorielt rehabiliteringstilbod?

Ja Nei Dersom nei, kva manglar

17. Får eldre som treng korttidsopphald for rehabilitering tilbod om plass?

Ja Nei Dersom nei, kvifor ikkje

18. Er det andre pasientgrupper i kommunen som ikkje får eit tilfredsstillende rehabiliteringstilbod?

Ja Nei Dersom ja, kva pasientar gjeld dette

19. Har samhandlingsreforma hatt noko innverknad på kommunens rehabiliteringstilbod?

Ja Nei Dersom ja, korleis

20. Har kommunen tilbod om heimerehabilitering?

Ja Nei

21. Har kommunen ambulant rehabiliteringsteam?

Ja Nei

22. Har kommunen tilbod om lærings- og meistringstiltak som del av habilitering-/rehabiliteringstilbod?

Ja Nei

23. Har kommunen konkrete planar for å endre (styrkje/reducere, interkommunalt samarbeid om) habilitering- og rehabiliteringstenester til innbyggjarane?

Ja Nei Dersom ja, korleis

Eventuelle andre kommentarar

Vedlegg 2: Følgjebrev til kommunane i Hordaland

Kommunane i Hordaland v/ kontaktperson for koordinerende eining for habilitering og rehabilitering

Bergen kommune v/ etatssjef Etat for forvaltning

Helsedirektoratet har gitt Fylkesmennene i oppdrag å følgje med på korleis kommunane utviklar og styrkjer sine habiliterings- og rehabiliteringstenester, sjå også nasjonale mål og hovudprioriteringar på helse- og omsorgsområdet i 2015, IS-1, frå Helsedirektoratet.

Fylkesmannen i Hordaland treng informasjon om status. Vi ber om at de går inn på vedlagte lenkje og svarar på spørsmåla om habiliterings- og rehabiliteringstilbod i kommunen.

Tilsvarande kartlegging blir gjennomført i Sogn og Fjordane og Rogaland. Vi vil oppsummere og formidle resultatet i ein eigen rapport.

Her er lenkja til skjemaet:

<https://edoc.fylkesmannen.no/eDocument.Viewer/FMHO/bruker?retur=%2feDocument.Viewer%2FMHO%2fhabrehab2015&shortname=habrehab2015>

Når de klikkar på lenkja, vel de deretter «Directly to form /Direkete til skjema» og aksepterer erklæring om behandling av personopplysningar. Deretter er de inne på skjemaet.

Vi ber om eitt utfylt skjema frå kvar kommune og ber om at koordinerende eining i samråd med leiinga i kommunen gir eitt samla svar.

Vi ber om svar **innan 17. april 2015**.

Vedlagt følgjer til orientering spørjeskjemaet i pdf-format.

På førehand takk for hjelpa.